RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1634/2006 **ATAS/953/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 18 octobre 2006

En la cause

Monsieur D_____, domicilié 1219 Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-F_____ Elisabeth	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né le 1964, de nationalité portugaise, a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays. L'assuré est en Suisse depuis 1983, où il a travaillé comme saisonnier, puis comme chauffeur livreur dans une brasserie.

2. Le 29 septembre 1999, à la suite d'un faux mouvement, l'assuré a signalé une aggravation de ses lombalgies. Il a consulté le Dr. A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui lui a prescrit un arrêt de travail complet depuis le 29 septembre 1999.

3. Le Dr A_____ a fait procéder à des investigations radiologiques, notamment à une IRM en octobre 1999 qui a révélé des images de discopathies L3-L4 et L4-L5, une hernie discrète hernie foraminale droite au niveau L4-L5, en contact avec la racine L4 droite. Il a requis l'avis du Dr B_____, neurochirurgien FMH. Ce dernier, au vu de l'absence de déficit neurologique évident, a déconseillé une intervention chirurgicale. Des radiographies de la colonne cervicale n'ont pas montré de lésions dégénératives.

4. Les médecins du Service neurochirurgie des ("établissement hospitalier"), après avoir constaté l'absence d'amputation de racine, ont également déconseillé une intervention chirurgicale, n'excluant cependant pas une spondylodèse ultérieure.

5. Le Dr A_____ a fixé une reprise de travail à 50 % en date du 21 février 2000.

6. En date du 13 mars 2000, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à une orientation professionnelle et un reclassement dans une nouvelle profession.

7. Dans son rapport du 30 août 2000 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, lombosciatalgies à bascule, hernie discale L3-L4 gauche et L4-L5 droite et cervicalgies (troubles statiques). L'incapacité de travail dans l'activité de chauffeur-livreur est de 100 % du 29 septembre 1999 au 5 décembre 1999, 50 % du 6 décembre 1999 au 23 janvier 2000, 100 % du 24 janvier 2000 au 25 janvier 2000,, puis de 50 % dès le 21 février 2000. Le médecin a précisé que des mesures professionnelles étaient indiquées dès que possible, que le patient devait éviter le port de charge lourdes et les mouvements répétés de flexion du tronc. Dans une activité ne nécessitant pas de travail physique, la capacité de travail pourrait être totale. Le Dr A_____ a joint copie du résumé de l'observation établi le 27 janvier 2000 par le Dr. C_____, médecin adjoint du Service de neurochirurgie des "établissement hospitalier". Ce dernier a indiqué que le patient avait été hospitalisé du 24 janvier au 25 janvier 2000. La radiculographie-CT effectuée en vue de préciser l'atteinte, hormis une hernie discale médiane L3-L4 à prédominance gauche et une discopathie L4-L5 droite sans amputation de la racine,

n'a pas mis en évidence d'autre lésion. Après discussion au colloque neurochirurgical, il a été conclu qu'une discectomie n'arrangerait rien à sa symptomatologie bilatérale, mais qu'une stabilisation sous forme d'une spondylodèse pourrait améliorer sa symptomatologie. L'assuré y a renoncé, au vu du taux relativement faible de réussite.

8. L'OCAI a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation OSER dispensé par le Centre d'intégration Professionnelle (ci-après CIP) du 19 novembre 2001 au 17 février 2002.

9. Le rapport OSER du 18 mars 2002 a conclu à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité adaptée et a proposé la prolongation de la mesure d'observation de trois mois, ce que l'OCAI a accepté.

10. Le CIP a rendu son rapport en date du 13 juin 2002, relevant qu'il est raisonnablement exigible, sous réserve d'un avis psychiatrique contraire, que l'assuré cherche un emploi de chauffeur ou de surveillant et mette ensuite en valeur une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, après une mise au courant pratique en entreprise de quelques mois, s'il est motivé. Les résultats des stages en entreprise indiquaient un rendement de 70 à 80 % sur un plein temps. Si l'assuré n'acceptait pas de changer d'attitude (comportement démonstratif) afin de collaborer plus activement à sa réinsertion professionnelle, le CIP proposait de conclure théoriquement son dossier.

11. Par décision du 19 décembre 2002, l'OCAI a constaté que l'assuré présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée et qu'après comparaison des gains, la perte de gain se situait entre 0 et 10 %. L'OCAI lui a par conséquent nié tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

12. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assuré a interjeté recours en date du 22 janvier 2003 auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après la Commission), alors compétente. En février 2003, le Dr A_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

13. Le 7 mars 2003, l'OCAI a annulé sa décision du 19 décembre 2002 et prononcé la reprise de l'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique. La Commission a pris acte de cette décision et rayé la cause du rôle.

14. Le 10 février 2004, l'OCAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) de Sion aux fins de procéder à une expertise pluridisciplinaire.

15. Dans son rapport du 20 juillet 2004, la CRR a indiqué que le Dr. D_____, expert principal, avait procédé à un examen clinique, que l'expertise psychiatrique avait été effectuée par le Dr. E_____ et que l'assuré avait été soumis à observation dans les ateliers professionnels. Les diagnostics avec une répercussion

sur la capacité de travail suivants ont été retenus : syndrome douloureux somatoforme persistant et lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1. Sur le plan psychiatrique, aucune comorbidité n'a été mise en évidence. L'assuré ne peut exercer une activité physiquement pénible ou nécessitant des attitudes posturales très prolongées. Dans l'activité de chauffeur de bus scolaire, un taux de 50 % est médicalement exigible. Dans une activité adaptée respectant les limitations (sans port de charges lourdes et avec une posture alternée assis-debout), une capacité de travail entière est médicalement exigible. Selon la CRR, des mesures de réadaptation professionnelles sont envisageables, immédiatement, même si chez des assurés souffrant d'un syndrome douloureux somatoforme persistant elles sont presque systématiquement vouées à l'échec, en raison des autolimitations manifestées chez ce type d'assurés.

16. Le 21 septembre 2004, le "établissement hospitalier" LEMAN a conclu que l'atteinte lombaire était compatible avec toute activité légère, si possible avec alternance des positions, qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique et qu'un nouveau stage était inutile. Il a relevé que l'assuré travaillait comme chauffeur de bus scolaire à raison de 3 à 4 heures par jour.

17. Le 26 octobre 2005, la Division de réadaptation professionnelle a conclu que des mesures professionnelles paraissent totalement inutiles. Après avoir procédé à la comparaison des gains, elle a constaté que le degré d'invalidité de l'assuré s'élevait à 14,9 %.

18. Par décision du 31 octobre 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif que le degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 14,9 %.

19. Par acte du 30 novembre 2005, l'assuré a formé opposition, contestant avoir une capacité de travail de 100 % dans une activité légère. Il a produit une attestation de son médecin traitant aux termes de laquelle sa capacité de travail n'est que de 50 %. Il conclut à la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

20. Par décision du 24 mars 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assuré, aux motifs qu'il présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité de 15 % n'ouvrait pas droit à un reclassement professionnel.

21. Représenté par Me -F_____, l'assuré interjette recours le 8 mai 2006, faisant valoir qu'en raison de ses pathologies lombaires, confirmées par IRM, et de ses douleurs, il n'est pas en mesure d'exercer une activité, même légère, à plein temps. Il expose qu'il fait d'énormes efforts afin de maintenir son activité lucrative de chauffeur de bus scolaire qu'il exerce à raison d'une heure le matin et une heure et demi le soir. Il n'est pas raisonnable d'exiger de lui qu'il conduise son bus à 100 %. Il conteste également la valeur probante de l'expertise réalisée par la CRR, dans la mesure où elle ne retient pas le diagnostic de hernie discale, alors que l'IRM de 1999 et celle de 2003 en confirment l'existence. Il conclut à l'octroi d'un trois quarts

de rente avec effet au 13 mars 2000 et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer l'existence d'une hernie discale ou de toute autre pathologie et d'en apprécier le caractère invalidant.

22. Dans sa réponse du 31 mai 2006, l'OCAI s'est référé aux pièces du dossier et a conclu au rejet du recours.

23. Le dossier a été mis à disposition du recourant pour consultation.

24. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI)..

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Aussi le droit à une rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). Sur le plan de la procédure, les nouvelles dispositions y relatives sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en

cours, dès l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 129 V 115 consid. 2.2, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a, et les références).

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et, par conséquent, son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Selon 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. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (D_____-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance.

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références ; consid. 4.3.1 de l'arrêt P. du 1er mai 2003, I 780/02).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004, date de l'entrée en vigueur de la 4ème révision AI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

   Par ailleurs, 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).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (D_____-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

   Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les

caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, au demeurant largement stabilisés, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; D_____/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

7. a) En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant souffre de lombalgies chroniques, de lombosciatalgies à bascule, d'une hernie discale L3-L4 gauche et L4-L5 droite et de cervicalgies, affections pour lesquelles son médecin traitant, le Dr A_____, l'a mis en arrêt de travail à 100 % du 29 septembre 1999 au 5 décembre 1999, à 50 % du 6 décembre 1999 au 23 janvier 2000, à 100 % du 24 janvier au 25 janvier 2000, puis à 50 % dès le 21 février 2000. Dans son rapport du 30 août 2000, le Dr A_____ indiquait que le recourant ne pouvait pas travailler à plus de 50 % dans son activité de chauffeur-livreur, qu'il devait éviter le port de charges lourdes ainsi que les mouvements répétés de flexion du tronc, mais que dans une activité adaptée, sa capacité de travail pourrait être totale. Des radiographies de la colonne cervicale n'ont pas montré de lésions dégénératives.

Les investigations pratiquées en janvier 2000 par le Dr C_____, Service de neurochirurgie des "établissement hospitalier", n'ont pas permis de trouver une lésion radiculaire. Le Dr C_____ avait conseillé au recourant de changer de travail étant donné que ce dernier avait une conséquence directe sur ses problèmes lombaires.

Dans un rapport du 9 mai 2002, le Dr A_____ mentionne que son patient se plaint de douleurs mal systématisées et qu'il se laisse envahir et dominer par des douleurs de toutes sortes, aussi bien lombaires que musculaires ou intestinales. Il ne se voit pas en l'état travailler à plus de 50 %. Le Dr G_____, spécialiste FMH en neurologie, a pratiqué le 10 mai 2002 une électroneuromyographie et un EMG, qui se sont révélés sans anomalie. Il a relevé qu'il avait le sentiment d'un contexte de douleurs multiples qui dépassait nettement une douleur radiculaire.

Mandaté par l'intimé pour expertise, la CRR a examiné le recourant lors de son séjour du 12 au 14 juillet 2004. Le recourant se plaignait principalement de douleurs de tout l'hémicorps droit, aussi importantes de jour que de nuit, ainsi que de troubles gastro-intestinaux. Lors de l'examen clinique, le Dr Stéphane D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, relève que la collaboration n'est pas bonne, que le comportement est démonstratif et inadéquat. L'examen des membres supérieurs est normal; quant à la colonne vertébrale, l'examen de la colonne lombaire, dorsale et cervicale est rendu difficile par les crispations et les défenses du patient. Le status neurologique est normal et l'examen des documents d'imagerie révèle une protrusion discale L3-L4 et L4-L5, sans signe de compression ou de refoulement. L'IRM du 9 janvier 2003 ne montre aucune image de hernie discale discale franche. Il a conclu que les douleurs intenses n'ont pas d'explications clinique et que les quelques lésions de discopathie lombaire basse ne permettent pas d'expliquer l'importance du syndrome douloureux. Sur le plan psychiatrique, le Dr E_____ n'a pas diagnostiqué de comorbidité psychiatrique significative. La CRR a ainsi retenu les diagnostics de lombalgies chroniques sur discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et de syndrome douloureux somatoforme persistant. En conclusion, des limitations sont à prendre en considération uniquement en raison des troubles dégénératifs lombaires bas, pour lesquels la capacité de travail est de 50 % dans l'activité actuelle de chauffeur de bus scolaire. En revanche, dans une activité légère respectant les limitations, à savoir pas de port de charges lourdes, et position alternée assis-debout, la capacité de travail est entière.

b) Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise du CRR, au motif que les médecins n'ont pas retenu les diagnostics de hernie discale, discopathies et atteinte radiculaire.

Ce point de vue ne saurait être suivi. En effet, d'une part, les conclusions de la CRR corroborent celles des différents médecins ayant examiné le recourant, d'autre part, aucune atteinte radiculaire ni aucun déficit neurologique n'a été mis en évidence. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, une hernie discale n'a pas été niée par les médecins de la CRR, mais ils ont expliqué que les radiographies et les IRM n'ont pas montré de signe de compression ou refoulement des racines. Ils ont en revanche clairement mentionné quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les troubles somatiques. Le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance du dossier, les médecins ont pris en compte les plaintes du patient et procédé à l'examen clinique. Leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que l'expertise doit se voir attribuer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le recourant n'apporte au demeurant aucun élément propre à remettre en cause les conclusions de l'expertise de la CRR.

Il convient de surcroît de relever que la capacité de travail résiduelle du recourant a été évaluée lors du stage d'observation effectué auprès du CIP en 2002, ce qui a

permis de confirmer qu'elle était entière, avec un plein rendement, dans une activité adaptée, après une mise au courant pratique en entreprise.

Il y a lieu en conséquence de retenir que le recourant possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée, dès lors qu'en l'absence de comordibité psychiatrique, le trouble somatoforme douloureux ne saurait être invalidant selon la jurisprudence (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50)..

8. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir exerçant l'activité qui peut être raisonnablement être exigée de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (cf. ég. art. 16 LPGA dès le 1er janvier 2003).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1; ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). En ce qui concerne la comparaison des revenus, sont déterminants les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222; 128 V 174).

9. En l'espèce, le recourant exerce une activité à temps partiel de chauffeur de bus scolaire. Cependant, il convient de relever que cette activité n'est pas adaptée à son état de santé, car selon les médecins, il ne peut l'exercer à plein temps. Dans ces conditions, il y a lieu de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) et plus particulièrement aux salaires réalisés par un homme dans le domaine de la production qui offre un large éventail d'activités. En 2000 (année d'ouverture du droit éventuel à une rente), le revenu mensuel que peut réaliser un homme s'élève à 4'598 fr. pour 40 h par semaine (ESS 2000, TA1 chiffre 52, niveau 4, activités simples et répétitives), soit 4'804 fr. 90 pour 41,8 h de travail habituelles dans les entreprises (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2) ou 57'658 fr. 90 par an.

Lorsque le revenu d'invalide est évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) exigent que l'on réduise le montant des salaires ainsi obtenus (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa). De telles réductions ne doivent pas être

effectuées de manière schématique, mais doivent 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 (ATF 126 V 80 consid. 5b/bb). 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 80 consid. 5b/cc; VSI 2002 p. 64).

En l'occurrence, l'intimé n'a pas procédé à un abattement, considérant que la capacité de travail du recourant est entière dans l'activité adaptée, sans diminution de rendement. Le Tribunal de céans considère toutefois qu'un abattement de 5 % se justifie, pour tenir compte du fait que le recourant doit alterner les positions. Le salaire d'invalide s'établit en conséquence à 54'775 fr.

En 2000, le recourant réalisait un gain de 4'970 fr. par mois, treize fois par an, soit 64'610 fr. par année. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 15,22 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente ainsi qu'à un reclassement.

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. 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).

Le greffier	La présidente
Walid BEN AMER	Juliana BALDE

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