RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1556/2006 **ATAS/906/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 19 octobre 2006

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , 1227 Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Doris VATERLAUS	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente,
Juliana BALDE et Doris WANGELER Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant portugais né le 1954, sans formation, a travaillé, pour la dernière fois du 20 février 1998 au 30 avril 2000, en tant que manutentionnaire/livreur auprès de la société SA (ci-après: X_____).

2. Le 18 mai 2001, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après: OCAI) tendant à l'octroi d'une rente, au motif qu'il souffrait de douleurs au dos depuis le mois de décembre 1999. Il signalait avoir bénéficié de prestations de l'assurance chômage de mars à décembre 2000.

3. Dans son rapport du 12 juin 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assuré, a précisé que la capacité de travail de ce dernier était nulle depuis le 4 septembre 2000; son état de santé s'aggravait. Une IRM lombaire effectuée en mars 2000 (rapport du Dr B_____ du 3 mars 2000 - Centre d'imagerie médicale de Florissant), avait mis en évidence une spondylolisthésis L5/S1, une triple discopathie lombaire inférieure L3 à S1 avec protrusions discales et un prolapsus disco-ligamentaire à l'étage L4-L5, sans hernie discale. Un rétrécissement du sac thécal à la hauteur L4-S1 était aussi diagnostiqué. De l'avis du Dr A_____, le pronostic de reprise de travail était faible voire nul, un travail léger alternant les positions pouvant éventuellement être envisagé. Dans l'annexe à son rapport, le médecin traitant exposait toutefois qu'aucune autre activité n'était exigible, l'assuré n'ayant aucune capacité fonctionnelle. Le Dr A_____ a joint à son rapport un courrier du 25 avril 2001 du Dr C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui exposait que l'assuré devait entreprendre des démarches auprès de l'assurance-invalidité, les chances de succès d'une intervention chirurgicale (spondylodèse) dans une perspective de reprise d'activité professionnelle étant limitées.

4. Par courrier du 12 juin 2001, l'Office cantonal de l'emploi de Genève a informé l'OCAI que l'assuré avait bénéficié de prestations de l'assurance chômage en 1993 (400 jours d'indemnités journalières), en 1995 (150 jours) et en 1997 (150 jours). Il s'était annoncé pour la dernière fois à l'assurance chômage le 1er mai 2000, et le délai-cadre d'indemnisation viendrait à échéance le 30 avril 2002.

5. Le questionnaire pour l'employeur a été retourné à l'OCAI en date du 31 octobre 2002 par X_____. Il en ressort qu'en 2000, l'horaire de travail de l'assuré était de 42 heures par semaine, pour un salaire mensuel de 3'800 fr. Dès l'apparition des premiers problèmes de santé, des travaux peu pénibles avaient été confiés à l'assuré. Son dernier jour effectif de travail avait été le 21 janvier 2000. L'employeur indiquait avoir mis fin aux rapports de travail en raison de la suppression du poste.

6. Le 15 octobre 2003, l'OCAI de Neuchâtel - à qui le dossier a été transmis pour instruction par l'OCAI de Genève, surchargé de travail - a sollicité du médecin traitant un rapport intermédiaire.

7. Le Dr A_____ a répondu, en date du 21 octobre 2003, que l'état de santé de l'assuré était stationnaire et qu'il émettait un pronostic négatif s'agissant de la reprise du travail. Il a joint à son rapport les documents médicaux en sa possession, soit un courrier adressé le 6 avril 2000 au Dr D_____ par le Dr E_____, de la clinique d'orthopédie de ("établissement hospitalier"), un courrier du Dr C_____ au Dr F_____ du 27 juin 2000 et trois rapports établis par le Dr G_____, chef de clinique adjoint au département de radiologie des "établissement hospitalier", concernant l'exécution d'infiltrations de la lyse isthmique L5-S1 droite les 17 octobre, 24 octobre et 21 décembre 2000.

8. En date du 10 novembre 2003, l'OCAI de Neuchâtel a sollicité l'avis de son service médical. Le Dr H_____ a répondu le 12 novembre 2003 que l'assuré souffrait d'une atteinte à la santé curable, peu invalidante et parfaitement compatible avec une activité adaptée. L'activité habituelle de manutentionnaire ne paraissait pas exclue, pour autant que le port de charges fût limité; toute autre activité légère non qualifiée était envisageable. Le dossier médical étant ancien et lacunaire, il était selon lui nécessaire de procéder à une expertise rhumatologique.

9. Le 26 février 2004 l'assuré a été examiné par le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales. Dans son rapport du 11 mars 2004, le Dr I_____ a exposé que l'assuré souffrait de troubles douloureux somatoformes persistants sous forme principalement de lombalgies, de spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I sur lyse isthmique bilatérale, de troubles statiques modérés du rachis ainsi que de psoriasis cutané. Les troubles statiques du rachis étaient qualifiés discrets. Le spondylolisthésis était quant à lui ancien et n'avait pas empêché l'assuré de mener une vie normale jusqu'en 2000. Le dossier médical et l'anamnèse ne permettaient pas d'expliquer l'apparition et la persistance de la symptomatologie douloureuse, apparue après plusieurs années de difficultés socioprofessionnelles. Le Dr I_____ observait une discordance entre l'importance des plaintes douloureuses avancées et les troubles observés, l'assuré ne prenant d'ailleurs aucun traitement antalgique ou anti-inflammatoire et ne faisant ni physiothérapie ni gymnastique personnelle pour le dos. L'examen clinique mettait en outre en évidence des signes de non organicité selon Waddell. Par ailleurs, l'assuré ne formulait aucune plainte de type psychique et ne manifestait aucun signe de trouble psychiatrique; il conservait une vie sociale et affective intacte, sa thymie n'était pas triste et il déclarait entretenir de bonnes relations avec son épouse et son fils. Le Dr I_____ en a conclu que la capacité de travail de l'assuré était conservée dans une activité adaptée, sans effort physique important ou sollicitant fortement le dos. Il pouvait notamment continuer à exercer le dernier emploi de manutentionnaire, dans la mesure où celui-ci ne comportait pas d'effort physique

important d'après le questionnaire d'employeur, ou les activités exercées précédemment (livreur de pizzas ou préparateur de sandwiches).

10. Par décision du 20 avril 2004, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que, selon les conclusions de l'expertise, l'état de santé de l'assuré était compatible avec l'exercice à plein temps de toute activité adaptée, sans effort physique important ou sollicitant fortement le dos, y compris son ancienne activité de manutentionnaire.

11. Par l'intermédiaire de Me Doris VATERLAUS, avocate à Genève, l'assuré a formé opposition en date du 21 mai 2004 contre la décision de refus de prestations. Il a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas l'exercice de son ancienne activité de manutentionnaire. Son dernier employeur avait d'ailleurs précisé dans le questionnaire à l'OCAI qu'il avait dû aménager les conditions de travail dès l'apparition des premiers problèmes de santé, seuls des travaux peu pénibles pouvant lui être confiés. Quant aux activités de livreur de pizza ou de préparateur de sandwiches, évoquées par le Dr I_____, elles n'étaient pas non plus adaptées à son état de santé, selon l'avis partagé des médecins consultés, et elles ne permettaient au demeurant pas une rémunération équivalente à celle de manutentionnaire. Partant, l'assuré a estimé que l'OCAI aurait dû procéder à une comparaison des revenus et que par ailleurs, compte tenu des limitations fonctionnelles constatées, des mesures de réadaptation, voire une aide au placement auraient dû être ordonnées.

    A l'appui de son opposition, l'assuré a produit, notamment, un courrier du Dr C_____ daté du 7 mai 2004, dans lequel le neurochirurgien exposait que s'il était exact qu'un traitement conservateur du spondylolisthésis L5-S1, à la limite du 1er et du 2ème degré, sur lyse isthmique bilatérale, avait été préconisé en 2000 et en 2001 par les différents spécialistes consultés, aucun de ces médecins n'avait prétendu que la capacité de travail de l'assuré était entière. Chez les patients qui ont des lombalgies mécaniques du type de celles présentées par le patient, le piétinement sur place et le maintien prolongé de certaines positions étaient tout aussi pénibles que les sollicitations mécaniques ou le port de charges. Partant, l'activité de préparateur de sandwiches, évoquée par le Dr I_____, n'était pas adaptée.

12. Le 1er juillet 2004, l'OCAI de Neuchâtel a accusé réception de l'opposition.

13. Par lettre du 30 septembre 2004, l'assuré a informé l'OCAI que son état de santé s'était dégradé. Il a joint à son courrier une lettre manuscrite du Dr J_____ adressée au Dr A_____, qui faisait état d'un dosage de la CRP élevé. L'assuré demandait l'octroi d'une rente et d'une allocation pour impotent.

14. Le conseil de l'assuré a relancé l'OCAI en date des 18 février et 27 juillet 2005, afin que l'office statue sur l'opposition dans les meilleurs délais. Un nouveau courrier du

Dr A_____ du 1er juillet 2005 a également été produit. Le médecin traitant rappelait que l'assuré souffrait depuis de nombreuses années d'un psoriasis cutané important et de lombalgies chroniques invalidantes, sur spondylolisthésis L5-S1 à la limite du premier et deuxième degré, sur lyse isthmique bilatérale. Il présentait aussi une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, prédominant à l'épaule droite, et des cervicalgies, invalidantes en cas de conduite automobile. Par ailleurs, la biologie sanguine avait subi des modifications importantes, avec de graves perturbations des tests hépatiques et des tests de coagulation. La pathologie que présentait l'assuré comportait un taux de risque de mortalité estimé à 50%.

15. L'OCAI n'ayant pas statué, l'assuré a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève en date du 20 janvier 2006 d'un recours pour déni de justice.

16. Par décision sur opposition datée du 10 mars 2006, l'OCAI a confirmé le refus de prestations. Il a estimé que, compte tenu des conclusions du Dr I_____, l'assuré était en mesure d'effectuer une activité lucrative à plein temps, sans effort physique important ni sollicitation importante du dos; que les anciennes activités effectuées par l'assuré répondaient aux critères posés par l'expert; que l'expertise du Dr I_____ revêtait pleine valeur probante et que ses conclusions ne prêtaient pas le flanc à la critique. Par ailleurs, en procédant à une comparaison du revenu sans invalidité (salaire de manutentionnaire de 3'800 fr. par mois) avec le revenu d'invalide déterminé sur la base des salaires statistiques, le degré d'invalidité demeurait en dessous du seuil de 20%, susceptible d'ouvrir le droit à des mesures professionnelles, et ce même en appliquant un abattement maximum de 25% sur le revenu statistique d'invalide. Enfin, les pièces médicales versées au dossier ne démontraient pas que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis la décision de refus de rente initiale. En particulier, le rapport des Drs K_____ et L_____, de la consultation ambulatoire de rhumatologie des "établissement hospitalier", du 11 octobre 2004, indiquait que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques communes et qu'il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire (psoriasique). L'assuré présentait des signes de tendinopathie de la coiffe prédominant à l'épaule droite, la symptomatologie devant rapidement s'amender sous physiothérapie antalgique. Quant à la forte perturbation des tests hépatiques, elle trouvait une explication probable dans l'éthylisme chronique relevé à l'anamnèse.

17. En date du 28 avril 2006, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, le recours pour déni de justice ayant été préalablement retiré. Il conteste en premier lieu les conclusions du Dr I_____, sur lesquelles l'OCAI s'est fondé pour conclure à une capacité de travail entière; selon lui, elles sont en contradiction avec les autres pièces médicales du dossier. Il se plaint de ce que l'expertise du Dr I_____ est trop ancienne et ne tient pas compte de l'aggravation de son état de santé. Il reproche aussi à l'OCAI le calcul du degré d'invalidité qu'il considère erroné et sollicite

l'octroi de mesures de réadaptation. Le recourant soutient que la décision sur opposition est arbitraire dans la mesure où elle s'écarte de manière inadmissible des constatations médicales faites par de nombreux médecins. Il produit, à l'appui de son recours, trois nouvelles pièces médicales, soit un courrier du Dr A_____ du 20 mars 2006 et deux rapports établis par le Dr M_____, en relation avec une tomodensitométrie de l'abdomen effectuée le 10 février 2004 et une IRM lombaire en date du 29 mars 2006.

18. Invité à répondre, l'OCAI a fait savoir au Tribunal de céans, par courrier daté du 6 mai 2006, mis à la poste le 7 juin 2006, qu'il n'avait pas d'observations à formuler et qu'il concluait au rejet du recours.

19. Le Tribunal de céans a communiqué au recourant une copie de la correspondance de l'OCAI en date du 13 juin 2006. Sur ce, 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. a) Conformément à l'article 56 V alinéa 1 lettre a chiffre 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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant

l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

c) En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 10 mars 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 23 mai 2001), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA et qu'il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu; de la sorte, la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

e) Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA), et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur la question 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. a) En vertu des articles 8 alinéa 1 LPGA et 4 alinéa 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et

résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'article 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assurée 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 mesure de réadaptation exigible. 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).

b) Aux termes de l'article 28 alinéa 1 aLAI, en vigueur jusqu'au 31 janvier 2003, 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'article 28 alinéa 1bis aLAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, il a droit à un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, à une demi-rente pour un taux de 50% au moins, à trois-quarts de rente pour un taux de 60% et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

6. a) 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 (pour la procédure administrative: art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances: art. 61 let. c LPGA; pour la procédure devant le Tribunal fédéral des assurances: art. 95 al. 2 OJ en corrélation 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 de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

b) Pour reconnaître une valeur de preuve à un rapport médical, il faut qu'il examine de manière complète les points litigieux, se fonde sur des examens approfondis, prenne en compte les maux dont se plaint l'assuré, soit établi en pleine connaissance les antécédents de celui-ci (anamnèse) et soit clair dans l'exposé des corrélations médicales et l'appréciation de la situation médicale. Enfin, les conclusions de l'expert doivent être motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000, p.214 consid. 3a ; 1991, 311 ; VSI 1997, p.122, consid. 1). Le juge ne saurait s'écarter des expertises établies par des spécialistes reconnus et répondant aux critères susmentionnés, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 161, consid. 1c). Quant aux rapports des 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 extérieur qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références).

c) Si les rapports médicaux sont 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a).

7. En l'espèce, pour apprécier le degré d'invalidité du recourant, l'OCAI s'est fondé essentiellement sur le rapport du Dr I_____ dont il estime qu'il a pleine valeur probante et qu'il n'y a dès lors pas lieu d'en remettre en cause les conclusions, d'autant plus qu'elles ne sont pas infirmées par les autres pièces médicales du dossier. Le recourant estime en revanche que son état de santé ne lui permet pas d'exercer l'activité de manutentionnaire, de même que l'activité de livreur de sandwichs, et critique en substance les conclusions de l'expert en ce qui concerne sa capacité de travail. Il se fonde sur les rapports médicaux de son médecin traitant généraliste de même que sur les autres pièces médicales du dossier, en particulier les rapports du Dr Daniel C_____, neurochirurgien.

8. a) Le recourant souffre depuis le mois de décembre 1999 de lombalgies chroniques persistantes.

b) Le Dr I_____ pose les diagnostics de troubles somatoformes douloureux persistants sous forme principalement de lombalgies, de spondylosisthésis de L5 sur S1 de degré I sur lyse isthmique bilatérale, de troubles statiques modérés du rachis et de psoriasis cutané. Quant aux conséquences de ces diagnostics sur la symptomatologie douloureuse, le Dr I_____ relève que le spondylosisthésis est ancien, qu'il n'a pas empêché l'assuré de mener une vie normale jusqu'en 2000 et que les autres troubles du rachis doivent être qualifiés de discrets. Selon lui, le dossier médical et l'anamnèse ne permettent pas d'expliquer l'apparition puis la persistance de la symptomatologie douloureuse. Le médecin a également relevé une

discordance entre l'importance des plaintes douloureuses avancées et le fait que le recourant ne prend aucun antalgique et n'a mis en oeuvre aucune prise en charge destinée à améliorer sa situation. En résumé, l'importance et la persistance de la symptomatologie douloureuse, la mauvaise réponse aux différents traitements et les lésions organiques objectives modérées et antérieures à 2000, permettent de retenir le diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants sous forme de lombalgies. Selon le médecin, ils ne sont par ailleurs pas accompagnés d'affections psychiatriques significatives, pas plus que d'une désinsertion sociale ou d'une perte de relations socio-affectives. L'expert en conclut que la capacité de travail du recourant est conservée dans une activité adaptée, sans effort physique important ou sollicitant fortement le dos. Il estime que le dernier emploi de manutentionnaire auprès du maraîcher remplissait ces conditions, selon le questionnaire de l'employeur, contrairement aux déclarations de l'assuré. Les autres activités exercées par le passé, comme celles de livreur de pizzas ou préparateur de sandwichs étaient, d'après l'expert, tout à fait adaptées à l'état de santé actuel de l'assuré, ce qui avait été reconnu par les autres médecins consultés. L'expert a fondé son appréciation sur l'anamnèse et l'examen clinique, ainsi que sur les rapports médicaux au dossier, dont les rapports radiologiques.

c) Les examens radiologiques effectués en 2000 mettent en évidence une spondylolisthésis de L5 sur S1, une triple discopathie lombaire inférieure allant de L3 à S1, comprenant des protrusions discales et un prolapsus disco-ligamentaire mais pas de hernie discale, ainsi qu'un rétrécissement du sac thécal (IRM de la colonne lombaire du 3 mars 2000, Dr N_____).

d) Le Dr E_____, de la clinique d'orthopédie des "établissement hospitalier", expose dans son courrier du 6 avril 2000 que l'on est en présence de troubles statiques modérés, pour lesquels il préconise un traitement conservateur et une reprise de travail avec une ceinture lombaire. Le Dr O_____, neurochirurgien, relève quant à lui dans un courrier du 5 juin 2000 que le spondylosisthésis est de 1er degré, limite 2ème degré, une intervention chirurgicale apparaissant nécessaire ("bon candidat pour une instrumentation postérieure, la chose à discuter étant de savoir le nombre de segments à instrumenter"). Le Dr C_____, neurochirurgien aux "établissement hospitalier", indique dans un premier avis du 27 juin 2000 que la symptomatologie paraît plutôt discrète pour justifier une intervention chirurgicale. Quelques mois plus tard, il relève que la situation ne s'est guère améliorée et qu'il n'y a pas d'autre alternative que d'envisager l'AI (courrier du Dr C_____ au Dr A_____ du 15 septembre 2000), ce qu'il confirme par lettre du 25 avril 2001 au médecin généraliste, en rajoutant que les chances de succès d'une intervention chirurgicale dans une perspective de réinsertion professionnelle paraissent limitées. Enfin, ce même médecin a indiqué, après avoir pris connaissance des conclusions du Dr I_____, que dans le cadre de lombalgies mécaniques du type de celles présentées par le recourant, le piétinement sur place et le maintien prolongé de

certaines positions sont tout aussi pénibles que les sollicitations mécaniques ou le port de charges. Dans ces conditions, il n'est selon lui pas concevable que le recourant reprenne une activité dans une sandwicherie. Les conclusions de l'expert paraissent ainsi dépassées.

9. De l'ensemble de la documentation médicale précitée, il ressort que les différents médecins consultés concordent sur les diagnostics somatiques en relation avec les lombalgies, à savoir l'existence d'un spondylosisthésis de degré 1 (pour certains limite degré 2), une lyse isthmique bilatérale ainsi que d'autres troubles du rachis. Les avis divergent en revanche s'agissant des conséquences de ces diagnostics sur la capacité de travail du recourant. Pour le Dr I_____, toutes les activités exercées précédemment par le recourant sont exigibles, dans la mesure où elles ne comportent pas de travaux lourds. Pour le Dr E_____, en 2000, une reprise de travail, dans l'activité de chauffeur livreur, était envisageable avec le port d'un lombostat. Le Dr C_____ a retenu dans son premier courrier qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée, sans se prononcer concrètement sur les capacités fonctionnelles du recourant. Ce même médecin a évoqué dans les courriers suivants que des démarches auprès de l'AI devaient être entreprises, tout en précisant, dans une correspondance du 7 mai 2004, que les lombalgies mécaniques présentées par le recourant rendaient douloureux le piétinement sur place et le maintien prolongé dans certaines positions, de même que les sollicitations mécaniques et le port de charges. Une activité dans une sandwicherie n'était pas adaptée. Quant au Dr A_____, médecin traitant généraliste, il a allégué à plusieurs reprises que la capacité de travail de son patient était quasiment inexistante, son avis n'étant toutefois pas étayé et présentant des contradictions (il a affirmé dans le courrier accompagnant le premier rapport à l'OCAI qu'un travail léger alternant les positions pouvait être envisagé, alors que dans l'annexe à ce même rapport, il précisait qu'on ne pouvait exiger du recourant l'exercice d'une autre activité, le recourant n'ayant aucune capacité fonctionnelle).

10. Au vu de ce qui précède, il apparaît que ce sont surtout l'avis du Dr I_____, d'un côté, et celui du Dr C_____, de l'autre côté, qui s'opposent au sujet des capacités fonctionnelles du recourant.

    a) Selon le Dr I_____, le spondylolisthésis sur lyse isthmique bilatérale ne saurait entraver la capacité de travail du recourant dans la mesure où il n'a pas empêché la conduite d'une vie normale jusqu'en 2000, alors que l'affection était préexistante. Quant aux autres troubles du rachis, il les qualifie de discrets.

    b) Selon le dossier médical, le spondylolisthésis, à l'instar des autres affections rachidiennes, a été diagnostiqué pour la première fois en 2000 (rapport d'IRM du 3 mars 2000). L'observation du Dr I_____ au sujet de l'antériorité de l'affection semble ainsi reposer davantage sur des déductions liées à la nature dégénérative du trouble que sur des éléments objectifs. Par ailleurs, le simple fait que le

spondylolisthésis ait été asymptomatique pendant des années ne saurait conduire à retenir que les lombalgies ne peuvent pas avoir leur origine dans cette affection. L'expert aurait dû plutôt se livrer à une analyse du substrat organique de l'affection (gravité de l'atteinte du point de vue objectif), afin de décider si la symptomatologie douloureuse était confirmée par les constatations objectives. Sur ce point, le rapport du Dr I_____ n'emporte pas la conviction du Tribunal de céans.

c) Surtout, les conclusions du Dr I_____ sont peu convaincantes s'agissant de l'évaluation des limitations fonctionnelles du recourant et des travaux que l'on peut encore exiger de lui. L'expert mandaté par l'OCAI, après avoir considéré que les troubles organiques objectifs sont modérés et antérieurs à 2000, conclut que la capacité de travail du recourant est conservée dans une activité adaptée, sans effort physique important (port de charges) ou sollicitant fortement le dos. Il ne précise toutefois pas si l'activité adaptée doit tenir compte de l'alternance horaire des positions assise et debout, comme le suggère le Dr C_____, ni quelles sont les charges, exprimées en kilos, dont le soulèvement ou le port régulier doit être évité. L'expert ne se livre pas non plus à une appréciation convaincante des travaux que l'on peut exiger du recourant et se borne à affirmer, sans l'expliquer, que toutes les activités précédemment exercées par celui-ci, soit celles de manutentionnaire, de préparateur de sandwichs ou de livreur de pizzas sont encore exigibles. S'agissant tout particulièrement de la dernière activité exercée par le recourant, soit celle de manutentionnaire, l'expert relève, à tort, qu'elle ne comportait pas de travaux lourds. Cette appréciation repose manifestement sur une lecture erronée du questionnaire de l'employeur, qui signalait qu'après l'apparition des premiers problèmes de santé, des travaux peu pénibles avaient été confiés au recourant. Cette erreur de lecture a d'ailleurs conduit l'expert à retenir que les déclarations du recourant sur la nature pénible de son travail de manutentionnaire ne correspondaient pas à la réalité.

11. a) Force est ainsi de constater que l'expertise du Dr I_____ ne permet pas de répondre de manière convaincante à la question de savoir quelle est la gravité des troubles somatiques constatés en relation avec l'exercice d'une activité lucrative et quels sont concrètement les travaux que l'on peut exiger du recourant. Les conclusions de l'expert apparaissent en tout cas erronées s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail du recourant dans l'activité de manutentionnaire, peu convaincantes en ce qui concerne le type d'activité d'adaptée que le recourant est en mesure d'exercer et incomplètes s'agissant de ses limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, on ne saurait accorder pleine valeur probante au rapport du Dr I_____ sur lequel s'est fondé l'OCAI pour refuser le droit du recourant à des prestations. Or, avant de procéder à la comparaison des revenus, il est indispensable de connaître l'appréciation médicale exacte de la capacité de travail du recourant, le juge devant se fonder sur des conclusions convaincantes qui relèvent de la science et de la tâche du médecin.

b) D'un autre côté, les observations du Dr C_____ relatives aux limitations fonctionnelles, exposées dans le courrier du 7 mai 2004, sont de nature à mettre en doute la pertinence des conclusions du Dr I_____, sans pour autant que l'on puisse y attacher foi en l'absence d'autre examen.

c) Par ailleurs, le dossier ne contient pas d'autre avis médical suffisamment étayé et convaincant permettant de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et les activités exigibles de sa part.

12. Aussi, convient-il de renvoyer la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans la mesure où le Dr I_____ a posé le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants, affections de nature psychique pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'elles sont susceptibles d'entraîner, il conviendra que le recourant fasse l'objet d'un examen pluridisciplinaire. Les médecins appelés à se prononcer devront poser des diagnostics sur la nature des troubles dont souffre le recourant, qu'ils soient d'ordre psychique ou somatique, et déterminer sa capacité de travail et les activités exigibles. Dans ce cadre, les médecins pourront aussi se prononcer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé du recourant et sur les autres affections (forte perturbation des tests hépatiques, tendinopathie, etc.) qui ressortent des pièces médicales postérieures à l'expertise effectuée par le Dr I_____ mais antérieures à la décision sur opposition litigieuse (rapport de consultation de rhumatologie des "établissement hospitalier" du 11 octobre 2004 et rapport de tomodensitométrie axiale computerisée de l'abdomen du 11 février 2004) - de sorte qu'elles doivent être prises en compte dans la présente procédure (cf. ATF 130 V 140 consid. 2a; 121 V 366 consid. 1b)

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition annulée et le dossier renvoyé à l'OCAI pour instruction complémentaire quant à la réelle capacité de travail du recourant et quant aux travaux que l'on peut exiger de lui et examen d'éventuelles mesures de réadaptation.

14. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, aura droit à des dépens s'élevant à 1'000.- 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. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Annule les décisions de l'OCAI des 20 avril 2004 et 10 mars 2006.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à verser une indemnité de fr. 1'000.- au recourant à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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