RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1457/2004 **ATAS/1046/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 7 décembre 2004

En la cause

Monsieur C_____, comparant par Me VAN LOON J. Peter en l'étude duquel il élit domicilie	recourant

contre

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

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C_____, ressortissant portugais, né en août 1964, a travaillé en qualité de manœuvre, auprès du chantier naval X_____ SA depuis son arrivée en Suisse en 1988.

2. Le 26 août 1995, il a été victime d'un accident de la circulation (collision frontale avec un autre véhicule). Cet accident s'est soldé par un polytraumatisme, des cervicalgies et des lombalgies et a été suivi d'un arrêt total du travail, selon le rapport médical initial du 6 septembre 1995, établi par le Docteur L_____, médecin traitant.

3. L'intéressé a tenté de reprendre son travail, le 17 octobre 1995, en vain, en raison d'une recrudescence de douleurs cervico-dorsales avec irradiations scapulaires gauches et dorsales basses. La capacité de travail était à nouveau nulle à partir du 5 décembre 1995, selon certificat médical du Docteur L_____.

4. L'assuré présentant toujours une symptomatologie algique, il a été suivi à la consultation externe de l'Hôpital Beau-Séjour du 19 février 1996 au 17 décembre 1997. En outre, il a bénéficie en mai - juin 1996 de 3 semaines de physiothérapie intensive à la clinique de réhabilitation de Bellikon.

5. Le Docteur M_____, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après SUVA), dans son rapport du 7 octobre 1996, a relevé l'absence de lésion traumatique et un status psychique et neurologique en ordre.

6. Par décision du 15 octobre 1996, la SUVA a mis fin au paiement d'indemnités journalières et de soins médicaux au 27 octobre 1996. L'assuré a fait opposition à cette décision. Par jugement du 6 octobre 1998, le Tribunal administratif du canton de Genève a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition de la SUVA. Puis par arrêt du 7 juillet 1999, le Tribunal fédéral des assurances sociales a à son tour confirmé que l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 17 octobre 1995 et que l'arrêt du travail existant à partir du 5 décembre 1995 était lié à la persistance des plaintes de l'assuré alors même qu'il n'y avait plus aucun signe objectif de lésion.

7. Le 20 janvier 1997, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à un reclassement et l'obtention d'une rente.

8. Dans son rapport adressé à l'OCAI le 19 mars 1997, le Docteur L_____, fait état d'un polytraumatisme avec entorse cervicale, sans fracture visible. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale.

9. La Division de rééducation de l'Hôpital Beau-Séjour, dans un rapport du 7 avril 1997, a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies et cervicalgies post-traumatiques. Il a été précisé que l'incapacité de travail était totale dans la profession de manœuvre et que le type d'activité exigible après l'accident faisait l'objet d'une évaluation par leur atelier de réadaptation pré-professionnelle.

10. Le 8 décembre 1997, l'Atelier de réadaptation pré-professionnelle a conclu que des mesures de reclassement n'étaient plus possibles du fait que la capacité de travail résiduelle de l'assuré ne dépassait pas 15 à 20% et que seule une activité occupationnelle était envisageable.

11. L'OCAI a confié une expertise médicale au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après le COMAI) à Lausanne. Dans leur rapport du 29 juillet 1998, les experts ont diagnostiqué un état dépressif moyen avec syndrome somatique chez une personnalité passive et agressive ; un syndrome douloureux chronique avec cervicalgies et lombalgies ; des troubles statiques et dégénératifs du rachis et un status après accident de la circulation sans lésions traumatiques visualisées. Il a été précisé que les douleurs invoquées étaient essentiellement subjectives et que l'ensemble des examens cliniques et documents radiologiques ne permettait pas de les confirmer objectivement. C'était donc avant tout le syndrome douloureux chronique ainsi que l'état dépressif présentés par l'assuré qui étaient invalidants plus que l'atteinte somatique. La capacité de travail a été fixée à 50% dans l'activité antérieure de manœuvre sur un chantier naval alors qu'en cas de poursuite du traitement de l'affection psychiatrique, celle-ci devait lui permettre de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 70% dans une activité adaptée n'impliquant pas le port de lourdes charges.

12. La Doctoresse N_____, médecin traitant, généraliste a soumis le cas de son patient au Docteur O_____, orthopédiste. Celui-ci a conclu que les différents examens radiologiques pratiqués ne mettaient en évidence aucun substrat anatomique susceptible d'expliquer la symptomatologie algique présentée par le patient, qu'il n'y avait aucune indication chirurgicale à proposer et considérait qu'il y avait discrépance entre les plaintes et les constatations cliniques.

13. La Doctoresse N_____ a indiqué dans un rapport du 12 décembre 1999 que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis mai 1998 tant sur le plan physique que psychique. Elle a indiqué que sur le plan physique, il y avait une progression de la maladie au niveau du rachis lombaire et une suspicion d'une polyarthrite rhumatoïde. Sur le plan psychique, un « état anxio-dépressif chronique post-traumatique» a été posé comme diagnostic. La Doctoresse N_____ a retenu une incapacité totale de travail dans la fonction de manœuvre de chantier naval. Il était précisé qu'on pouvait exiger du patient qu'il exerce néanmoins une profession sans port de charges et en alternant les positions

assis-debout prolongées 1 à 2 heures par jour. L'état de santé était susceptible d'être amélioré par un traitement médicamenteux et thérapeutique.

14. L'assuré présentant une suspicion de polyarthrite rhumatoïde, la Doctoresse N_____ a demandé un avis aux rhumatologues de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève. Dans un rapport du 24 mars 2000, ces médecins ont cependant précisé que les douleurs présentées étaient surtout de type mécanique, sans synovite périphérique ni de ténosynovite et que les examens para-cliniques n'avaient pas démontré la présence d'un syndrome inflammatoire. Ils ont précisé que la présence de ce facteur rhumatoïde à lui seul ne suffisait pas pour conclure à un rhumatisme articulaire inflammatoire.

15. Les 8 et 11 février 2002, l'OCAI a adressé à l'assuré deux projets de décisions, la première lui octroyant une rente entière du 1er août 1996 au 30 septembre 1998 et la seconde lui refusant le droit à des mesures professionnelles.

16. L'assuré a contesté les termes de ces deux projets, en faisant valoir que son état de santé physique et psychique s'était aggravé. Il sollicitait la réactualisation des données médicales par une nouvelle expertise médicale vu le temps écoulé entre l'expertise du COMAI réalisée en 1998 et les projets de décisions. A l'appui de ses allégations, il a produit le rapport du 27 avril 2001 du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, selon lequel il souffrait d'un état dépressif majeur alors que les experts du COMAI le qualifiait de moyen.

17. Un rapport a été établi le 30 octobre 2002 par le Docteur P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin traitant. Celui-ci a confirmé traiter l'assuré depuis trois ans. Il a fait état de cervico-dorso-lombalgies chroniques post traumatiques, d'un trouble dépressif récurrent, d'un épisode actuel d'intensité moyenne et d'un trouble somatoforme douloureux en tant que diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail. Il a affirmé que l'activité de manœuvre sur un chantier n'était plus exigible et estimait que l'assuré conservait uniquement une capacité fonctionnelle de 6 heures par jour. Du point de vue psychique, il a précisé que l'assuré était ralenti, avec diminution de l'élan vital, très plaintif, centré sur ses douleurs, irritable, qu'il présentait des troubles du sommeil épisodiques, mais sans idée de dévalorisation ou d'inutilité.

18. Un examen psychiatrique a été requis du Service médical régional (SMR) le 4 mars 2003. Les experts ont confirmé le diagnostic posé par les experts du COMAI dans leur rapport de juillet 1998, et conclu à une capacité de travail exigible identique à celle exprimée par ces derniers c'est à dire 50 % comme manœuvre de chantier naval et 70% dans une activité adaptée.

19. Par décision du 8 octobre 2003, l'OCAI n'a pas confirmé son projet du 8 février 2002 et refusé toute prestation.

20. Par décision sur opposition du 7 juin 2004, l'OCAI a confirmé son refus en rappelant que les troubles somatoformes entraient dans la catégorie des affections psychiques et que le rapport du SMR ne mettait pas en évidence un trouble dépressif ou anxieux sévère pouvant constituer une comorbidité psychiatrique à son trouble douloureux chronique. Par ailleurs les traits de personnalité de l'assuré ne jouaient pas de rôle prépondérant en termes d'incapacité de travail. En conséquence l'examen du SMR confirmait la position défendue par les experts du COMAI.

21. Par écriture du 9 juillet 2004, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Il a contesté les appréciations opérées par les experts du SMR ; il a produit à cet égard le rapport du Docteur Q_____, spécialiste en rhumatologie, daté du 30 juin 2004, selon lequel il souffre d'un état de stress post-traumatique qui peut constituer une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Il a également critiqué le calcul du taux d'invalidité de 15% retenu par l'OCAI pour la détermination du revenu d'invalidité exigible. Il a dès lors conclu, préalablement, à une nouvelle expertise psychiatrique et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

22. Dans son préavis du 9 août 2004, l'OCAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

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.

   Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1er juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226)

   C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 56 V al.1 let a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont 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.

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 des assurances sociales. 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). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En l'espèce, les faits juridiquement déterminants se situent avant l'entrée en vigueur de la LPGA. L'examen des conditions matérielles du droit à la prestation

intervient d'après l'ancien droit pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et selon la LPGA pour la période du 1er janvier 2003 au 7 juin 2004.

5. Déposé dans la forme et délai imposé par la loi, le présent recours est recevable (articles 56, 60 LPGA, 84 LAVS et 69 LAI).

6. Aux termes de l'art. 4 al.1 LAI, dans sa teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2002, 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'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas qu'un diagnostic pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 229). 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 ont 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).

   L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 pour cent au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 pour cent au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins (art. 28 al. 1 LAI).

7. En l'espèce, le recourant a été examiné par de nombreux médecins pour le compte de la SUVA, par ses trois médecins traitants et a fait l'objet de deux expertises, pour le compte de l'OCAI. Vu l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, on peut tenir pour établi que l'assuré ne souffre pas d'une atteinte physique propre, à elle seule, à entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. Au contraire, les rhumatologues des HUG ont confirmé que la mobilité du rachis lombaire était globalement conservée. Les experts du COMAI ont constaté que le recourant ne présentait pas de lésion organique significative en mesure d'expliquer ses plaintes. La Doctoresse N_____ a affirmé que l'état de santé de son patient s'était aggravé. Le Docteur O_____, toutefois, a conclu que «les différents examens radiologiques pratiqués ne mettaient en évidence aucun substrat anatomique susceptible d'expliquer la symptomatologie algique présentée par le patient ». En revanche, tant les experts du COMAI que le Docteur P_____ font état d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif moyen ou grave. Dès lors, il s'agit d'examiner si l'assuré présente une atteinte psychique invalidante.

8. En l'occurrence, l'expertise du COMAI est le fruit d'examens complets et minutieux de l'état de santé de l'assuré. Pour ce faire, les médecins se sont

appuyés sur l'entier du dossier, notamment les certificats médicaux des médecins ayant examiné le patient auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que ce rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le patient a été entendu par les différents experts, notamment spécialistes en neurologie et en psychiatrie. Le rapport est circonstancié et les conclusions auxquelles parviennent les médecins à l'issue de leur séance de décision multidisciplinaire sont claires et unanimes.

Selon les médecins du COMAI, la capacité de travail dans l'ancienne activité de manœuvre sur un chantier naval est de 50%, alors que dans une activité adaptée (sans port de charges), la capacité de travail résiduelle peut atteindre un taux de 70%. Cette appréciation est le résultat d'une approche multidisciplinaire du cas prenant en compte les affections psychiques et somatiques.

En effet, il ressort de la consultation psychiatrique que l'assuré souffre principalement d'un état dépressif moyen et d'un syndrome douloureux chronique. L'état dépressif est modérément amélioré par la prescription d'antidépresseurs. Du point de vue somatique, les experts ont confirmé la présence de troubles dégénératifs modérés du rachis, toutefois en soulignant qu'ils étaient objectivement modérés et ne permettaient pas à eux seuls d'expliquer l'importance des plaintes et leur répercussion socioprofessionnelle.

Ils ont précisé que l'importance des plaintes subjectives comparativement aux éléments objectifs faisait partie du syndrome douloureux chronique et pouvait être accentué par l'état dépressif. D'après eux, la composante psychiatrique était déterminante dans la pathologie de l'assuré.

A la lecture du dossier, on remarque que les diagnostics des spécialistes du COMAI rejoignent ceux des médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG et du Docteur P_____, médecin traitant, qui avaient également conclu à un trouble somatoforme douloureux. Ce dernier estimant que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne profession de l'assuré et qu'aucune autre activité n'était exigible.

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, lorsqu'il apprécie 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 V353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent dans certaines circonstances conduire à une incapacité de travail (ATF 120V 119). De

tels troubles 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. 260 consid. 4b ; arrêt 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. Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie – tels des troubles somatoformes douloureux – est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant. En effet selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut pratiquement plus, sous réserve des cas de simulation ou d'exagération, raisonnablement être exigée de l'assuré ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165).

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 importante, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ; d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ; 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, fuite dans la maladie) ou enfin 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. Il incombe à l'expert psychiatrique d'indiquer à l'administration ou au tribunal, si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques lui permettant de surmonter ses douleurs, en fonction également des critères susmentionnés, et d'établir de manière objective si, en tenant compte de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré ses douleurs (ATFA N. précité consid. 2.2.4).

10. Bien que les médecins du COMAI et du SMR aient conclu que du point de vue psychiatrique le recourant souffrait d'un syndrome douloureux somatoforme, ils n'ont pas trouvé d'éléments permettant de retenir un état dépressif ou anxieux sévère ou un trouble de la personnalité manifeste. De plus ils ont relevé que l'assuré ne présentait aucun indice de psychose, que ses capacités de jugement et de raisonnement correspondaient à une intelligence dans les limites de la norme. De tous ces éléments, il découle qu'en l'espèce, l'existence d'une comorbité psychiatrique manifeste, tant sous l'angle de l'acuité que la durée doit être niée. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux. Sur ce point les critères de la chronicité et de la durée des douleurs apparaissent certes réalisés, toutefois, ils ne sont à eux seuls pas suffisants au regard de la jurisprudence pour justifier une invalidité. Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie fait manifestement défaut. Il a en effet été souligné dans le rapport d'expertise que la symptomatologie du recourant a peu d'impact sur sa vie sociale. Il a un bon entourage familial. En outre les mesures médicales susceptibles d'améliorer la capacité de travail n'ont pas encore été épuisées si bien qu'il n'y a pas lieu d'en déduire l'échec de toute mesure de réadaptation.

11. Au vu de l'ensemble de ces éléments, les conclusions du rapport du COMAI du 29 juillet 1998 doivent donc être suivies et la capacité résiduelle de travail du recourant fixée à 70% dans une activité adaptée.

12. Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure le recourant subit une diminution de sa capacité de gain en exerçant une activité adaptée à l'atteinte à sa santé.

    Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans son ancienne teneur, pour l'évaluation, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir 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, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

    La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité. Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 p. 84,VSI 2000 p.316).

    Dans le cas qui nous occupe, la méthode générale de comparaison des revenus pourra être utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative.

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existants au moment de la naissance du droit à la 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 V222 ; 128 V 174 ; ATFA du 22 août 2002 en la cause I 440/01).

En l'occurrence, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 29 LAI), l'assuré aurait éventuellement droit à la rente dès le 1er août 1996.

Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé (RCC 1991 page 332). Pour chiffrer le revenu d'invalide, on peut se référer aux statistiques selon la jurisprudence. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; VSI 2000 p. 85).

S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort de l'attestation du 21 mars 1997 de son précédent employeur la société X_____ SA que le recourant percevait en tant que manœuvre un salaire brut mensuel de 3'852 fr. en moyenne en 1995.

Réactualisé pour l'année 1996 par le biais des indices nominaux (catégorie absolue de travailleurs totaux, 1995 = 1789 et 1996 = 1811), ce montant est porté à 3'900 fr.

Ainsi le revenu sans invalidité de l'assuré s'élevait à 46'792 fr. en 1996.

Quant au revenu d'invalide, selon la jurisprudence, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (RCC 1991 p .332 ss. consid. 3). Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique. Il faut 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 résiduel de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour ou encore le taux

d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il peut sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le domaine d'industries manufacturières, dans le secteur privé en 1996, à savoir 4'539 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 1996 tableau TA3 ; niveau de qualification 4, secteur production, hommes, réactualisé pour 1996). 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 que bon nombre d'entre elles sont légères et ne requièrent pas de port de charges, et sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent en compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.9 en 1996 ; durée normale du travail dans les entreprises 1998-2002 (DNT), tableau B9.2), ce montant doit être porté à 4'755fr. (4539 x 41.9/40), ce qui donne un salaire annuel de 57'055 fr. diminué à 39'938 fr. compte tenu d'une activité à 70%.

Compte tenu de ce que les activités retenues doivent en principe pouvoir être exercées par le recourant, en dépit de ses limitations fonctionnelles, sans difficultés, un abattement maximal de 15% se justifie, selon la jurisprudence précitée, en tenant compte de sa nationalité étrangère, et du fait qu'il ne peut travailler qu'à temps partiel dans une activité légère. Par conséquent le salaire avec handicap déterminant s'élève à 33'947 fr.

Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus est dès lors de 27% (46'792 fr. – 33'947 fr. x 100 / 46'792 fr.)

Force est de constater que ce taux est insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision de l'OCAI du 7 juin 2004 sera confirmée.

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 recevable le recours

Au fond :

2. Le rejette.

3. Confirme la décision sur opposition de l'OCAI du 7 juin 2004.

4. Dit que la procédure est gratuite.

5. 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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