RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/788/2006 **ATAS/363/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

Du 19 avril 2006

En la cause

Monsieur R_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître NERFIN Corinne	recourant

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____ est né en 1957 au Portugal où il a suivi une formation d'employé de commerce. Il est divorcé et père d'une enfant née en 1982.

2. Arrivé en Suisse en 1983, l'assuré a travaillé d'abord comme portier d'étages à l'Hôtel Pullman Rotary du 1er mars 1985 au 29 février 1992, puis en qualité de chauffeur bagagiste pour l'Hôtel Crowne Plaza du 1er mars 1992 au 31 janvier 1999 et pour l'Hôtel Royal Manotel du 1er janvier 1999 au 31 juillet 2000.

3. Dès le 27 mars 2000, il s'est trouvé dans l'incapacité totale de travailler en raison de douleurs lombaires importantes ainsi que de lombosciatalgies gauches chroniques.

4. Il a été licencié au 31 juillet 2000 pour cause de restructuration de l'hôtel et a perçu des prestations de l'assurance-chômage dès le 1er août 2000.

5. En date du 8 mars 2001, sur conseil de son médecin-traitant, il a déposé une demande de prestations d'invalidité sous forme de rente se prévalant de « lombalgies chroniques avec blocage ».

6. L'assuré a d'abord consulté la Doctoresse A_____, généraliste, puis le Docteur B_____, neurochirurgien, qui a constaté un problème de lombocruralgie gauche avec nette atrophie du quadriceps gauche, mais sans substrat organique (cf. lettre du 24 octobre 2000).

7. Ce médecin a adressé l'assuré à plusieurs confrères pour avis, puis finalement au Docteur C_____, rhumatologue, qui l'a alors suivi depuis le 6 décembre 2000. Dans un certificat du 29 mars 2001, le Docteur C_____ a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques existant depuis début 2000 et ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 27 mars 2000. Il a suggéré la mise sur pied d'une expertise et préconisé « une activité sans port de charge (bureau, surveillance, huissier, petite mécanique) à raison de huit heures par jour ».

8. Le 16 septembre 2002, ce même médecin a certifié que l'état de son patient était stationnaire depuis mars 2001 et souligné qu'un stage de réadaptation était souhaitable.

9. En date du 24 octobre 2002, le Docteur D_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR Léman), a exposé que l'atteinte à la santé, à savoir des lombosciatalgies sur discopathies L5-S1 avec possible instabilité L5-S1, entraînait des limitations fonctionnelles pour le port de charges lourdes et les positions vicieuses du tronc ainsi que pour la station prolongée immobile sans possibilité de changement. Il a précisé que toutes les activités, en particulier les activités sédentaires, mais également les activités s'effectuant debout, sans port de

charges lourdes, étaient exigibles à plein temps. Selon lui, il s'agissait d'un cas de réadaptation professionnelle, avec mauvais pronostic, étant donné que l'assuré avait perdu son emploi et qu'il ne s'était pas débrouillé jusqu'à ce jour pour trouver une activité mieux adaptée à son problème de santé.

10. Par décision du 19 décembre 2002, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a mis l'assuré au bénéfice d'un stage d'observation de trois mois du 6 janvier 2003 au 30 mars 2003 auprès de la « Fondation PRO, Entreprise sociale privée" (ci- après PRO). Il ressort du rapport d'évaluation établi le 30 avril 2003 par les maîtres d'atelier de PRO qu'au cours des trois mois de stage, l'assuré avait eu un rendement variable pouvant aller de 25 à 80% et qu'en fin de mesure, il avait atteint un rendement moyen de 55% en travaillant à plein temps dans des activités légères permettant la position debout ou assise. Il apparaît qu'à plusieurs reprises il lui avait été demandé de tenter d'augmenter son rythme de travail, celui-ci étant assez lent compte tenu des nombreuses pauses prises par l'assuré, selon lui nécessaires, qui avaient inévitablement influencé son rendement. Les maîtres de stage ont relevé également qu'il s'était régulièrement plaint de douleurs au niveau du dos ainsi que de la jambe gauche et s'était montré très démonstratif en se déplaçant avec grandes difficultés. Cela étant, ils ont souligné que l'assuré avait suivi le stage à plein temps et n'avait manqué aucun jour de travail, ce qui leur avait paru incohérent face à l'intensité de ses plaintes. En dernier lieu, lesdits spécialistes n'ont pas observé de limitations particulières dans un travail de montage ou de conditionnement léger, permettant l'alternance des positions. Les maîtres d'atelier de PRO ont ajouté que le Dr C_____, lors d'un entretien téléphonique du 17 février 2003, les avait informés que les importantes plaintes exprimées par son patient ne correspondaient pas au diagnostic médical.

11. En date du 12 mai 2003, le Docteur D_____, médecin au SMR, a relevé que si l'atteinte à la santé dont souffrait l'assuré contre-indiquait son ancien travail de chauffeur de minibus, qui comprenait obligatoirement le port de charges relativement lourdes, la capacité de travail était par contre conservée dans une activité adaptée sans port de charges lourdes. Il a relevé que lors du stage qui avait duré soixante jours, sans aucune absence et à plein temps, l'assuré s'était montré extrêmement algique et démonstratif, avec des rendements faibles et très variables sans relation avec son atteinte à la santé, les travaux qui lui étaient confiés ne sollicitant que les membres supérieurs, avec possibilité de changement de position. A l'issue de ce stage, force était pour lui de constater que les rendements faibles observés (55% en moyenne), qui n'étaient pas en relation avec l'atteinte à la santé, étaient à mettre sur le compte d'une absence de volonté de collaboration. Il a suggéré de conclure ce dossier par un calcul du préjudice sur la base d'une incapacité totale comme bagagiste mais d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles mentionnées, d'autres mesures professionnelles n'étant pas indiquées au vu du manque de volonté affiché par l'assuré.

12. Par décision du 20 mai 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations d'invalidité, au motif que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité légère.¨

13. Le 20 juin 2003, l'assuré a formé opposition. Il a fait valoir que l'absence de rendement suffisant mise en évidence lors du stage effectué dans l'entreprise PRO n'était pas à mettre sur le compte d'un manque de motivation mais sur le fait que les activités proposées lors du stage avaient entraîné l'apparition de fatigue et de maux de dos. Il a soutenu avoir fourni tous les efforts possibles eu égard à ses douleurs lombaires persistantes et invalidantes. Il a par ailleurs sollicité une aide au placement dès lors qu'il allait devoir « à l'évidence » changer d'activité professionnelle si une rente ne lui était pas accordée. Il a donc principalement conclu à l'admission d'une rente d'invalidité à hauteur de 50% et subsidiairement à l'octroi d'une assistance du service de placement de l'assurance-invalidité.

14. Par décision sur opposition du 14 août 2003, l'OCAI a confirmé le taux d'invalidité retenu ainsi que sa décision de refus de rente d'invalidité et ajouté que l'assuré n'avait pas droit au service de placement de l'assurance-invalidité dès lors qu'une activité lucrative à 100% était exigible « dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans que ces dernières soient susceptibles de l'entraver dans la recherche d'un emploi ».

15. Le 17 septembre 2003, l'assuré a déposé un recours contre la décision précitée et produit un certificat médical établi le 9 septembre 2003 par le Docteur C_____ selon lequel le recourant souffrait de lombosciatalgies chroniques sur une discopathie L5-S1 ainsi que de troubles somatoformes douloureux. Ce médecin a notamment exposé à propos de son patient : « Sa capacité de travail est de 50% dans une activité légère et de 0% dans une activité lourde. Cette restriction de capacité de travail est présente depuis ma première consultation le 6 décembre 2000. Il doit pouvoir changer souvent de position et ne pas porter des charges de plus de 10 kg. Il doit éviter les positions en flexion et en extension du rachis ». Le recourant a requis l'audition du Docteur C_____ et maintenu ses conclusions pour le surplus.

16. Dans son préavis du 13 novembre 2003, l'OCAI a considéré qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position. Il a souligné que le dernier certificat établi par le Docteur C_____ était en contradiction flagrante avec les précédents rapports établis par ce même médecin sur demande de l'assurance-invalidité et dans lesquels il n'avait jamais été posé de « diagnostic psychique ».

17. Invité à expliquer l'appréciation différenciée de la capacité de travail de son patient ainsi que les circonstances l'ayant amené à diagnostiquer un trouble somatoforme douloureux, le Docteur C_____, par lettre du 14 octobre 2004, a exposé qu'il y avait eu aggravation de l'état de santé du recourant de 2001 à 2003 et que c'était

l'évolution des symptômes ainsi que des plaintes de son patient depuis septembre 2002 qui lui avait permis de poser un diagnostic clair de syndrome somatoforme douloureux dès la fin de l'année 2002.

18. Lors de l'audience tenue le 30 novembre 2004, le recourant a dit avoir consulté un psychiatre deux ou trois fois en 1999-2000 suite à son divorce, mais ignorer si actuellement il avait besoin d'être suivi sur ce plan, sachant qu'il se sentait triste en raison de son état de santé et de sa situation professionnelle. A cet égard, il a déclaré chercher activement mais en vain du travail à 50%.

19. Le Docteur C_____, entendu en qualité de témoin le même jour, a confirmé les termes de son rapport du 29 mars 2001, mais souligné que l'état de son patient avait évolué depuis lors, ce qui expliquait le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé le 9 septembre 2003. En effet, petit à petit, alors que le recourant disait d'abord souffrir de douleurs au bas du dos, ses plaintes s'étaient généralisées, étant précisé qu'il n'avait jamais eu l'impression qu'il exagérait lesdites plaintes. S'agissant de l'entretien téléphonique du 17 février 2003 évoqué dans le rapport d'évaluation établi par les maîtres d'atelier, il a expliqué avoir vraisemblablement été mal compris, n'ayant jamais voulu dire que les plaintes ne correspondaient pas au diagnostic, mais plutôt que les plaintes n'étaient pas en relation avec les constatations objectives cliniques, raison pour laquelle, au demeurant, le Docteur B_____ lui avait adressé le patient. Il a ajouté que celui-ci avait suivi tous les traitements possibles sans succès à ce jour et qu'il avait constaté qu'une tristesse s'était installée avec une baisse de désir, signes de dépression. En dernier lieu, le Dr C_____ a confirmé que l'aggravation datait bien de septembre 2002, de même que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

20. Par arrêt du 11 janvier 2005, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours et renvoyé la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision. Il a toutefois confirmé les décisions des 20 mai et 14 août 2003 de l'intimé, en tant qu'il refusait le droit aux prestations d'invalidité jusqu'en septembre 2002. Ce faisant, il a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée jusqu'à cette dernière date, mais que son état de santé s'était aggravé depuis ce moment. Pour établir le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux diagnostiqué, une expertise psychiatrique était cependant nécessaire.

21. Suivant l'injonction du Tribunal de céans, l'OCAI a soumis le recourant à une expertise psychiatrique par le Docteur E_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon son rapport du 29 juillet 2005, l'expertisé ne souffre d'aucune atteinte à sa santé psychique. L'expert n'a notamment pas mis en évidence une dépression ni même un trouble somatoforme douloureux.

22. Selon l'avis médical du 6 septembre 2005 du SMR, sous la plume du Docteur CLAIVAZ, il y a lieu de constater une capacité de travail de 100% dans un poste léger, sur la base de l'expertise précitée.

23. Par décision du 12 septembre 2005, l'OCAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a admis que celui-ci était en incapacité totale d'exercer son métier de bagagiste, mais a considéré qu'il pouvait exercer une activité légère à 100% avec une perte de gains de 0,7%, degré n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

24. L'opposition de l'assuré du 13 octobre 2005 a été rejetée par décision sur opposition de l'OCAI du 2 février 2006. Celui-ci a relevé que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurance (ci-après TFA), le trouble somatoforme douloureux était considéré comme une atteinte à la santé psychique. Toutefois, celle-ci ne justifiait qu'à titre exceptionnel une incapacité de travail. Or, en l'occurrence, les critères établis par le TFA pour apprécier l'effort de volonté exigible, n'étaient pas remplis. Il ne souffrait notamment pas d'une grave comorbidité psychiatrique. Il ne présentait pas non plus une perte d'intégration sociale ni un état psychique cristallisé. Par ailleurs, on ne saurait parler d'échec des traitements effectués dans les règles de l'art, dans la mesure où il n'avait aucun suivi psycho-thérapeutique. Quant à l'avis du rhumatologue, soit en l'occurrence le Docteur C_____, celui-ci était sans pertinence, s'agissant d'une atteinte à la santé purement psychiatrique. En ce qui concerne les mesures de reclassement professionnelle, le droit à celles-ci n'était donné que si l'assuré subissait dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle une perte de gains durable ou permanente de l'ordre de 20%. Or, le taux d'invalidité de l'assuré était en l'occurrence inférieur à 1%. Par ailleurs, l'OCAI a considéré que l'assuré était capable de procéder aux démarches nécessaires à la recherche d'un emploi lui-même, de sorte que l'aide au placement devait également lui être refusée.

25. Par acte du 6 mars 2006, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée et, principalement, à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% et de mesures d'ordre professionnel pour le 50% de capacité de travail restante, sous suite de dépens. Il a notamment relevé que, selon le rapport de PRO du 30 avril 2003, il ne pouvait avoir un rendement de plus de 50%, même dans les activités légères permettant les positions debout et assise. Cette appréciation était par ailleurs partagée par le Docteur C_____, lequel a déclaré, lors de son audition devant le Tribunal de céans, que le taux de rendement de 55% était confirmé par ses propres observations. Ce médecin avait également indiqué que son patient avait subi tous les traitements possibles, sans succès à ce jour. Enfin, il avait constaté des signes de dépression. Concernant l'expertise du Docteur E_____, le recourant a relevé qu'il ne se plaignait pas facilement ni acceptait de montrer ses faiblesses. Ainsi, il avait fait un gros effort sur lui-même, lors de l'expertise du Docteur E_____,

pour faire bonne figure. Toutefois, en voulant se montrer sous un meilleur jour, ses efforts et sa pudeur s'étaient retournés contre lui. Il a ainsi contesté les conclusions de l'expertise de ce médecin et a produit un avis médical du 28 février 2006 du Docteur C_____, selon lequel il présentait "des symptômes d'un état dépressif sévère (manque d'allant, aucun projet d'avenir, rumination, perte de la libido, dévaluation de soi, tristesse)". Le patient avait également fait part à ce médecin d'idées suicidaires très précises. Le Docteur C_____ avait l'impression que l'expert n'avait pas pris assez au sérieux les plaintes présentées par son patient, lequel cherchait à garder une façade et avait de la peine à admettre son état psychique. Ainsi, le Docteur C_____ estimait nécessaire de mettre en œuvre une deuxième expertise. Le recourant a également souligné qu'il avait toujours mis beaucoup de volonté et de motivation dans ses faits et gestes, malgré son état de santé actuel. Il avait ainsi jamais manqué un seul jour pendant toute la durée du stage chez PRO, malgré les douleurs qu'il ressentait. Les atteintes dont il souffrait étaient réelles, constatées médicalement et n'étaient nullement le résultat d'une passivité exagérée. Elles entraînaient une incapacité de travail à 50% dans une activité légère. Il a estimé qu'il souffrait d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, selon le Docteur C_____, il présentait les signes d'une dépression. Par ailleurs, il avait subi tous les traitements possibles pour remédier à son état de santé, ainsi qu'également une nette perte d'intégration sociale, ne quittant plus son appartement, sauf pour faire quelques petites courses, évitant les contacts avec le cercle portugais, d'anciens collègues et sa famille. Enfin, il a tout mis en œuvre pour retrouver un emploi dans une activité légère au cours des années 2003 et 2004, en recherchant activement un emploi. Quant aux mesures de réadaption professionnelle, il a relevé qu'il présentait, d'une part, une incapacité de travail de 50%, et que, d'autre part, il n'était plus en mesure d'exercer son ancien métier de bagagiste. L'aide au placement lui était également nécessaire, dans la mesure où la recherche d'un emploi n'était manifestement pas aisée.

26. Dans sa réponse du 14 mars 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours, en renvoyant essentiellement à la motivation de sa décision sur opposition. Quant à l'avis médical du Docteur C_____ du 28 février 2006, celui-ci n'était pas susceptible d'ébranler les conclusions contenues dans le rapport d'expertise du Docteur E_____.

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 connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Lorsque toutefois 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 le principe général de droit transitoire, selon lequel - même en cas de changement de bases légales - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. 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).

   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. 6 b). 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 à la LPGA et par les dispositions de procédures contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

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

5. Est litigieuse en l'occurrence, la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis septembre 2002, au point de provoquer une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Dès cette date, le Docteur C_____ a en effet posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et attesté une capacité de travail diminuée, même dans une activité adaptée.

6. Selon l'art. 4 aLAI, 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

   En vertu de 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).

   Les notions d'invalidité et d'incapacité de gain, telles que définies dans la LAI dans son ancienne teneur, sont reprises aujourd'hui par les art. 7 et 8 LPGA sans modifications essentielles.

7. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, 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'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

8. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Cette disposition légale a gardé en substance la même teneur depuis le 1er janvier 2003.

9. Selon la jurisprudence, les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux s'appliquent par analogie, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATFA non publié du 8 février 2006, cause I 336/04, consid. 3 et 4.1, p. 5 ss). De tels troubles peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ;

RAMA 1996 no U 256 p. 217). Ils entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (cf. arrêt N. précité consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent certes une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient toutefois ni

ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 juin 2004 en la cause I 531/03).

10. En l'espèce, le Docteur E_____ n'a diagnostiqué aucun trouble psychique. En tout état de cause, même en admettant que le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux, accompagné d'un état dépressif, le caractère invalidant de ce trouble devrait être nié. En effet, le diagnostic d'état dépressif réactionnel de degré moyen ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vu de surmonter la douleurs et de réintégrer un processus de travail n'est pas exigible de la part de l'assuré, les états dépressifs constituant des manifestations (réactives) d'accompagnement du trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il ne saurait faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). Or, du moins lorsque le recourant a été examiné par le Docteur E_____, son état dépressif, pour autant qu'il faut en admettre un, ne dépassait pas le degré léger. A cet égard, il est à relever que, même si en réalité l'état psychique du recourant était atteint dans une plus ample mesure que ce qu'il a montré ou pu montrer à l'expert psychiatre, cela prouve néanmoins que le recourant dispose de ressources pour surmonter ses troubles psychiques et adopter un comportement tout à fait adéquat. Par ailleurs, en dépit d'une certaine pudeur de se montrer sous son réel jour, certains troubles devraient persister et ne pas pouvoir être cachés, tels que notamment les troubles de la capacité cognitive. Or, le Docteur E_____ constate qu'il n'y a aucun trouble cognitif et que le recourant présente une bonne concentration (p. 17 de son rapport). En outre, le recourant n'a fait aucune demande de traitement psychiatrique et ne prend pas un traitement anti-dépresseur, ce qui démontre également, contrairement aux affirmations du Docteur C_____, que sa souffrance sur le plan psychique n'atteint en tout cas pas une acuité et une durée importantes et suffisantes au sens de la jurisprudence. Ainsi, même en retenant un trouble somatoforme douloureux accompagné d'un état dépressif, une comorbidité psychiatrique devrait être niée. Quant aux autres critères jurisprudentiels, il pourrait certes être admis que le recourant souffre d'affections corporelles chroniques et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. En effet,

il a été constaté qu'il présente des lombosciatalgies chroniques sur discopathie L5-S1, outre les éventuels troubles somatoformes douloureux. Cependant, le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas réalisé, même si le recourant a réduit ses contacts sociaux. Un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, ne saurait non plus être admis. En effet, le recourant n'a formé aucune demande de suivi psychiatrique et ne fait pas non plus l'objet d'un traitement anti-dépresseur. En ce qui concerne le dernier critère jurisprudentiel, il peut certes être constaté que les traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art et les mesures de réadaptation pour les affections physiques ont échoué. Cependant, l'éventuel trouble somatoforme douloureux n'a jamais été traité sur le plan psychique, notamment par un traitement anti-dépresseur, de sorte que tous les traitements possibles n'ont pas été épuisés. Seul un des critères jurisprudentiels précités étant rempli, il y a lieu de considérer que le recourant n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques pour surmonter les douleurs.

Aussi, il y a lieu de constater que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne permettrait pas non plus de retenir une invalidité au sens de la loi. Partant, une nouvelle expertise psychiatrique s'avérerait d'aucune utilité, de sorte qu'il ne sera pas donné suite à la demande du recourant dans ce sens.

Une aggravation de son état de santé à partir de septembre 2000 doit donc être écartée.

Dans la mesure où le Tribunal de céans a constaté, dans son arrêt du 11 janvier 2005, que les troubles somatiques objectivables permettent au recourant d'exercer une activité lucrative légère à 100%, aucune incapacité de travail ne saurait donc être admise.

11. Reste à déterminer la perte de gain du recourant, en se fondant sur une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, n'impliquant pas le port de lourdes charges et permettant la variation des positions assise et debout.

a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité 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).

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).

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).

b) En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2001, puisque le début de l'incapacité de travail du recourant, dans son activité de bagagiste, remonte à mars 2000.

Selon les données transmises par l'employeur pour 2001, le salaire mensuel du recourant aurait été de 4'015 fr., soit de 52'195 fr. par an.

A titre de revenu d'invalide, il convient de prendre comme salaire de référence celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, à savoir 4'437 fr. par mois en 2000, respectivement 53'244 fr. par an (Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, TA 1, niveau de qualification 4). Il faut encore tenir compte que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle des entreprises en 2001 (41,7 heures ; La Vie économique 3/2006, p. 90, tableau B 9.2). Puis, le revenu statistique 2000 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux en 2001 en faisant une distinction entre les sexes et en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour un ouvrier adulte a progressé de 2,48% entre 2000 et 2001 (table T 1 P.39 de l'Office fédéral de la statistique) et le temps de travail en 2001 était de 41,7 heures par semaine, ce qui donne un revenu annuel de 56'883 fr. (53'244 fr. + 2,48% = 54'564 fr. 45 x 41,7/40). En admettant un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, le revenu d'invalide sur la base des statistiques s'élève à 51'195 fr.

Il résulte de ce qui précède que le recourant ne subirait qu'une perte de gain de 1,9 % dans une activité légère. Aussi, il ne saurait être considéré comme invalide au sens de la loi.

12. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à établir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain. L'art. 17 al. 1 LAI prescrit que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et si sa capacité de gains peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est invalide au sens de l'art. 17 LAI, l'assuré qui n'est pas suffisamment réadapté parce que son état de santé est tel qu'il ne permet plus d'exiger l'exercice, en tout ou partie, de l'activité antérieure. Toutefois, l'invalidité doit être d'une certaine gravité. Selon la jurisprudence, cette condition est remplie lorsque l'assuré subit dans une activité encore exigible sans autre formation professionnelle une perte de gains durable ou permanente d'environ 20% (ATF 124 V 110 consid. 1b).

    b) En l'occurrence, comme constaté ci-dessus, l'assuré ne subit qu'une perte de gain négligeable du fait qu'il ne peut plus exercer son activité précédente. Par ailleurs, bon nombre d'activités adaptées n'impliquant pas une formation professionnelle lui reste ouvert. Aussi, le droit aux mesures de reclassement professionnel doit-il lui être refusé.

13. Quant à l'aide au placement, l'admission au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité selon les art. 4 ss et 8 LAI (VSI 2003 p. 273). Comme relevé ci-dessus, le recourant ne présente qu'une perte de gain peu élevée. Aussi ne peut-il pas non plus bénéficier du service de placement prévu à l'art. 18 al. 1 LAI.

14. Cela étant, le recours sera 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).

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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