RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1918/2005 **ATAS/963/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 2 novembre 2005

En la cause

Monsieur B_____, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître MEYER Daniel	recourant

contre

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

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Mmes Karine STECK et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le 10 mars 1957, d'origine portugaise, est arrivé en Suisse en 1984. Sans formation, l'intéressé a travaillé comme manoeuvre sur les chantiers au sein de l'entreprise X_____ SA à Genève.

2. Le 30 octobre 1996, en soulevant une tronçonneuse pesant 5 kilos, l'intéressé a subi un blocage lombaire. Il a consulté le Docteur D_____ qui a conclu à une hernie discale L3-L4 sur canal rachidien étroit et l'a mis en arrêt de travail à 100 %.

3. L'assuré a suivi divers traitements ambulatoires. Du 29 avril au 23 mai 1997, il a été hospitalisé à la division de rééducation de Beau-Séjour. Les médecins ont diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques non déficitaires, une hernie discale L3-L4 et un état anxio-dépressif latent. Un stage de réadaptation professionnelle a été organisé à la division de rééducation et médecine physique des Hôpitaux universitaires genevois (HUG) du 6 au 25 août 1997, qui s'est soldé par un échec en raison des douleurs.

4. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OCAI) le 10 décembre 1997, sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement ou une rente.

5. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 4 mai 1998, le Docteur Mircea D_____ a indiqué que son patient était en arrêt de travail à 100 % depuis le 30 octobre 1996, pour des lombosciatalgies chroniques non déficitaires et une hernie discale L3-L4. Les traitements instaurés n'ont pas amélioré l'évolution du syndrome lombaire, qu'un état anxio-dépressif amplifie. Une reprise de travail dans le bâtiment est illusoire, compte tenu de la pathologie.

6. Dans un rapport intermédiaire du 27 février 2001, le Docteur D_____ a posé les diagnostics de discopathie protrusive L3-L4, syndrome lombosciatique bilatéral, stéatose hépatique et éthylisme chronique. Il mentionne que les tentatives de sevrage ont été un échec et que le problème de l'alcoolisme rend toute tentative de reprise de travail illusoire.

7. L'OCAI a mandaté les HUG, Clinique de Belle-Idée, pour effectuer une expertise psychiatrique et le Docteur A_____ pour une expertise rhumatologique.

8. L'expertise psychiatrique du 10 juin 2002 a conclu à un syndrome de dépendance à l'alcool depuis une vingtaine d'années et une maladie du foie (stéatose hépatique) diagnostiquée en 2000. L'expert a indiqué que pour l'alcoolisme, il n'y avait pas encore de limitations qualitatives ni quantitatives sur le plan psychique, mental et physique, malgré la présence de stéatose hépatique et de polyneuropathie. Ils ont recommandé à l'assuré de s'adresser à une consultation spécialisée.

9. Dans son rapport du 29 novembre 2003, le Docteur A_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne notamment, a relevé qu'au status neurologique la force musculaire était conservée, qu'il n'y avait pas de déficit des nerfs crâniens, ni de trouble de la coordination, ni de points caractéristiques de la fibromyalgie. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont les lombosciatalgies chroniques à gauche, trouble statique, canal lombaire étroit et secondairement rétréci, trouble dégénératif, discopathies étagées. Les autres diagnostics (gonalgies bilatérales, syndrome de dépendance à l'alcool, stéatose hépatique et hypercholestérolémie) sont sans influence sur la capacité de travail. Selon l'expert, il persiste une capacité de travail dans une activité légère, mais avec des limitations : alternance des positions, stations assise et debout prolongées, marche limitée à 1 heure, pas de mouvements répétés en flexion/extension et rotations du tronc, ni de positions soutenues en porte à faux, pas de port de charges supérieures à 10 kilos, pas de travaux au-dessus du sol, diminution de la « volution ». La reprise d'une activité professionnelle devrait probablement avoir lieu d'abord dans un milieu protégé. L'activité adaptée peut être exercée à raison de 8 heures par jour, mais il faut s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 50 % en raison de la symptomatologie douloureuse fluctuante et l'absentéisme qui est à craindre. Le pronostic est réservé, en raison de la présence de facteurs étrangers à l'invalidité.

10. Le SMR LEMAN a conclu dans son rapport du 16 décembre 2003 qu'une activité adaptée était possible à plein temps. La diminution de rendement signalée par l'expert rhumatologue n'est pas du ressort de l'AI. Dès lors que la poursuite de l'abus d'alcool rend illusoire toute réinsertion professionnelle, le médecin du SMR LEMAN a préconisé de conclure le cas par une approche théorique.

11. Par décision du 7 décembre 2004, l'OCAI a refusé à l'assuré le droit à un reclassement, au motif qu'il ne subissait pas de manque à gagner durable de 20 % au moins. Il était en effet en mesure de réaliser un gain annuel de 48'339 fr. dans une activité simple et répétitive ; comparé au gain sans invalidité de manœuvre, soit 54'042 fr., son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 11 %.

12. L'assuré, représenté par Me Daniel MEYER, a formé opposition en date du 14 janvier 2005, faisant valoir qu'en raison de ses problèmes physiques et psychiques, il était dans l'impossibilité de travailler. Il fait grief à l'OCAI de n'avoir pas indiqué quelles étaient les activités adaptées qu'il pourrait exercer. Dans ses écritures complémentaires, il a allégué que son état psychique s'était détérioré.

13. Par décision du 2 mai 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'intéressé, au motif qu'il n'était pas établi que son état psychique s'était aggravé et qu'il était apte à travailler dans une activité adaptée dans les secteurs de la production et des services, lesquelles recouvrent un large éventail d'activités simples et répétitives adaptées à son handicap.

14. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'intéressé a interjeté recours en date du 2 juin 2005. Il fait valoir que de l'avis des Docteurs D_____ et F_____, intervenus en qualité de médecins conseils de l'Office cantonal de l'emploi, toute tentative de réadaptation professionnelle aboutirait à un échec, au regard de l'importance de la symptomatologie douloureuse ainsi que de l'état de santé psychique. S'agissant de l'expertise rhumatologique, il fait grief au Docteur A_____ de n'avoir pas pris en compte, ni même fait état des céphalées récurrentes qui ont débuté en 1999 et traitées par antalgiques par le Docteur D_____. Il allègue que ces migraines sont devenues invalidantes. D'autre part, l'expertise psychiatrique date de près de trois ans, de sorte qu'elle ne saurait être décisive. Il rappelle qu'en 2002, l'expert avait déjà relevé la forte probabilité qu'il développe une dépression. Actuellement, sur les conseils de son médecin traitant, il a accepté la nécessité d'entreprendre un suivi psychiatrique depuis peu. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

15. Dans sa réponse du 17 juin 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours.

16. Le 20 juillet 2005, le recourant a communiqué au Tribunal de céans une liste des médicaments qu'il prenait régulièrement. Le 21 septembre 2005, il a produit une attestation établie par le Docteur Kiantede P. NZOGU le 7 septembre 2005, psychiatre, confirmant qu'il suivait le recourant à son cabinet dans le cadre des consultations médicales de l'association« Santé et Intégration des Migrant-e-s en Suisse ».

17. Ces documents ont été communiqués à l'OCAI, lequel a persisté dans ses conclusions.

18. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 8 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 des assurances sociales. 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 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).

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

4. 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 (Meyer-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).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 (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.

5. Il convient de déterminer si le recourant souffre d'atteintes à la santé invalidantes au sens de la LAI.

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).

En l'espèce, il résulte du dossier médical que le recourant souffre depuis octobre 1996 de lombosciatalgies chroniques non déficitaires et d'une hernie discale, mise en évidence par un scanner. Selon le Docteur D_____, les autres examens pratiqués (EMG, examens neurologiques) n'ont pas montré de pathologies particulières. Les traitements instaurés (myorelaxants, antalgiques, physiothérapie, rééducation, repos) n'ont pas amélioré l'évolution du syndrome, amplifié par un état anxio-dépressif. L'incapacité de travail est de 100 % dès le 30 octobre 1996 et une reprise de travail dans le métier du bâtiment n'est plus possible. Le 27 février 2001, le Docteur D_____ a précisé que le problème de l'alcoolisme rendait toute reprise de travail illusoire. Invité à remplir le questionnaire sur les capacités professionnelles, le médecin-traitant s'est borné à confirmer que l'incapacité de travail était de 100 % depuis 1996 et que la péjoration de l'état de santé de son patient laissait peu de possibilités à un changement de profession. Une expertise réalisée par des spécialistes lui paraissait souhaitable. Selon les informations du médecin-traitant, son patient avait commencé un sevrage en novembre 2001 et les fonctions hépatiques s'étaient améliorées.

Le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, clinique de Belle-Idée, a été chargé d'expertiser le recourant. Dans leur rapport d'expertise du 24 juin 2002, les médecins relèvent au status psychiatrique une humeur sans particularité, un discours informatif, pauvre mais organisé probablement lié à ses difficultés linguistiques. Le patient présente une baisse intermittente de l'énergie, est orienté dans les quatre modes. L'orientation de la pensée est sans anomalie, le sommeil normal. Aucun symptôme de la lignée psychotique n'a été observé. La conscience morbide par rapport à l'éthylisme est partiellement présente. Les experts ont posé le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool (F 10-25 selon CIM-10), présent depuis une vingtaine d'années, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans leur appréciation du cas, les Docteurs B_____ et C_____ ont relevé que le recourant n'avait pas l'intention de se faire soigner malgré les complications physiques et que le pronostic à moyen et long terme était mauvais, tant sur le plan physique que psychique, car il pouvait développer une dépression, voire un syndrome de Korsakoff. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont

conclu que pour l'alcoolisme, il n'y avait pas encore de limitations qualitatives ni quantitatives sur le plan psychique, mental et physique, malgré la présence de stéatose hépatique et de polyneuropathie et les troubles physiques entraînés par ces deux affections sont réversibles si le patient s'abstient de consommer de l'alcool. Ils ont recommandé au recourant de s'adresser à une consultation spécialisée.

Le recourant a fait l'objet d'une expertise rhumatologique par le Docteur A_____, qui l'a examiné les 7 et 24 mars 2003, ainsi que le 27 octobre 2003. Sur le plan clinique, l'expert a constaté que le patient était orienté et adéquat. Il n'a pas relevé de déficit sensitivo-moteur, ni des nerfs crâniens, pas de trouble de la coordination. La musculature, symétrique, ne présente pas de signe d'amyotrophie et la force musculaire est conservée. Il n'a pas retrouvé de points caractéristiques de la fibromyalgie. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont des lombosciatalgies chroniques à gauche, trouble statique, canal lombaire étroit et secondairement rétréci, trouble dégénératifs et discopathies étagées. Dans son appréciation du cas, le Docteur A_____ déclare qu'il partage l'avis du Docteur E_____, neurologue, qui avait évoqué en 1996 le diagnostic de canal lombaire rétréci. Il expose que la comparaison des examens successifs du rachis lombaire effectués depuis 1996 montre que la situation a peu évolué sur le plan osseux et de la statique. Le patient présente donc un canal lombaire relativement étroit congénitalement, secondairement rétréci par des dégénérescences discales sous forme de herniations et de protrusion, et par le remaniement arthrosique des articulaires postérieures. La présence du canal lombaire rétréci est à même d'expliquer les plaintes du patient. Il n'a en revanche pas retenu le diagnostic de polyneuropathie, car objectivement la pallesthésie aux membres inférieurs et le réflexe achilléen sont bien conservés. Les contrôles radiologiques des genoux n'ont pas montré de lésion osseuse et l'accroupissement est possible, contrairement à ce qui était annoncé à l'anamnèse. S'agissant de la capacité de travail, l'activité dans la profession de manoeuvre dans le bâtiment n'est plus possible ; il persiste cependant une capacité de travail résiduelle dans une activité légère, avec des limitations. L'expert a précisé que les mesures thérapeutiques conservatrices ne sont pas totalement épuisées, que des techniques de kinésithérapie en délordose devraient être appliquées, le surpoids diminué et l'endurance entraînée. L'expert a conclu qu'une activité légère permettant d'alterner les positions, d'éviter les stations assise et debout prolongées, les mouvements répétés en flexion/extension et rotations du tronc ou en porte à faux, le port de charges supérieures à 10 kg, les travaux au-dessus du sol et la marche limitée à 1 heure, était possible. Il fallait s'attendre à une diminution de rendement de l'ordre de 50 %, la symptomatologie douloureuse étant fluctuante et un absentéisme est à craindre. Le pronostic de la capacité de travail est réservé en raison de la présence de mauvais facteurs étrangers à l'invalidité (longue interruption de travail, tissu social développé et faible niveau de scolarisation). Un reclassement professionnel n'était pas judicieux,

en raison du très faible niveau de scolarisation, du problème d'alcool et de l'absence de projet professionnel.

Le Tribunal de céans constate que les médecins sont unanimes quant au fait que l'activité de manoeuvre dans le bâtiment n'est plus possible, ce que l'intimé admet également. En revanche, dans une activé légère à moyenne respectant les limitations décrites par le Docteur A_____, la capacité de travail est entière, de l'avis du SMR LEMAN, car sur le plan strictement lombaire, une diminution de rendement n'est pas justifiée.

6. Le recourant conteste l'appréciation du Docteur A_____, alléguant qu'il n'a pas pris en compte les céphalées récurrentes qui l'affectent depuis 1999. Il considère que cette expertise ne saurait être déterminante et que ses conclusions sont contraires à celles des Docteurs D_____ et F_____ qui ont tous deux confirmé qu'au regard de l'importance de la symptomatologie douloureuse ainsi que de l'état psychique, toute tentative de réadaptation professionnelle aboutirait à un échec. S'agissant de l'expertise psychiatrique, elle ne saurait être décisive, car elle a été effectuée il y a près de trois ans et son état psychique subit une évolution défavorable.

   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).

   En l'espèce, le Tribunal de céans constate que l'expertise rhumatologique effectuée par le Docteur A_____ remplit toutes les conditions exigées par la jurisprudence ; l'expert s'est fondé sur un dossier complet, notamment radiologique, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, il a pris en compte les plaintes de l'assuré et ses conclusions sont claires et bien motivées. S'agissant du grief qu'il n'aurait pas tenu compte des céphalées, force est de constater qu'elles n'ont pas été signalées dans les plaintes actuelles de l'assuré lors de l'expertise en 2003. En revanche, le recourant s'en était plaint en 2002 lors de l'expertise psychiatrique ; les experts avaient d'ailleurs pris contact avec son médecin-traitant, le Docteur D_____, qui était d'avis que le patient souffrait de céphalées aspécifiques et non de migraines. Quant aux épisodes de perte de connaissance qui s'étaient produits il y a quelques années, le médecin-traitant

pensait que c'était dans le contexte d'alcoolisations et que cela ne nécessitait pas d'investigations supplémentaires.

Le recourant soutient que son état psychique s'est détérioré et qu'une prise en charge psychiatrique et devenue nécessaire. Rien ne vient toutefois confirmer cet allégué ; en effet, l'attestation produite par le recourant en cours de procédure ne fait qu'attester une prise en charge par un psychiatre, sans mention d'un quelconque diagnostic, ni traitement médicamenteux. Cette pièce ne saurait remettre les conclusions de l'expertise psychiatrique, aux termes de laquelle le recourant ne présente aucune limitation de ce point de vue.

Pour le surplus, il sied de rappeler que selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

En l'occurrence, le Tribunal n'a aucun motif permettant de s'écarter des conclusions des experts, selon lesquelles une activité légère, respectant les limitations est possible. Il se rallie d'autre part à l'avis du SMR LEMAN et considère qu'une diminution du rendement ne saurait être retenue pour l'affection lombaire, dès lors que l'activité exigible préconisée tient déjà compte des limitations qu'elle entraîne.

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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, soit octobre 1997 en l'espèce, 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).

Pour évaluer le gain d'invalide, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]) lorsque, comme en l'espèce, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b).

Compte tenu d'un salaire mensuel brut en 1996 de 4'503 fr. pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 1996 publiée par l'Office fédéral de la statistique, TA 1, niveau de qualification 4), soit 4'717fr. pour 41,9 heures habituelles (La Vie économique 12/2002 p. 88 tableau B 9.2), le salaire annuel doit être fixé à 56'603 fr. (4'717 fr. x 12). Réactualisé selon l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, le salaire annuel pour 1997 est de 56'869 fr. (indice 1919, cf. La Vie économique no. 11 - 2004, p. 87).

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). L'intimé à appliqué une réduction supplémentaire de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge, de la nationalité et du permis, ce qui est tout à fait justifié ; le revenu annuel brut d'invalide auquel pourrait prétendre le recourant s'élève en conséquence à 48'339 fr.

Comparé au revenu annuel brut sans invalidité dans l'activité de manœuvre en 1997, soit 54'042 fr., le degré d'invalidité est de 10,6 %, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance invalidité.

Le calcul effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique, de sorte que 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