

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2666/2005

ATAS/45/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 18 janvier 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié , PETIT-LANCY

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur M _____, né le 1945, a obtenu un certificat fédéral de capacité de carreleur, suivi une formation de métreur et obtenu un diplôme en techniques et psychologie de la vente. De 1981 à 1988, il a travaillé comme représentant pour la société X _____ SA. Après une période de chômage, il a exercé comme préparateur en carrosserie indépendant jusqu'en juin 1996.
2. Au mois de juillet 1996, il a chuté du haut d'une échelle de deux mètres, ce qui lui a occasionné une fracture du calcanéum gauche.
3. Le 4 mars 1997, le Dr. A _____, radiologue, a mentionné : un status après fracture multi-fragmentaire du calcanéum avec en particulier une composante intra-articulaire de l'articulation sous-astragaliennne postérieure, une discrète incongruence articulaire associée à une déformation du contour, la persistance d'une réaction inflammatoire dans les traits de fracture, traduisant un processus de consolidation encore en cours, un œdème. Il n'a pas trouvé d'argument en faveur d'une algodystrophie.
4. Le 28 janvier 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en invoquant une fracture du calcaneum intervenue le 11 juillet 1996.
5. Le 1er avril 1998, l'assuré et son épouse ont été engagés comme concierges par la Y _____ pour un salaire de Fr. 6'250.- par mois, étant précisé que 70% des tâches seraient effectuées par lui-même, 30% par son épouse, le salaire étant réparti entre eux dans la même mesure. L'assuré a informé l'OCAI de cet engagement en précisant que, sans son accident, il aurait opté pour un autre métier et que son épouse l'aidait beaucoup.
6. Le 29 avril 1998, le Dr. B _____, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué dans un rapport adressé à l'OCAI que l'assuré devrait désormais travailler en position assise.
7. Le Dr. C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué quant à lui, dans un rapport établi le 21 octobre 2000, que l'état du patient était stationnaire et qu'il souffrait, suite à l'accident, d'un conflit malléolaire externe chronique, qui implique des infiltrations de corticostéroïdes tous les 6 à 8 mois. Selon lui, le patient peut assumer sa profession de concierge à 50%.
8. Le 18 juin 2002, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI s'est livrée à une évaluation théorique de l'invalidité. A titre de revenu de non invalide, elle a retenu le revenu moyen réalisé durant les trois années précédant l'atteinte à la santé - survenue en 1996 - soit Fr. 7'038.- par an. Elle l'a comparé au revenu que pourrait

réaliser l'assuré dans une activité adaptée malgré son handicap, c'est-à-dire au revenu qu'aurait pu réaliser en 1998 un homme exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur de la production, soit Fr. 58'953.- et est parvenue à la conclusion qu'il n'y avait pas de perte de gain.

9. Dans un rapport ultérieur du 20 avril 2004, le Dr C _____ a confirmé son évaluation.
10. Par décision du 20 février 2004, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière limitée à la période du 1^{er} juillet 1997 au 31 juillet 1998. Il a été considéré qu'à compter du 1^{er} mai 1998, l'assuré avait pu reprendre une activité de conciergerie et qu'à partir de ce moment-là, il aurait pu opter pour une profession mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles, laquelle aurait évité toute perte de gain.
11. Le 15 mars 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision en demandant qu'une demi-rente lui soit accordée.
12. Par décision sur opposition du 5 juillet 2005, l'OCAI a confirmé sa décision du 20 février 2004. Il a estimé que l'assuré ne subissait plus de perte de gain depuis le 1^{er} août 1998. A cet égard, il a considéré que l'activité de concierge qu'il avait reprise en mai 2005 n'était pas adaptée à son état de santé et ne saurait être exigée à plein temps, mais que l'on pouvait raisonnablement exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité professionnelle, adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce, à plein temps, ce qui lui permettrait de réaliser des gains au moins équivalents à ceux qu'il obtenait avant son accident.
13. Par courrier du 26 juillet 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il allègue qu'aucune visite médicale ne lui a été imposée par l'OCAI et que certaines personnes de son entourage, moins atteintes que lui, reçoivent une rente d'invalidité depuis plusieurs années. Il fait valoir que son travail de concierge consiste à respecter un cahier des charges, qu'il lui arrive fréquemment de ne pouvoir s'y conformer en raison de son handicap et que son épouse, qui ne travaille qu'à 50% doit en réalité travailler beaucoup plus pour respecter le contrat. Il explique qu'il a besoin de cet emploi et qu'il ne compte pas y renoncer pour un problème concernant l'assurance-invalidité.
14. Par courrier du 28 juillet 2005, l'assuré a produit un certain nombre de pièces et allégué une fois de plus que l'octroi d'une demi-rente serait tout à fait justifiée dans son cas.
15. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 3 septembre 2005, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer que selon les avis médicaux versés au dossier, l'accident a entraîné pour l'assuré des limitations fonctionnelles qui ont subsisté, que celui-ci devrait désormais travailler en position assise et que l'activité de concierge n'est pas exigible à plus de 50%. L'OCAI souligne qu'au vu de l'affection

dont souffre le recourant il n'est nullement nécessaire de le faire examiner par les médecins du service médical régional de l'AI dans la mesure où les indications figurant au dossier sont suffisantes. L'OCAI reconnaît que l'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travail jusqu'au 30 avril 1998 mais constate qu'il a recouvré une pleine capacité dans un emploi adapté dès le 1^{er} mai 1998. Il a relevé que l'assuré aurait, selon toute vraisemblance, sans atteinte à la santé, continué à exercer une activité indépendante puisqu'il indique lui-même qu'il n'aurait pas pris un emploi de concierge. L'OCAI s'est donc livré à une comparaison théorique entre les gains réalisés dans les années précédant la survenance de l'invalidité, lesquels s'étaient élevés à 7'038 fr. en 1993, 1994 et 1995, et le revenu que l'assuré pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée. Au vu du nombre important de postes de travail pouvant s'exercer en position assise offerts par l'industrie sur un marché équilibré du travail et ne nécessitant de surcroît pas de formation particulière - étant relevé que l'assuré est au bénéfice de plusieurs formations ce qui lui facilite la recherche d'un emploi et l'adaptation à un nouveau poste - l'OCAI s'est basé sur le salaire mensuel brut pouvant être réalisé par un homme exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur de la production en 1998 (4'433 fr. pour un horaire de 40h/semaine, soit 4'643 fr. pour un horaire de 41,9 h/semaine), a procédé à une réduction de 15% pour tenir compte de l'âge du recourant et de ses limitations fonctionnelles et obtenu ainsi un revenu de 3'946 fr. par mois (soit 47'352 fr. par an), ce qui est nettement plus élevé que les gains réalisés avant l'atteinte à la santé. L'OCAI a par ailleurs fait remarquer qu'il en irait de même si l'on devait retenir comme revenu d'invalidité les gains obtenus dans l'activité actuellement exercée à 50%. En effet, si l'on admet que c'est l'épouse du recourant qui effectue les travaux qu'il ne peut plus faire et perçoit donc le salaire y relatif et que l'intéressé, de ce fait, ne travaille qu'à 50%, son revenu doit alors être fixé à 2'750 fr. par mois, ce qui ne conduit à aucune diminution de la capacité de gain. Enfin, l'OCAI a rappelé le devoirs de l'assuré de diminuer son dommage et souligné qu'il pouvait en conséquence être exigé de lui qu'il change d'activité.

16. Par courrier du 5 janvier 2006, le recourant a encore fait valoir que la modicité des revenus réalisés avant son accident s'explique par le fait qu'arrivé en fin de droit de chômage, toujours sans emploi, il a retiré son deuxième pilier pour se mettre à son compte et vendre des produits de nettoyage. Malgré trois ans de travail acharné, son chiffre d'affaires est toujours resté décevant. Il a produit un nouveau certificat de travail émanant du Dr C _____, attestant d'une incapacité de travail de 50%.
17. L'OCAI, quant à lui, a maintenu sa position.
18. Interrogé par le Tribunal de céans, l'entreprise Z _____ SA a indiqué que, s'il avait continué à travailler pour elle, l'assuré aurait réalisé, en 1998, un salaire annuel de Fr. 67'000.- environ et que s'y ajouteraient 5-10% de primes diverses.
19. Après communication de ce courrier aux parties, 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 1^{er} 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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 1^{er} 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).

Le présent recours concerne le droit à des prestations portant sur l'année 1998. Les faits déterminants étant antérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, le cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables. Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1^{er} janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas

n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGa, le délai de recours est de trente jours. Étant donné que la décision sur opposition date du 5 juillet 2005, que les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGa), le recours du 26 juillet 2005 a été formé en temps utile. Par ailleurs interjeté dans la forme prévue par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGa.
5. Le litige porte sur l'évaluation du degré d'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité.
6. a) Selon l'art. 4 al. 1 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. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).
- b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
- c) 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 et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

7. En vertu du 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. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).
8. En l'espèce, la nature de l'atteinte à la santé du recourante n'est pas sujette à caution. Il est admis et non contesté qu'il souffre d'un conflit malléolaire externe chronique suite à sa chute et de la multi-fracture du calcanéum qui en a résulté. Est en revanche litigieuse la question de l'influence de cette atteinte sur la capacité de travail de l'intéressé.
9. A cet égard, cependant, les rapports médicaux sont clairs. Le Dr B _____ a indiqué que l'assuré devrait désormais travailler en position assise. Aucune autre limitation fonctionnelle ne ressort des documents médicaux versés au dossier. Il n'est pas contesté par l'autorité intimée que l'activité de concierge que l'assuré a débutée en mai 1998 n'est pas conforme à ses limitations et qu'il ne peut l'exercer qu'à 50%. Il est en revanche établi qu'il pourrait exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée à son état, ce que le recourant ne conteste au demeurant pas vraiment. Il explique simplement qu'il ne tient pas à renoncer au poste de concierge qu'il a pu trouver dans la mesure où il donne entière satisfaction à ses employeurs et n'est pas sûr de pouvoir retrouver un poste adapté à ses besoins.
10. a) Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus : on compare le salaire que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2

LAI). 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 (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 consid. 1b 84; VSI 2000 consid. 1a 316).

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).

b) 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 né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. c'est pourquoi il convient en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205s.). Certaines circonstances peuvent toutefois justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles ; par exemple lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, il a rencontré des difficultés professionnelles en raison d'une aggravation progressive de son état de santé (ATFA non publié du 4 septembre 2002 en la cause I 774/01, consid. 3b ; RCC 1985 p. 662ss). Le TFA a ainsi jugé que lorsque l'assuré a subi une période de chômage relativement longue (2 ans) avant de connaître une incapacité de travail totale, on doit admettre que le revenu qu'il a obtenu durant cette période ne représente pas la mesure de ce qu'il est véritablement apte à gagner en tant que personne valide. Au regard de l'assurance-invalidité, c'est une situation extraordinaire et passagère, si bien qu'elle ne saurait servir de référence pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré (ATFA non publié du 4 septembre 2002 en la cause I 774/01, consid. 3c). La question de savoir si l'on se base alors sur le salaire que l'assuré a réalisé antérieurement à son inscription au chômage ou s'il faut plutôt se référer aux salaires moyens de la branche professionnelle concernée n'a pas été tranchée par le TFA (consid. 3c).

c) Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé 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).

11. a) En l'espèce, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 1998 puisque la période concernée débute en mai 1998, date à laquelle l'assuré a recouvré sa capacité de travail.

b) S'agissant du salaire sans invalidité, il sied de relever, comme l'a fait l'intimé que le recourant a occupé, au sortir du chômage, durant les trois années précédant l'accident, un emploi de vendeur indépendant qui lui a procuré des revenus pour le moins modestes puisque ses bilans montrent des pertes allant de Fr. 19'405.- à Fr. 6'792.-. Il est donc justifié de considérer que même sans son invalidité, l'assuré aurait du reprendre son métier de représentant de commerce de détail et d'évaluer le revenu qu'il aurait ainsi pu réaliser en 1998. Interrogé sur ce point, son ancien employeur a indiqué que l'assuré aurait réalisé un revenu fixe d'environ Fr. 67'000.- par année. C'est ce montant qu'il convient de retenir à titre de revenu de non-invalidé.

c) Quant au revenu avec invalidité, il convient une fois encore de se référer aux tables statistiques dans la mesure où il est manifeste que l'activité exercée par le recourant ne correspond pas à son état de santé et qu'il pourrait en exercer une autre, mieux adaptée à ses limitations. A cet égard, il convient de retenir qu'en 1998, un homme exerçant une activité simple et répétitive tous domaines confondus aurait pu réaliser un revenu de Fr. 4'359.- par mois, soit, soit Fr. 52'308.- par an pour un horaire de 40 h/semaine, soit Fr. 56'132.45 pour un horaire de 41,9 h/semaine (La Vie économique 2-2006, p. 94, tableau B9.2). Même en appliquant la réduction maximale de 25% prévue par la jurisprudence pour tenir compte de l'âge du recourant et de ses limitations, on obtient un revenu annuel de Fr. 42'099.- qui, comparé au revenu sans invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 37,17 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé a considéré qu'à compter du mois de juillet 1998 - soit trois mois après la reprise d'une activité (cf. art. 88a al. 1 RAI) - l'assuré n'avait plus droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le recours mal fondé, 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

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