RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3325/2006 **ATAS/323/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 26 mars 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel VOUILLOZ	recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur M_____, ressortissant italien, né le 25 mars 1956, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 1989. Au bénéfice d'un permis C, il a d'abord travaillé en tant que maçon, ferrailleur et garçon de buffet. Dès 1996, il a exercé l'activité de magasinier à plein temps auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les "établissement hospitalier").

2. Dès le 7 juillet 2002, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale en raison de lombalgies.

3. Selon un rapport du 10 octobre 2002 établi par les Drs A_____ et B_____, respectivement médecin chef de service adjoint et cheffe de clinique adjointe auprès du département de radiologie des "établissement hospitalier", l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) effectuée le 3 octobre 2002 a permis de constater une arthrose des articulations postérieures (L3-S1) et une discopathie dégénérative importante en L1-L2, L4-L5 et L5-S1, accompagnées de protrusions discales, avec compression de l'espace pré-médullaire au niveau L1-L2, mais sans conflit radiculaire objectivé, ni rétrécissement significatif du canal lombaire.

4. En date du 6 mai 2003, l'assuré a présenté une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) en vue de l'obtention d'une rente.

5. Dans un rapport daté du 20 mai 2003, le Dr E_____, médecin traitant de l'assuré (de juillet 2002 à avril 2003) et spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, a diagnostiqué des lombalgies chroniques, soit une discopathie sévère L5-S1 avec protrusion discale. L'assuré, un ancien maçon, se plaignait de douleurs lombaires basses en barre, augmentant en position debout, à la marche, penché en avant, en se relevant et à la position assise. Les constatations objectives étaient des douleurs à la palpation en L5-S1, une flexion et une extension du dos douloureuses, l'examen neurologique étant quant à lui sans problème. L'assuré avait bénéficié de traitements variés comprenant des médicaments, de la physiothérapie ainsi que d'un programme intitulé "objectif dos". L'état de santé était stationnaire. L'incapacité de travail était totale depuis le 8 juillet 2002 et l'activité habituelle n'était plus exigible. Il était toutefois possible d'améliorer la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, et ce en évitant le port de charges lourdes et la position debout prolongée. Il estimait également que l'exercice d'une autre activité était exigible à plein temps, dans un poste ne comprenant pas de port de charges lourdes ou de positions contraignantes pour le dos. Il a précisé que sur la base de l'examen du dos, il n'était pas en mesure d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles. Celles-ci devaient par conséquent être appréciées par une

personne compétente, tel qu'un ergothérapeute. Selon lui, des mesures professionnelles étaient indiquées.

6. En date du 22 mai 2003, les "établissement hospitalier" ont indiqué à l'OCAI que le salaire mensuel versé à l'assuré en 2003 s'élevait à 5'439 fr. 75.

7. Dans un rapport daté du 11 septembre 2003, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré depuis septembre 2000, a posé les diagnostics de lombalgies et sciatalgies droites sur arthrose des articulations postérieures, une discopathie dégénérative importante de L1, L2, L4, L5 et S1 ainsi qu'une protrusion discale sans compression. Les traitements en cours étaient des anti-inflammatoires, du repos, de la décharge, de la physiothérapie ainsi que des myorelaxants. Il a indiqué que vu l'activité habituelle de l'assuré, soit magasinier soulevant de lourdes charges et poussant des chariots très lourds, et compte tenu de sa formation limitée, de l'exacerbation des douleurs et de l'augmentation de la fréquence de ses absences, un arrêt de travail prolongé avait été nécessaire. Selon le médecin, même une activité assise ne paraissait pas satisfaisante dans la mesure où elle provoquait des lombalgies. Toute marche prolongée, le port de charges ainsi que le déplacement du tronc sur le bassin entraînaient des lombalgies. Toute activité physique paraissait donc plus que limitée. L'assuré demeurait néanmoins capable d'exercer de façon régulière des travaux légers, telle qu'une activité de surveillance, mais ne nécessitant pas une position assise prolongée ni debout. Le travail posté, les flexions répétées, le port et le soulèvement de charges, le fait de gravir des plans inclinés, des échelles ou des escaliers étaient à proscrire. L'exercice d'une activité n'était possible que si les postures de travail étaient alternées, tout comme la marche, la station debout et la position assise. Enfin, l'exercice d'une activité adaptée n'était pas exigible de la part de l'assuré.

8. Dans son rapport du 7 octobre 2003, le Dr C_____ a rappelé les diagnostics posés. Il a indiqué que l'état de santé s'aggravait. Les douleurs étaient ressenties de façon pratiquement constantes, augmentées à la marche, lorsque l'assuré soulevait des charges, se penchait en avant ou se relevait de la position assise. Le pronostic était réservé compte tenu de la persistance des douleurs, et ce malgré le repos et la physiothérapie. Il a également rappelé que même une activité assise ne paraissait pas satisfaisante dans la mesure où elle provoquait des lombalgies. Toute marche prolongée, le port de charges ainsi que le déplacement du tronc sur le bassin entraînaient également des lombalgies. Selon lui, toute activité physique paraissait plus que limitée.

9. Le Dr D_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL ROMAND LEMAN (ci-après SMR), a indiqué dans un rapport daté du 20 août 2004, que l'atteinte principale dont souffrait l'assuré étaient des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques, sans radiculopathie. Sur la base du rapport du Dr E_____, le Dr D_____ retenait que la capacité de travail était nulle

dans l'activité habituelle de l'assuré (magasinier, maçon ou ferrailleur). Par contre, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charges lourdes, pas de position statique prolongée, pas de travaux en flexion ou en porte-à-faux du tronc, sa capacité de travail était totale depuis juillet 2002.

10. En date du 18 mars 2005, l'assuré a eu un entretien avec la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Il résulte du rapport établi le 3 mai 2005, que vu le manque de motivation et la totale absence de collaboration et de participation active de la part de l'assuré, la mise en place de toute mesure d'ordre professionnel se révélait être inutile. Par ailleurs, l'employeur de l'assuré avait confirmé que le salaire mensuel pour 2003, indiqué dans le questionnaire daté du 22 mai 2003, était versé 12 fois l'an et qu'une prime de fidélité de 2'175 fr. 90 s'y ajoutait.

11. Par décision du 10 mai 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Sur la base des documents recueillis, l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, respectant ses limitations professionnelles, soit pas de port de charges lourdes, pas de position statique prolongée, pas de travaux en flexion ou en porte-à-faux du tronc. En comparant, en 2003, le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé de 67'453 fr., au revenu annuel pour des activités simples et répétitives de 49'143 fr., et ce compte tenu d'une réduction de 15%, il résultait un degré d'invalidité de 27%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, vu les plaintes et les limitations avancées par l'assuré, des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas à même d'améliorer la capacité de gain.

12. En date du 19 mai 2005, l'assuré s'est opposé à la décision. Il a contesté la capacité de travail résiduelle qui avait été retenue et a expliqué qu'une intervention chirurgicale était envisagée.

13. Par courrier daté du 15 juin 2005, Me VOUILLOZ, agissant au nom et pour le compte de l'assuré, a complété l'opposition, en faisant valoir que l'OCAI avait uniquement pris en compte l'appréciation médicale du Dr E_____, et avait écarté sans motif l'avis du Dr C_____. Or, selon ce dernier, toute activité physique paraissait plus que limitée pour l'assuré. Par ailleurs, une indication chirurgicale avait été posée par les médecins. Par conséquent, la décision querellée ne reposait sur aucune motivation suffisante et était prématurée.

14. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit une copie du courrier adressé à l'OCAI par le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, le 30 mai 2005. Ce médecin avait constaté une importante raideur lombaire, avec une nette diminution des amplitudes articulaires sur une atteinte sévère du disque L5-S1. Pour lui, l'indication chirurgicale était posée et il avait adressé l'assuré auprès du Dr G_____. En l'état, il estimait que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans tous les métiers nécessitant un port de charge de plus de 10 kg, une position debout prolongée, des mouvements de flexion ou

d'extension du rachis, la marche sur une surface non plane et la nécessité de monter ou descendre des escaliers ou des échelles**.** Son ancien métier ainsi que les métiers du bâtiment, du génie civil, de la restauration, de l'hôtellerie ou du nettoyage étaient contre-indiqués. Selon le médecin, avant de décider d'une reconversion professionnelle, il convenait d'attendre l'avis de l'orthopédiste.

15. A la demande de l'OCAI, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport en date du 29 juin 2005 duquel il ressort que l'assuré souffre de discopathie L5-S1 depuis 2002. L'état de santé était stationnaire, la capacité de travail pouvait, peut-être, être améliorée par des mesures médicales. Enfin, des mesures professionnelles étaient indiquées.

16. Le Dr G_____ a par ailleurs joint, audit rapport, une copie du courrier qu'il avait rédigé à l'attention du Dr F_____ en date du 4 juillet 2005. Le Dr G_____ y expliquait avoir vu l'assuré en consultation les 17 et 29 juin 2005. Sur la base d'un examen clinique de l'assuré, des documents radiologiques datant de 2002 et des nouveaux clichés fonctionnels effectués à sa demande, il a jugé que les plaintes étaient à mettre sur le compte de la discopathie L5-S1. Sur un plan théorique, il pensait qu'une intervention méritait d'être discutée, et des investigations complémentaires à cet effet allaient être effectuées. L'assuré était à l'arrêt depuis 3 ans et il pensait que les chances de reprise de travail étaient malgré tout bien maigres. En l'état, sa capacité de travail était en tout cas nulle comme magasinier. Il pensait que l'assuré était incapable d'effectuer des travaux en porte-à-faux avec port de charges supérieures à 10 kg, les positions immobiles et les travaux sur sol irrégulier n'étaient par ailleurs pas exigibles de la part de l'assuré. Une reconversion professionnelle lui semblait alors opportune.

17. Dans un avis médical daté du 26 juillet 2005, le Dr H_____, médecin auprès du SMR, a relevé que l'appréciation du Dr G_____ quant à la capacité résiduelle de l'assuré et à ses limitations fonctionnelles n'étaient pas en contradiction avec celles annoncées par le Dr E_____ (rapport du 20 mai 2003), ni avec celles retenues par son confrère le Dr D_____ (rapport du 28 août 2004). Le Dr G_____, qui avait apporté des précisions quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré, jugeait en outre qu'il était opportun de soumettre l'assuré à une reconversion professionnelle. Le Dr F_____ ne s'était, quant à lui, pas prononcé sur la capacité résiduelle de l'assuré. Enfin, afin de connaître l'évolution de l'état de santé de l'assuré, il convenait de requérir auprès du Dr G_____ une copie des rapports concernant les dernières investigations effectuées.

18. Selon le rapport établi le 25 juillet 2005 par le Dr I_____, spécialiste FMH en radiologie, le disque L5-S1 était responsable de la symptomatologie lombalgique et, probablement, de la symptomatologie radiculaire gauche.

19. Dans leur avis du 15 septembre 2005, les Drs H_____ et J_____, médecins auprès du SMR, ont pris acte des conclusions du rapport radiologique du 25 juillet 2005. Ils ont relevé que le Dr G_____ n'avait émis aucune réserve quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. En outre, aucune baisse de rendement n'avait été avancée par ce médecin. Il convenait par ailleurs de retenir les précisions apportées par les Drs F_____ et G_____ quant aux limitations fonctionnelles de l'assuré, soit pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position statique prolongée, pas de travaux en flexion ou en porte-à-faux du tronc, pas de travail sur sol irrégulier. En conclusion, les documents médicaux versés au dossier depuis la décision querellée, avaient conforté l'appréciation de l'OCAI quant à la capacité de travail de l'assuré. Il convenait néanmoins de demander au Dr G_____ s'il existait, selon lui, une baisse de rendement dans une activité adaptée.

20. Dans leur avis du 23 novembre 2005, les Drs H_____ et K_____, médecins auprès du SMR, ont indiqué qu'au vu des pièces médicales du dossier, une capacité de travail totale dans une activité adaptée était exigible de la part de l'assuré.

21. Par décision sur opposition du 2 août 2006, l'OCAI a maintenu sa décision.

22. Par acte du 14 septembre 2006, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, et principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente en fonction des résultats de l'expertise. Le recourant a fait valoir que le Dr E_____ s'était contredit dans son rapport du 20 mai 2003 puisqu'il avait indiqué, d'une part, qu'il ne pouvait évaluer les capacités résiduelles, et d'autre part, qu'il subsistait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Le Dr C_____ avait d'ailleurs considéré qu'une activité dans un travail adapté n'était pas exigible. Par conséquent, l'OCAI avait eu tort de se fonder sur le rapport du Dr E_____. Les investigations complémentaires effectuées dans la procédure d'opposition n'avaient par ailleurs pas apporté d'éléments pertinents. Elles ne justifiaient en aucune manière que seule l'opinion du Dr E_____ ait été prise en compte par l'intimé. Selon le recourant, le rapport du Dr G_____ du 4 juillet 2005 n'avait pas permis de mettre en évidence une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée. Comme l'attestait le certificat qu'il produisait, le Dr L_____, médecin généraliste, avait constaté le 18 août 2006 qu'il était en incapacité de travail totale depuis le 7 juin 2002. La capacité de travail totale dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimé était donc sujette à caution. Le recourant a annoncé par ailleurs avoir renoncé à subir une intervention chirurgicale. Enfin, l'abattement de 15% sur le revenu d'invalide était contesté, et ce compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles qu'il présentait.

23. Dans sa réponse du 19 septembre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que l'attestation d'incapacité de travail établie par le Dr L_____ n'apportait rien de nouveau. Par ailleurs, contrairement aux arguments avancés par le recourant, de nombreux avis médicaux avaient été pris en compte, et en particulier celui du Dr G_____.

24. Constatant que l'échange de correspondance qui avait eu lieu fin 2005 entre les médecins du SMR et le Dr G_____ ne figurait pas au dossier produit par l'intimé, le Tribunal de céans en a sollicité une copie auprès de ce dernier.

25. Il en résulte que par courrier du 4 octobre 2005 le Dr H_____ souhaitait savoir si, dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles énoncées par le Dr G_____, une baisse de rendement liée à l'atteinte à la santé du recourant était prévisible et chiffrable. Par une annotation manuscrite sur ledit courrier, le Dr G_____ a indiqué, en date du 25 octobre 2005, *"difficile à chiffrer, mais globalement on pourrait s'attendre à une capacité totale avec une activité adaptée."*

26. Le 15 janvier 2007, le Tribunal de céans a transmis une copie de ce courrier aux parties.

27. 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).

   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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, la décision querellée, datée du 2 août 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations, qui prendrait naissance au plus tôt en juillet 2003 (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références), doit être examiné au regard des dispositions légales en vigueur dès le 1er janvier 2003 en fonction des nouvelles normes de la LPGA.

Toutefois, 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; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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.

Par ailleurs, le présent cas est soumis à la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant notamment des modifications relatives à la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA), dès lors que le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Les délais en jours fixés par la loi ne courent néanmoins pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

   En l'espèce, la décision sur opposition a été reçue par le recourant le 3 août 2006 et le délai des trente jours a commencé à courir le 16 août 2006. Le recours du 14 septembre 2006 a donc été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'atteinte à la santé dont souffre le recourant est invalidante et ouvre, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie

ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; 117 V 278 consid. 2b; 400 consid. 4b et les arrêts cités).

c) 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

6. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

b) Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais

son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) 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).

7. Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimé a retenu que l'atteinte à la santé dont souffre le recourant lui permet d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il se fonde pour cela sur les conclusions des rapports des Drs E_____, F_____ et G_____. Pour sa part, le recourant soutient que son atteinte à la santé provoque une incapacité de travail totale dans toute activité. La thèse du recourant repose sur les rapports médicaux des Drs C_____ et L_____.

8. En l'espèce, les diagnostics posés par les médecins consultés sont concordants. Le recourant souffre depuis de nombreuses années de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et statiques.

   En ce qui concerne les répercussions de cette atteinte physique sur la capacité de travail du recourant, tous les médecins consultés s'accordent également sur le fait que, depuis juillet 2002, ces troubles empêchent totalement le recourant d'exercer son activité habituelle.

   S'agissant de la capacité de travail résiduelle du recourant et de ses limitations fonctionnelles, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a estimé dans son rapport du 4 juillet 2005 que l'on ne pouvait exiger de ce dernier qu'il effectue des travaux en porte-à-faux avec port de charges supérieures à 10 kg, ni des travaux en position immobile ou sur sol irrégulier. Il a complété son appréciation en date du 25 octobre 2005 en précisant que dans une activité adaptée on pouvait s'attendre à une capacité de travail totale.

   Les conclusions auxquelles est parvenu ce spécialiste, que le recourant a consulté de sa propre initiative, se fondent sur deux consultations, un examen clinique, l'ensemble des pièces radiologiques de 2002 ainsi que sur de nouveaux clichés fonctionnels effectués à sa demande. Les plaintes du recourant ont été prises en compte, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Ses conclusions sont par ailleurs convaincantes,

de sorte que ce rapport sur lequel se fonde celui du SMR revêt pleine valeur probante.

Le Tribunal de céans constate qu'aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions du Dr G_____. Au contraire, il résulte des pièces du dossier que non seulement les spécialistes consultés par le recourant, mais également ses médecins traitants, vont dans le même sens que le Dr G_____. Ainsi, le Dr E_____ a estimé que le recourant avait une capacité totale dans une activité adaptée (rapport du 20 mai 2003). Le Dr C_____ a, quant à lui, expliqué que le recourant demeurait capable d'exercer de façon régulière des travaux légers, telle qu'une activité de surveillant (rapport du 11 septembre 2003). Enfin, le Dr F_____ a précisé les activités non exigibles de la part du recourant et conseillé de se référer à l'avis d'un orthopédiste avant que le recourant n'entame une reconversion professionnelle (rapport du 30 mai 2005).

Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

Le recourant reproche à l'intimé d'avoir uniquement pris en compte l'avis du Dr E_____. Ce grief tombe néanmoins à faux puisqu'il résulte expressément des avis médicaux établis par les médecins du SMR en date des 20 août 2004, 26 juillet et 23 novembre 2005, que non seulement l'appréciation du Dr E_____ a été prise en compte, mais également celle du Dr G_____ et du Dr F_____. En particulier, on relèvera que le Dr E_____ n'ayant pas été en mesure d'apprécier les limitations fonctionnelles du recourant, les médecins du SMR ont à cet égard tenu compte des appréciations des Drs F_____ et G_____. Les limitations fonctionnelles ainsi retenues, soit pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position statique prolongée, pas de travaux en flexion ou en porte-à-faux du tronc ni de marche sur une surface non plane, correspondent, au demeurant, à celles indiquées par le Dr C_____ dans son rapport du 11 septembre 2003.

Le recourant fait également valoir que l'appréciation du SMR serait contredite par l'avis du Dr C_____, selon qui aucune activité adaptée n'est exigible de la part du recourant. On ne saurait suivre le recourant sur ce point, dans la mesure où, d'une part, le Dr C_____ n'est pas spécialisé en orthopédie et, d'autre part, ce médecin admet expressément que le recourant demeure capable d'exercer de façon régulière des travaux légers (rapport du 11 septembre 2003, point 9).

Enfin, le recourant tente en vain de remettre en question l'ensemble des éléments médicaux concordants figurant au dossier au moyen du certificat d'incapacité totale de travail établi par le Dr L_____. On ne saurait considérer cet objectif comme atteint dès lors que ce certificat ne comporte aucune description ou appréciation de la situation médicale, ni conclusions motivées (cf. ATF 125 V 352

consid. 3a), contrairement aux autres documents médicaux qui constituent un ensemble logique, cohérent et complet d'investigations appropriées à l'affection diagnostiquée, traitements entrepris, débouchant sur des résultats analysés et unanimes.

Le dossier contient ainsi suffisamment d'éléments médicaux fiables permettant de se convaincre qu'à l'époque de la décision sur opposition, la mise à profit de la capacité de travail totale dans une activité adaptée était raisonnablement exigible de la part du recourant. A défaut d'éléments véritablement contradictoires ressortant du dossier médical, une expertise supplémentaire se révèle donc inutile.

9. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme aux règles légales applicables ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 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'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

b) Pour un assuré actif, le taux d'invalidité s'obtient en comparant le revenu du travail qu'il pourrait acquérir en exerçant l'activité qu'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 réaliser s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI; méthode générale de comparaison des revenus).

La 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 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 et 128 V 174).

c) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

d) Quant au 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 salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321).

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. 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 (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

10. En l'espèce, il convient de se placer en 2003 puisque le début de l'incapacité de travail du recourant, dans son activité de magasinier, remonte au 7 juillet 2002 et son annonce à l'intimé au 6 mai 2003.

a) Se fondant sur les renseignements fournis par l'employeur, l'intimé a estimé que le recourant pourrait réaliser en 2003, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 67'453 fr. en qualité de magasinier (5'439.75 x 12 + prime de fidélité de 2'175.90). Ce montant n'est, à juste titre, pas contesté par le recourant.

b) Pour le revenu d'invalide, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 54'684 fr. par année en 2002 (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1). A cet égard, le TFA a confirmé la pertinence de ces données pour le calcul du revenu d'invalide (ATFA non publié du 28 septembre 2005, I 194/06). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux problèmes du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 11/2006, B9.2), et comme le revenu statistique 2002 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux en 2003 (+1.4%, La Vie économique, 1/2-2006, p. 95) ce montant doit être porté à 57'806 fr. (54'684 + 1.4% = 55'449.60 x 41.7 : 40).

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 15% pris en compte par l'intimé. En effet, il

convient de relever que le recourant était âgé de 50 ans au moment de la décision sur opposition, qu'il est en Suisse depuis 1989, au bénéfice d'un permis d'établissement et qu'il présente une pleine capacité résiduelle de travail, sans diminution de rendement. Ainsi, seuls les critères de limitation liés au handicap et à l'absence de formation professionnelle sont remplis dans le cas particulier. Compte tenu de l'abattement de 15%, le revenu d'invalide sur la base statistique s'élève à 49'135 fr. qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 67'453 fr., donne un taux d'invalidité de 27 %, soit un taux correspondant à celui calculé par l'intimé et qui est de loin inférieur à la limite de 40% ouvrant droit à un quart de rente.

Il sied de relever que même si l'intimé avait admis une réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un montant de 43'355 fr. (57'806 - 14'451), le degré d'invalidité obtenu de 36% (67'453 - 43'355 : 67'453 x 100) n'aurait pas donné droit à une rente.

11. La décision querellée n'est ainsi pas critiquable et le recours se révèle mal fondé. Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge du recourant.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :
Amélia PASTOR

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