REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/10/2006 **ATAS/1297/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 22 novembre 2007

En la cause

Monsieur E_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves NIDEGGER	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPPEL et Olivier LEVY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur E_____, né en mars 1955, a exercé la profession de chauffeur-livreur depuis 1999. Du 1er septembre 2001 au 24 juin 2004, il a été employé par X_____ SA. Il travaillait à raison de 44 heures par semaine; son gain annuel s'est élevé, en 2003, à 52'945 fr. 80. Son dernier jour de travail effectif remonte au 18 janvier 2004.

2. Le Dr A_____ Dominique, cardiologue, dans un rapport adressé le 19 février 2004 au Dr B_____, indique avoir investigué la dyspnée d'effort associée à des douleurs thoraciques atypiques dont se plaignait le patient. Au plan cardiovasculaire, l'examen clinique n'a rien révélé d'anormal. Le médecin a constaté que la percussion des plages pulmonaires déclenchait cependant des douleurs thoraciques diffuses apparemment similaires à celles dont se plaignait le patient et dont l'origine serait donc pariétale. Le médecin a écarté une éventuelle cardiopathie. Quant à la dyspnée, il a estimé qu'elle traduisait vraisemblablement un déconditionnement à l'effort chez un patient dont l'activité physique était assez limitée. Il a donc encouragé ce dernier à intensifier son activité et à cesser de fumer. Concernant la discrète valvulopathie aortique, il a jugé qu'elle ne justifiait pas d'autres mesures qu'une antibioprophylaxie de l'endocardite lors de toute intervention à risque de bactériémie (pièce 15 OCAI).

3. Par courrier du 23 avril 2004, constatant qu'il n'avait aucun autre poste adapté à son état de santé à lui proposer, l'employeur de l'assuré a résilié les rapports de travail avec effet au 24 juin 2004.

4. Le 15 juin 2004, l'intéressé a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OCAI) une demande de prestations visant à une orientation professionnelle ou à un reclassement dans une nouvelle profession. Il a allégué souffrir d'un diabète insulinodépendant sévère, de douleurs lombaires, de vertiges et d'instabilité depuis environ dix ans.

5. Interrogé par l'OCAI, le Dr C_____, rhumatologue, a indiqué dans un rapport du 30 août 2004, que son patient souffrait depuis cinq ans de diabète de type II insulino-dépendant avec complications, d'hypertension artérielle modérée depuis trois ans, de rachialgies diffuses sur troubles statiques et modification dégénérative modérée étagée depuis deux ans. Le médecin a également mentionné, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité, une sclérose aortique débutante ainsi qu'une hyperlipidémie mixte. Il a jugé que la capacité de travail du patient en tant que chauffeur-livreur était nulle depuis le 19 janvier 2004.

   De l'anamnèse du rapport du Dr C_____, il ressort que l'assuré se plaint depuis début 2004 de maux de tête, de vertiges, d'instabilité à la marche, de tremblements des mains, d'une dyspnée d'effort, de précordialgie atypique et d'une

grande fatigue. Selon le patient, ses maux de tête sont continuels et les crises vertigineuses surviennent plusieurs fois au cours de la journée, de manière soudaine et imprévisible; elles sont associées à une sensation d'instabilité et d'insécurité à la marche.

Le médecin a relevé que le diabète évoluait déjà depuis plusieurs années et qu'il était asymptomatique. Il restait cependant toujours très difficile à équilibrer malgré le traitement optimal.

S'agissant des douleurs rachidiennes, le médecin a indiqué qu'elles étaient apparues au niveau lombaire mais que depuis le printemps précédent, s'y étaient ajoutées des cervico-dorsalgies. Des clichés de la colonne lombaire effectués le 5 février 2004 à l'hôpital de la Tour n'ont mis en évidence que de discrets troubles dégénératifs. Les examens pratiqués par le médecin sur la colonne cervicale et dorsale le 4 mai 2004 ont montré de discrets troubles statiques sous forme d'une scoliose dorsale ainsi que des modifications dégénératives étagées cervico-dorsales débutantes.

Le Dr C_____ a souligné qu'en date du 5 avril 2004, son patient a été examiné par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, à la demande de son assurance perte de gain et que ce dernier a conclu qu'il lui serait impossible de reprendre son emploi de chauffeur mais qu'en revanche, il serait capable d'effectuer un travail plus léger. A cet égard, le Dr C_____ a indiqué partager entièrement l'avis du Dr D_____ et a suggéré que des mesures de reclassement professionnel soient mises en place. Selon lui, son patient serait capable d'effectuer un travail léger en position assise avec de fréquents changements de position, à raison de quatre à cinq heures par jour. Le médecin a préconisé d'éviter la station debout, les inclinaisons du buste, les positions accroupie et agenouillée, les mouvements répétitifs des membres ou du dos, le travail en hauteur, ainsi que les déplacements sur sol irrégulier ou en pente et les longs parcours à pied. Il a estimé que les douleurs rachidiennes étaient au deuxième plan et qu'elles ne devraient pas poser beaucoup de difficultés au patient dans son nouveau métier.

6. A son rapport, le Dr C_____ a joint un courrier que lui a adressé le Dr Tatiana B_____, spécialiste en endocrinologie et diabétologue, le 5 mai 2004. Ce médecin y indique que le contrôle de diabète est toujours très mauvais en dépit du traitement. S'y ajoutent une hypertension artérielle très difficilement contrôlable, ainsi qu'une hypertriglydéricémie sévère asymptomatique.

7. Le Dr B_____ a rendu un autre rapport le 23 août 2004 (pièce 17 OCAI) dans lesquels les diagnostics suivants ont été posés : diabète de type II insulino-requérant évoluant depuis cinq ans suite à des épisodes itératifs de pancréatite aiguë, hypertension artérielle labile, pancréatite aiguë à répétition sur dyslipidémie sévère. Le médecin a estimé que l'incapacité de travail était totale dans la profession de

chauffeur-livreur depuis le mois de mars 2004. Il a été précisé que les plaintes du patient consistaient en douleurs abdominales, épisodes de nausées et de vomissements occasionnels. Le médecin a expliqué que ces douleurs correspondaient vraisemblablement à des poussées de pancréatite aiguës secondaires à une hypertriglycéridémie sévère. Il a ajouté que le patient se plaignait également de vertiges rotatoires survenant occasionnellement et ne lui permettant pas de conduire. Le médecin a posé un pronostic favorable à condition que la maladie sous-jacente soit bien contrôlée, ce qui implique une grand disponibilité du patient, incompatible avec son travail précédent.

8. Interrogé par l'OCAI, le Dr C_____, par courrier du 21 décembre 2004, a indiqué que son patient, après avoir été examiné par le médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE), le Dr F_____, le 29 septembre 2004, avait été adressé à l'atelier de réadaptation professionnelle du Service de rééducation de l'hôpital Beau-Séjour. Un stage d'une durée de trois semaines avait été prévu qui avait débuté le 8 novembre et avait été interrompu le 23 novembre. Selon les renseignements obtenus auprès de Monsieur V_____, maître de stage, cette interruption s'expliquait par le fait que le stage s'était mal passé dès le début. Monsieur V_____ lui avait cependant signalé qu'il allait reconvoquer le patient pour effectuer dès le 3 janvier 2005 neuf jours de stage supplémentaire afin qu'il puisse minutieusement réévaluer la situation.

9. Dans un rapport du 20 avril 2005, le Dr F_____, après avoir examiné le patient le 13 avril 2005, a estimé que ce dernier était dans l'incapacité totale de travailler, qu'on ne pouvait exiger de lui qu'il exerce une autre activité, que l'essai de réinsertion professionnelle avait été un échec, qu'elle ne semblait dès lors plus réalisable et que l'intéressé était médicalement inapte à l'emploi de manière définitive. Il a indiqué que le patient pouvait conserver la position assise deux heures par jour, qu'il en allait de même de la position debout, qu'il ne devait pas travailler agenouillé ni se déplacer sur sol irrégulier ou en pente. Il a par ailleurs jugé que son comportement n'était pas acceptable par l'entourage (pièce 29 OCAI).

10. Monsieur V_____, du Service de rééducation de l'hôpital cantonal (atelier de réadaptation préprofessionnelle) a indiqué à l'OCE par courrier du 13 juin 2005 que le patient avait effectué un stage à mi-temps du 15 décembre 2004 au 24 janvier 2005. Son activité avait principalement consisté en des démontages pour vérifier les fluctuations de l'endurance et du rendement. Monsieur V_____ a constaté que l'obésité du patient était effectivement un facteur handicapant dans ses mouvements et ses déplacements. Malgré toute sa bonne volonté, il restait limité dès qu'un outil lui demandait une certaine force. Son rendement n'avait jamais excédé 30 à 40% sur un mi-temps. Il lui était impossible de lever une charge depuis le sol en raison de difficultés du tronc et des membres inférieurs et les ports de charges étaient bien inférieurs à ce qui avait été préconisé par le Dr F_____. Les distances parcourues n'excédaient par le trajet domicile - transports publics et les secousses

ressenties dans le bus étaient particulièrement douloureuses. En l'état, le technicien responsable a déclaré qu'il ne voyait absolument pas dans quel type de profession une réinsertion serait possible tant le rendement était faible et a indiqué qu'il n'envisageait même pas une piste occupationnelle. Selon lui, le prononcé d'une inaptitude au placement semblait être la voie la plus "réaliste" (pièce 33 OCAI).

11. Le 25 juillet 2005, le Dr G_____, du service médical régional AI (SMR) a brièvement indiqué après avoir examiné le dossier que les seules complications présentes chez l'assuré étaient une microhématurie et une légère diminution de la pallesthésie aux membres inférieurs, que ces complications mineures n'étaient pas invalidantes, que l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'obésité et le tabagisme étaient des facteurs de risque cardio-vasculaires mais non des facteurs d'invalidité. Il a estimé qu'il était médicalement exigible d'un diabétique qu'il se soumette à une discipline diététique et à un traitement approprié permettant une réduction de poids et un contrôle du profil glycémique et des facteurs de risques. Il en a tiré la conclusion que l'assuré ne présentait donc pas d'incapacité de travail de longue durée médicalement justifiée (pièce 36 OCAI).

12. Par décision du 9 août 2005, l'OCAI a estimé que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité qui pourrait limiter sa capacité de travail de façon permanente et durable. Il a par ailleurs estimé que des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain de l'assuré puisque ce dernier était en mesure d'exercer son activité habituelle à plein temps et plein rendement. En conséquence, il a rejeté la demande de mesures d'ordre professionnel.

13. Par courrier du 9 septembre 2005, l'assuré a formé opposition contre cette décision en invoquant l'avis du Dr D_____ - qui a conclu à l'impossibilité de reprendre son emploi de chauffeur poids lourds la nuit et préconisé comme seule alternative le reclassement professionnel -, celui du Dr C_____ et celui du service de rééducation des HUG, dont il a estimé qu'ils avaient été écartés arbitrairement. S'agissant de l'efficacité d'un traitement diététique, il a fait valoir qu'au vu de son obésité importante, une telle mesure ne suffirait pas à rétablir une pleine capacité de travail. A cet égard, il s'est référé aux déclarations du Dr D_____ selon lequel les mesures médicales et diététiques devraient uniquement lui permettre d'envisager un autre travail, plus léger. Il a par ailleurs souligné souffrir d'une instabilité à la marche et ne pouvoir soulever de charges depuis le sol ce qui l'empêche, à l'évidence, d'exercer son travail de chauffeur-livreur. Il a enfin affirmé avoir suivi tous les traitements médicaux qui lui étaient prescrits afin d'améliorer sa capacité de gain (pièce 43 OCAI).

14. Par courrier du 7 octobre 2005, l'assuré a complété la motivation de son opposition après avoir pris connaissance de son dossier. Après avoir repris les arguments

précédemment évoqués, il a demandé à l'OCAI de reconsidérer sa décision et de lui accorder une rente.

15. Par décision sur opposition du 14 novembre 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 9 août 2005. Il n'a pas contesté que l'assuré souffre d'un diabète de type II, d'une hypertension artérielle, de rachialgies diffuses et d'une surcharge pondérale. Il a toutefois refusé de conclure du rapport rédigé par le Dr D_____ que ces atteintes ont un caractère invalidant. L'OCAI a relevé que, selon ce médecin, "les mesures médicales et diététiques devraient lui permettre dans un avenir relativement proche d'envisager un autre travail plus léger". Quant au Dr H_____, du service de rééducation des HUG, l'OCAI a estimé que son rapport n'emporte pas plus la conviction dans la mesure où le médecin a indiqué que c'est l'obésité qui est un facteur handicapant dans les mouvements et déplacements de l'assuré. L'OCAI a souligné que l'obésité ne peut être considérée comme une atteinte à la santé invalidante et que les douleurs lombaires mentionnées dans le rapport ne reposent sur aucune atteinte physique d'une certaine gravité. En définitive, l'OCAI a conclu que le droit à des mesures d'ordre professionnel n'était pas ouvert faute d'atteinte à la santé invalidante, que quand bien même le travail de chauffeur-livreur ne serait plus exigible, tout travail léger serait encore possible sans nécessiter un quelconque reclassement.

16. Par courrier du 2 janvier 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il se réfère aux avis des Drs B_____, D_____ et H_____ qui, tous trois, ont conclu à une incapacité de travail totale et définitive non seulement dans son activité de chauffeur mais également dans toute autre activité. Il souligne que de son côté, le Dr F_____, médecin-conseil de l'OCE, a également qualifié son affection de chronique, relevé qu'une réinsertion dans la vie professionnelle ne semble pas réalisable et conclu que l'intéressé était médicalement inapte à l'emploi de manière définitive. Quant à ses douleurs lombaires, le recourant souligne qu'elles résultent de troubles dégénératifs au niveau L4-L5 et de calcification aortique, donc d'une atteinte physique constatée objectivement. En conclusion, il demande que lui soit octroyée une rente, subsidiairement que soit ordonnée une expertise médicale.

17. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 26 janvier 2006, a maintenu sa position en se référant à la décision litigieuse.

18. Le 22 février 2007, le Tribunal de céans, considérant que les avis des différents médecins divergeaient et qu'il n'y avait pas encore eu d'expertise médicale approfondie, a ordonné préparatoirement une expertise médicale bidisciplinaire qu'il a confiée aux Drs I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et J_____, spécialiste FMH en endocrinologie (ATAS 161/2007).

19. Le Dr I_____ a rendu son rapport en date du 28 mars 2007. Il a posé les diagnostics de dorso-lombalgies communes sur une mauvaise statique liée à une

obésité, de diabète de type II insulino-requérant, d'hypertension artérielle essentielle traitée, d'hyperlipénie traitée et d'obésité.

Le Dr I_____ conclut que l'assuré pourrait travailler à plein temps et à plein rendement entier dans un emploi ne nécessitant pas de mouvements répétés du rachis et limitant le port de charges à 15 kg, à condition qu'il évite de monter ou de descendre des escaliers ou de grimper sur une échelle.

Le Dr I_____ a relevé que l'assuré a travaillé par le passé comme opérateur de machines chez Y_____ et comme mécanicien de précision. Il a émis l'opinion qu'il pourrait reprendre ce type d'activité à plein temps et à plein rendement. En revanche, il a estimé que l'activité de chauffeur-livreur n'était plus exigible de sa part en raison des contraintes qu'elle entraîne sur le rachis, des efforts, des montées et des descentes continuelles et du port de charges.

Le médecin a expliqué que l'assuré présentait à l'examen clinique une mauvaise posture dorso-lombaire en grande partie due à son obésité. Il a également constaté un important relâchement de la sangle abdominale et une rétractation des muscles ischio-jambiers ce qui entraîne une difficulté à se pencher vers l'avant. Selon le médecin, ces constatations expliquent les douleurs décrites mais l'assuré pourrait corriger ce problème en perdant du poids et en faisant journellement des exercices appropriés. Selon le médecin, ces constatations cliniques ne peuvent en revanche pas justifier une incapacité de travail.

20. Cet avis a été communiqué à l'OCAI qui l'a transmis à son tour au Service médical régional AI (SMR). Le Dr G_____, médecin chef adjoint, a indiqué qu'il adhérait aux conclusions de l'expertise du Dr I_____.

21. Le Dr J_____ a rendu son rapport d'expertise en date du 7 juin 2007. Il en ressort que l'assuré se plaint depuis 2003 de vertiges, essentiellement orthostatiques mais survenant parfois également à la marche,durant trente secondes à une minute et pouvant se produire à plusieurs reprises dans la journée. Le patient décrit par ailleurs des douleurs à la marche de type claudication intermittente sous la forme d'un serrement bilatéral des mollets, des douleurs abdominales occasionnelles, des paresthésies au niveau du bras et de la main droite, des douleurs au niveau de l'épaule du même côté, une dyspnée d'efforts ainsi que des lombalgies chroniques exacerbées à la marche.

Le Dr J_____ a posé les diagnostics de diabète de type II actuellement insulino-requérants et au bénéfice d'un traitement par pompe à insuline depuis septembre 2005. Le médecin a expliqué que ce diabète était compliqué d'une macro-angiopathie sévère sous la forme d'une coronaropathie de l'artère circonflexe moyenne ayant nécessité l'implantation d'un stent actif le 24 juillet 2006 ainsi que d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade 2B actuellement symptomatique et limitant le périmètre de marche à 100 m., consécutive à une

occlusion étendue de l'artère fémorale superficielle droite ainsi que des lésions modérées de l'artère fémorale superficielle gauche. Le Dr J_____ a encore mentionné une néphropathie encore modeste avec protéinurie, une hyperlipidémie sévère mal contrôlée et une hypertension artérielle importante nécessitant une trithérapie par anti-hypertenseurs. Il a souligné que l'obésité de l'assuré est par ailleurs importante puisque son indice de masse corporelle (ICM) s'élève à 33,7.

Le médecin a émis un mauvais pronostic s'agissant du diabète au motif que, depuis trois ans, son contrôle est largement insuffisant malgré tous les efforts thérapeutiques entrepris. En trois ans, la situation s'est nettement péjorée puisque durant ce laps de temps le patient a développé une macro-angiopathie coronaire et des membres inférieurs symptomatiques ayant déjà nécessité et allant encore probablement nécessiter prochainement des interventions invasives. Le médecin a estimé que l'obésité du patient et son déconditionnement physique évident étaient probablement à l'origine de la dyspnée d'efforts importante dont il se plaint.

Vu le mauvais contrôle du diabète, le risque d'hypoglycémie sévère consécutif à ce mauvais contrôle et au traitement par pompe à insuline et les vertiges anamnestiquement décrits par le patient, le Dr J_____ a conclu que l'activité de chauffeur-livreur n'était plus du tout exigible et qu'elle serait même dangereuse pour le patient et pour autrui. De la même manière il a estimé que la présence de vertiges à répétition contre-indiquait toute activité professionnelle pour laquelle une vigilance de tout instant est requise ou pouvant éventuellement mettre en jeu la sécurité d'autres individus. En revanche il a estimé que l'assuré pourrait être en mesure d'assurer une autre activité lucrative dont la durée quotidienne (plein temps ou temps partiel) reste à déterminer en raison d'une fatigabilité importante, étant précisé que ce dernier paramètre est très difficile à évaluer adéquatement. Le médecin a recommandé que cette activité comporte des horaires réguliers - afin de faciliter dans la mesure du possible la régularité de la prise alimentaire et des contrôles glycémiques du patient - et qu'elle n'implique ni déplacements physiques allant au-delà de quelques dizaines de mètres - en raison du périmètre de marche très limité du patient - ni activité physique importante - vu la coronaropathie et la dyspnée d'efforts.

22. Par courrier du 15 juin 2007, le recourant a relevé que les deux experts ont confirmé qu'on ne peut plus exiger de lui qu'il continue à exercer le métier de chauffeur-livreur. Il soutient que l'activité d'opérateur de machines n'est pas non plus exigible de sa part dans la mesure où il souffre de problèmes de concentration et de vertiges de sorte qu'une telle activité l'exposerait, ainsi que les personnes de son entourage professionnel, à des dangers. Il en conclut que sa capacité résiduelle de travail doit être considérée comme nulle et partant, son degré d'invalidité fixé à 100%.

23. Quant à l'intimé, il a indiqué par courrier du 26 juin 2007, qu'il maintenait ses conclusions quant au rejet du recours.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans ayant été reconnue dans l'ordonnance du 22 février 2007, il n'y a pas lieu d'y revenir. Il en va de même de la recevabilité du recours.

2. 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). 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).

3. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997 p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

6. En l'espèce, le Tribunal de céans a constaté que les différents rapports médicaux versés au dossier divergeaient sensiblement sur la question de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré. Ainsi, le Dr C_____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 0% dans son ancienne profession mais qu'il pourrait en revanche exercer une activité plus légère, en position assise et en alternant les positions (cf. son rapport du 30 août 2004). La Dresse B_____ ne s'est quant à elle pas précisément prononcée sur la question de la capacité résiduelle de travail mais a posé un pronostic favorable et recommandé une activité qui laisse une grande disponibilité au patient (cf. son rapport du 23 août 2004). Du rapport de l'atelier de réadaptation professionnelle de l'hôpital Beau-Séjour, il est en revanche ressorti que le rendement de l'assuré n'avait jamais excédé 30-40% sur un mi-temps, que son obésité était un facteur handicapant, et que l'inaptitude au placement était la conclusion la plus réaliste. Se basant sur cette appréciation, le Dr F_____, médecin-conseil de l'OCE, a conclu à une incapacité totale de travail, tout en reconnaissant malgré tout que l'assuré pourrait conserver deux heures par jour la position assise, et qu'il en allait de même de la position debout. C'est en raison de la disparité de ces différents avis que le Tribunal de céans a ordonné une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et endocrinologique.

   Tant le Dr I_____ que le Dr J_____ sont arrivés à la conclusion, contraire à celle défendue par l'intimé dans la décision litigieuse, que l'assuré ne peut désormais plus exercer la profession de chauffeur-livreur qui était la sienne auparavant. Ils rejoignent en cela l'opinion du médecin-traitant.

   Le Dr I_____ estime cependant que l'on peut exiger de l'assuré qu'il exerce à plein temps et à plein rendement une activité adaptée à son état de santé. Il a indiqué qu'une telle activité devrait éviter les mouvements répétés du rachis, le port de charges, les montées et descentes d'escaliers. A titre d'exemple, le Dr I_____ a cité les professions d'opérateur de machines ou de mécanicien de précision autrefois pratiquées par le patient. Ces deux professions semblent cependant également exclues dans la mesure où le Dr J_____ préconise d'éviter les activités pour lesquelles une vigilance de tout instant est requise ou pouvant éventuellement mettre en jeu la sécurité d'autres individus. En revanche, le Dr J_____ rejoint le Dr I_____ lorsqu'il conclut que l'assuré pourrait néanmoins exercer une activité lucrative dont il a précisé qu'elle devait comporter des horaires réguliers et n'impliquer ni déplacements physiques allant au-delà de quelques dizaines de mètres ni activité physique importante. Le Dr J_____ est cependant resté évasif sur le taux d'occupation que l'on pourrait attendre du recourant.

   Il sied de relever que ce dernier ne conteste pas les conclusions des Drs I_____ et J_____ mais estime que, dans la mesure où ni l'activité

d'opérateur de machines ni celle de chauffeur ne lui sont plus accessibles, il s'impose de lui reconnaître un degré d'invalidité de 100%. C'est oublier d'une part l'obligation qui est faite à l'assuré de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). En vertu de cette obligation, le recourant se doit de faire les efforts évoqués par le Dr I_____, à savoir perdre du poids et faire quotidiennement des exercices. Ce faisant, le rhumatologue estime en effet que le recourant pourrait ainsi contribuer à la diminution de ses douleurs et à l'amélioration de son état de santé. D'autre part, il existe bien d'autres activités pouvant correspondre à la description de l'activité adaptée faite par les médecins, c'est-à-dire légères, s'exerçant en position assise, évitant le port de charges, les montées et descentes d'escaliers et les prises de risque.

A cet égard, il convient de se référer au salaire mensuel brut tel qu'il résulte de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) pour des activités simples et répétitives du secteur privé, toutes branches économiques confondues. En effet, dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par le recourant, conformes aux aptitudes de celui-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'intimé.

Il convient donc de procéder à une évaluation théorique du degré d'invalidité du recourant.

7. Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

   Selon la jurisprudence, le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques sur les

salaires moyens (cf. RCC 1991 p. 332 ss consid. 3; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, thèse Fribourg 1995, p. 215). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ss).

8. En l'espèce, il convient donc de comparer le revenu qu'aurait réalisé le recourant en 2004, soit 52'946 fr., à celui qu'il aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à la santé dans une activité simple et répétitive, soit 57'258 fr. par an (ESS 2004 : 4'588.- par mois pour 40 h./sem. = 4'772.- par mois pour 41,6 h./sem. = 57'258.-). Même si l'on applique à ce montant la réduction maximale admise par la jurisprudence, soit 25%, on obtient un degré d'invalidité de 18,9% insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond :

1. Rejette le recours.

2. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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