REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2639/2005 **ATAS/1056/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 23 novembre 2006

En la cause

Monsieur L_____, domicilié , GENEVE, représenté par Madame Christine BULLIARD pour FORUM SANTE	recourant

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Valérie MONTANI et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur L_____, né le 1952, d'origine espagnole, a travaillé comme déménageur. A compter du 13 octobre 2001, il a été dans l'incapacité totale de travailler, en raison de douleurs dorsales.

2. Un scanner réalisé au mois d'octobre 2001 a montré une petite hernie discale ainsi qu'une suspicion de périarthrite de l'épaule droite.

3. Dès cette date, le cas de l'assuré a été pris en charge par CCS ASSURANCE qui lui a versé, par le biais de son employeur, des indemnités journalières pour perte de gain liée à la maladie. Le montant de ces indemnités a été limité à 37% dès le 31 octobre 2002, afin de tenir compte du revenu réalisable dans une autre profession, jusqu'à épuisement des droits.

4. Le 26 novembre 2001, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI).

5. Son médecin-traitant, le Dr A_____, a attesté le 6 décembre 2001 d'une incapacité totale de travail dès le 13 octobre 2001, en raison de cervicalgies chroniques communes et d'une hernie discale L5-S1 centrale. Les plaintes subjectives du patient étaient : des vertiges, des cervicalgies avec raideur matinale, des lombalgies, une fatigue et de l'insomnie. Le médecin a constaté objectivement des troubles dégénératifs sous forme d'arthrose cervico-dorso-lombaires et une hernie discale médiane L5-S1, sans signes radiculaires évidents. Il a énuméré au titre des limitations fonctionnelles : l'incapacité pour l'assuré de rester en position assise ou debout plus d'une heure et demie à deux heures par jour, de se baisser, se mettre à genoux, d'incliner le buste, de s'accroupir, de marcher plus de 500 mètres, de déplacer des charges de plus de 3 ou 4 kg, de tenir un horaire irrégulier, de travailler en hauteur ou de se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente.

6. Le 16 septembre 2002, le Dr. B_____, rhumatologue auprès des (ci-après : les "établissement hospitalier"), a examiné l'assuré à la demande du Dr A_____. Il a conclu à des rachialgies diffuses, le plus probablement communes, sans signe d'atteinte radiculaire et à une possible tendinite du muscle pyramidal du membre inférieur droit. La mobilité cervicale, dorsale et lombaire du patient était complète mais douloureuse dans tous les plans. La mobilisation du rachis était douloureuse dans tous les plans, mais sans contracture musculaire. Le médecin a proposé un traitement physiothérapeutique, en précisant qu'il ne pensait pas que la situation puisse fondamentalement changer. Il a estimé, de manière globale, vu la durée de l'arrêt de travail et la profession de l'assuré, qu'il n'était pas possible que ce dernier reprenne son poste. Un reclassement lui semblait difficile, vu la scolarité réduite de l'assuré.

7. Le 7 octobre 2002, la division de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité a mentionné que l'assuré lui avait indiqué souffrir de tremblements distaux de membres supérieurs qui n'avaient été mentionnés par aucun médecin, bien qu'il s'en soit plaint à plusieurs reprises. S'appuyant sur l'avis du Dr C_____, médecin-conseil de l'OCAI, elle a suggéré un examen complémentaire. Elle a en revanche renoncé à proposer des mesures de réadaptation car l'assuré n'envisageait pas pouvoir travailler.

8. Le 27 janvier 2003, le Dr N. B_____, à la demande de l'assuré, a confirmé la présence de rachialgies communes sans signe d'atteinte radiculaire. Il a estimé que la hernie discale ne semblait pas jouer un rôle significatif pour la lombalgie chronique. Il a constaté la disparition des signes de tendinite du muscle pyramidal droit. Selon lui, une reprise de l'activité professionnelle était difficile en raison de la présence de signes de Waddell, de la durée de l'arrêt de travail, du conflit assécurologique et de l'attitude du patient pour qui "tout est dû à la hernie discale".

9. Un mandat d'expertise bidisciplinaire a été confié par l'OCAI au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : le COMAI), qui a rendu son rapport le 2 octobre 2003. Celui-ci a été établi par les Drs. B_____, rhumatologue, et D_____, psychiatre et psychothérapeute. L'examen rhumatologique n'a montré aucune limitation ou diminution d'amplitude dans les mouvements ni signe irritatif ou déficitaire lié à l'hernie discale, qui restait asymptomatique sur le plan clinique et n'interférait pas avec la capacité de travail, pour autant qu'un emploi s'effectuât dans une activité allégée et adaptée. Le tremblement des mains n'a en outre pas été observé et restait, de l'avis des experts, vraisemblablement sans signification. Sur le plan psychique, l'assuré ne présentait ni trouble dépressif, ni trouble anxieux, ni état de stress post-traumatique, ni psychose, ni trouble grave de la personnalité pouvant influencer la capacité de travail, qui restait, sur ce plan, entière.

10. Par décisions du 14 janvier 2004, l'OCAI, se fondant sur l'expertise du COMAI, a rejeté la demande de prestations au motif que le taux d'invalidité - de 32% - était insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Ce taux tenait compte d'une capacité de travail dans un emploi adapté de l'ordre de 80 à 100%, plus un abattement supplémentaire de 10% pour limitations fonctionnelles. Les mesures professionnelles ont également été refusées au motif qu'elles n'auraient pas d'effet sur la capacité de gain de l'assuré.

11. Le 29 janvier 2004, le Dr. B_____, à la demande de l'assuré, a confirmé ses avis précédents. Il a indiqué avoir procédé à une infiltration liée à la tendinopathie du muscle pyramidal droit.

12. L'assuré a formé opposition le 12 février 2004. Il a mis en doute la valeur probante de l'expertise du COMAI au motif qu'elle n'expliquait pas pourquoi elle s'écartait de

l'avis du Dr. B_____ et ne contenait en outre aucun volet neurologique, alors qu'il souffrait de tremblements des mains.

13. Par décision sur opposition du 22 avril 2004, l'OCAI a confirmé son refus de prestations. Il a relevé d'une part que l'examen neurologique ne s'était pas avéré nécessaire dans la mesure où les experts n'avaient pas constaté de tremblement de mains et qu'aucun déficit neurologique n'était en outre mentionné par le Dr N. B_____, et, d'autre part, que ce même rapport n'entrait pas en contradiction ou ne divergeait pas fondamentalement des conclusions des experts au point qu'elles puissent apparaître comme erronées ou incomplètes.

14. Le 10 mai 2004, l'assuré a interjeté recours. Dans le cadre de l'instruction de ce dernier, le Dr. B_____ a été entendu à titre de témoin. Il a expliqué que le recourant souffrait de rachialgies communes sans signe d'atteinte radiculaire. Les limitations étaient dues selon lui aux douleurs, réelles, mais sans qu'une constatation objective permette de les expliquer. Il adhérait à l'évaluation de la capacité de travail faite par la division de réadaptation professionnelle, étant précisé qu'à 10% près, il était difficile de se prononcer. Lors de la même audience, le recourant a indiqué au tribunal qu'il effectuait un stage dans le cadre du chômage à 50% de juillet à décembre 2004.

15. Le 24 août 2004, l'assuré a retiré son recours, ce dont le tribunal a pris acte dans un jugement du 7 septembre 2004. La cause a été rayée du rôle.

16. En date du 22 février 2005, le service de rééducation des "établissement hospitalier", à la demande de l'assurance-chômage, a rendu un rapport relatif au stage à plein temps suivi par l'assuré du 18 octobre au 15 novembre 2004, étant précisé que le travail de l'intéressé avait consisté en démontage d'ordinateurs et divers travaux de menuiserie. Il a été constaté que l'assuré ne pouvait garder la position debout plus d'une heure. Les travaux nécessitant une certaine force provoquaient des douleurs, de même que les activités demandant des mouvements du bras de haut en bas ou celles exigeant un port de charge supérieure à 5kg. L'assuré assumait avec difficulté les travaux de finesse ou de précision en raison de son manque de dextérité. Lui était reconnue une capacité de travail de l'ordre de 50% dans une activité ne demandant pas trop de finesse, tel le conditionnement léger ou de petits montages. La reprise de ses anciennes activités (bâtiment, nettoyage, déménagement) était impossible.

17. Le 3 mars 2005, le Dr. B_____ a fait savoir au médecin-conseil de l'OCAI que ses conclusions rejoignaient celles de ce rapport, en ce que les activités nécessitant des ports de charges ou des travaux de force étaient impossibles pour l'assuré. Il confirmait qu'une activité plus légère physiquement de l'ordre de 50% restait possible. Il indiquait aussi que les plaintes de l'assuré étaient similaires à ce qu'il avait pu constater lors des consultations antérieures. Il estimait raisonnable

qu'une réévaluation du dossier soit faite par l'OCAI à la lumière de l'évaluation du service de rééducation des " établissement hospitalier".

18. A la demande de l'OCAI, le Dr A_____ a établi un rapport le 17 mars 2005. Il a retenu, comme diagnostic nouveau, sans répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif depuis 2001. Il a constaté que l'état de son patient se péjorait depuis un an avec une nette augmentation des douleurs cervico-dorso-lombaires accompagnée d'insomnies et d'état anxieux important. Les limitations fonctionnelles étaient similaires à celles mises en évidence dans son rapport du 6 décembre 2001. Il en était de même des plaintes subjectives, comme des constatations objectives. Un examen spécialisé n'était pas requis à son avis et son patient conservait une capacité de travail de 50% dans un emploi adapté.

    Il a joint en annexe un ancien rapport médical établi par le Dr. B_____ le 14 mars 2004, dans lequel ce dernier indiquait que l'état de santé du patient était stationnaire, qu'aucun examen médical complémentaire n'était nécessaire, qu'il n'y avait pas de syndrome lombo-vertébral, même si la mobilisation était douloureuse, mais qu'il existait en revanche des signes de Waddell et de Kummel et des douleurs du muscle pyramidal droit. Le médecin estimait alors que l'assuré pouvait exercer une activité professionnelle à 50% dans un emploi adapté, tel que le conditionnement léger ou le petit montage, sans diminution de rendement. Des mesures professionnelles lui semblaient indiquées.

19. Le 7 avril 2005, l'assuré a demandé à l'OCAI une révision de sa décision sur opposition du 22 avril 2004, arguant que son état de santé s'est détérioré depuis lors. Il s'est référé au rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier" et à l'avis du Dr B_____.

20. Par décision du 26 avril 2005, l'OCAI a rejeté la demande de l'assuré au motif qu'aucun élément nouveau n'était apporté. Les conclusions des différents rapports d'octobre 2003 et 2004 restaient valables.

21. Le 9 mai 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, demandant son annulation et à ce que lui soit reconnu un degré d'invalidité de 50% dans une activité adaptée soit modifié.

22. Par décision sur opposition du 7 juillet 2005, l'OCAI a confirmé sa décision, au motif que les conditions permettant une révision, voire une reconsidération, n'étaient pas remplies. L'état de santé de l'assuré n'avait, selon lui, pas changé. Le rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier" ne constituait qu'une appréciation différente de la capacité de travail de l'assuré et n'était dès lors pas un élément pertinent pour revenir sur le refus de prestations.

23. Par écritures du 21 juillet 2005, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal), en concluant, sous suite

des dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une observation professionnelle en vue d'une nouvelle décision.

24. Dans sa réponse du 23 août 2005, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il relève que le rapport, très succinct, du service de rééducation des "établissement hospitalier" accorde une large place aux plaintes subjectives de l'assuré, qui s'inscrivent dans un contexte de long arrêt de travail et en présence d'un conflit assécurologique. Selon lui, aucune réelle cause médicale n'explique la divergence d'appréciation sur la capacité de travail du recourant.

25. Dans sa réplique du 7 septembre 2005, le recourant a persisté dans ses conclusions, exposant que son retrait du recours du 10 mai 2004 était fondé sur la concordance des conclusions médicales du rapport du COMAI et de son médecin traitant, exposées lors de son audition par le Tribunal. Selon lui, si le médecin traitant avait eu connaissance du rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier", il ne fait aucun doute que ses conclusions n'auraient pas été les mêmes. Ce rapport constitue ainsi, selon lui, un authentique fait nouveau, qui, s'il avait été connu de lui à l'époque, l'aurait amené à maintenir son recours au lieu de le retirer. Il met enfin en doute la valeur probante de l'expertise du COMAI d'octobre 2003.

26. Par lettre du 29 septembre 2005, l'OCAI a persisté dans les termes de sa réponse au recours.

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. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi 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 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   En l'espèce, le fait nouveau motivant la demande de révision date du 22 février 2005 et la décision entreprise du 7 juillet 2005, de sorte que se sont les nouvelles dispositions qui s'appliquent. Quant aux règles de procédure contenues dans la LPGA, elles s'appliquent 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. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée depuis le prononcé de la décision de refus de rente de l'OCAI, de manière à ouvrir un droit à une rente ou s'il y a fait nouveau permettant de procéder à la révision de la décision de refus de rente.

6. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient d'ajouter que l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5), lesquels demeurent dès lors applicables par analogie. Le point de savoir si un tel changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence;.voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En outre, les faits survenus postérieurement à la décision sur opposition, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). Enfin, d'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. Pour l'appréciation des éléments médicaux, le Tribunal fédéral des assurances a précisé (ATF 125 V 351) que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

   Enfin, les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

8. Dans le cas d'espèce, la recourante estime que tant le rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier" que l'avis du Dr B_____ du 3 mars 2005 mettent en évidence une détérioration de son état de santé, ce que conteste l'intimé.

   Il ressort du rapport médical précité du Dr B_____ que les plaintes du recourant sont tout à fait similaires à ce qu'il a pu constater antérieurement et il ne pose aucunement un nouveau diagnostic. Celui-ci reste en tout point pareil à celui posé dans ses rapports médicaux en 2003 et 2004. Par ailleurs, ce médecin ne fait pas de constatations propres qui mettraient en évidence de nouvelles limitations fonctionnelles chez le recourant depuis la date du retrait du recours. Il se contente d'adhérer aux conclusions des auteurs du rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier", à "la lumière de l'évaluation qui a été effectuée lors de son (le recourant) stage". Or, ce médecin adhérait également, en août 2004, à l'évaluation de la capacité de travail faite par la division de réadaptation professionnelle, tout en précisant qu'à 10% près il était difficile de se prononcer. Le

Dr B_____ change ainsi d'opinion à six mois d'intervalle alors que les circonstances du cas ne se sont pas modifiées. Son rapport n'est ainsi d'aucune utilité au recourant pour démontrer une aggravation de son état de santé.

Le rapport du médecin-traitant du recourant du 10 mars 2005 ne contient pas davantage de tels éléments. Les limitations fonctionnelles mesurées par ce médecin en 2005 sont pratiquement similaires à celles mesurées en 2001. Ce médecin n'indique aucun changement de circonstances ou nouveau diagnostic qui aurait une répercussion sur la capacité de travail de son patient. Enfin, le rapport du service de rééducation des "établissement hospitalier" ne revêt à lui seul pas de valeur probante suffisante. Les informations recueillies au cours du stage du recourant ne sauraient en effet suffire à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, ce qu'il appartient à un médecin de faire. Si le Centre d'observation professionnelle de l'AI est une institution dont la fonction est de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir au surplus, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'œil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI]; PLÄDOYER 3/2004 p. 64 ; ATFA I 540/03 du 10 novembre 2004 consid. 4.1 ; ATFA I 220/04 du 20 septembre 2004, consid. 4.2), il n'en va pas de même du service de rééducation des "établissement hospitalier" et les avis des médecins qui suivent le recourant ne permettent pas, comme on l'a vu, de conclure à une aggravation de son état.

La demande de révision du recourant apparaît davantage comme une contestation de la décision initiale, ce qui n'est pas l'objet d'une révision mais d'un recours. Or, le recourant a précisément retiré celui qu'il avait déposé contre la décision de refus de rente. En conclusion, aucune pièce probante ne met en évidence des circonstances nouvelles importantes justifiant une révision du droit à la rente du recourant au sens de l'art. 17 LPGA.

9. Les conditions d'une reconsidération quant au degré d'incapacité de travail du recourant ne sont pas davantage réunies. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, ni l'assuré ni le juge ne peuvent exiger que l'administration reconsidère sa décision (ATF 117 V 12 consid. 2a et les références). Il n'existe pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la

rectification) sont réunies (ATF 117 V 13 consid. 2a, 116 V 62). L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard. Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

En l'espèce, l'intimé, pour les motifs exposés à l'appui de son refus de revoir sa décision, a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments pour une reconsidération. Cette opinion, si elle peut être suivie sur le point de la capacité de travail - aucun élément de preuve ne permettant de considérer que la décision initiale de l'intimé serait entachée d'erreurs manifestes sur ce point -, ne saurait l'être cependant sur le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'OCAI dans sa décision du 14 janvier 2004. En effet, le tribunal de céans considère qu'il était manifestement erroné de n'appliquer qu'une réduction de 10% au revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré son handicap, compte tenu du nombre élevé de ses limitations fonctionnelles, du fait que seule une activité légère est possible désormais, de son âge mûr (52 ans au moment de la décision litigieuse) et de son niveau - très peu élevé - de formation. En un tel cas, c'est une réduction de 25% qui aurait dû être appliquée, ce qui aurait conduit, compte tenu des chiffres retenus pas l'intimé, à un degré d'invalidité de 43,4 %, ouvrant droit à un quart de rente. En ce sens, il faut admettre que la décision du 14 janvier 2004 était manifestement erronée et procéder à une correction dans le sens indiqué ci-dessus.

En conclusion, le recours est partiellement admis en ce sens que le recourant se voit reconnaître un droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2002.

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. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Dit que Monsieur L_____ a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2002.

4. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour calcul des indemnités dues à l'assuré.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de Fr. 1'500,-- à titre de dépens.

6. 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
Janine BOFFI	Karine STECK

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