RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/969/2004 **ATAS/533/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 31 mai 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié CAROUGE, représenté par le Dr Marc D_____	recourant

contre

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

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____, ressortissant français titulaire d'un permis C, est né le 17 juin 1948. Il est arrivé à Genève en 1970. Sans formation, il a travaillé en qualité d'aide mécanicien à plein temps dans divers garages. En dernier lieu, il a été employé par le Garage des Pavillons du 1er août 1989 au 30 novembre 1995, date à laquelle il a été licencié pour motifs économiques. En 1995, son salaire s'élevait à 47'970 fr. par an pour 40 heures de travail hebdomadaires.

2. L'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage le 1er décembre 1995. Alors qu'il était au bénéfice des prestations de cette assurance, un cancer épidermoïde de la corde vocale gauche a été diagnostiqué, en juin 1997, qui a nécessité des traitements chimiothérapique et radiothérapique jusqu'au 26 septembre 1997.

3. Le 9 juillet 1998, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

4. Dans un rapport du 30 septembre 1998, le Dr A_____, chef de clinique de la division ORL des ("établissement hospitalier") a attesté d'une totale incapacité de travail du mois de mai 1997 au 30 septembre 1998, puis d'une capacité de travail réduite à 50%. Il a indiqué que le traitement s'était terminé le 26 septembre 1997 et que le dernier contrôle, effectué le 3 septembre 1998, avait exclu toute récidive, bien qu'il existât encore des signes de laryngite chronique.

5. Un rapport intermédiaire des "établissement hospitalier" du 19 juillet 2000 a confirmé l'absence de récidive. Il a été indiqué que l'état du patient était stationnaire. Aucune incapacité de travail n'a été relevée.

6. Le 3 octobre 2001, la Dresse B_____, cheffe de la "établissement hospitalier" des "établissement hospitalier", a brièvement confirmé que le patient était en arrêt maladie depuis 1997 et pris en charge par l'Hospice Général depuis 1999.

7. Le 22 mai 2002, la Dresse C_____, cheffe-adjointe de la "établissement hospitalier" des "établissement hospitalier" a précisé que le patient n'avait pu reprendre son activité de mécanicien, contre-indiquée du point de vue médical en raison de l'exposition à la poussière. Elle a ajouté que, depuis le traitement, il persistait une fatigue.

8. Interrogé par l'OCAI, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué que si ce dernier avait continué à travailler, il aurait réalisé un revenu de Fr. 48'360.- en 1998 et de Fr. 50'973.- en 2002.

9. Par décision du 20 janvier 2003, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que l'incapacité de travail subie n'avait pas duré que jusqu'au terme

du traitement de chimiothérapie, soit moins d'une année sans interruption notable; à l'échéance du délai de carence, l'assuré était en rémission complète.

10. Le 28 janvier 2003, l'assuré a formé opposition en affirmant que son état de santé était incompatible avec la reprise de son ancienne activité de manœuvre de garage. Il a également allégué que des atteintes à la main droite et au ventre l'avaient contraint à se rendre chez le Dr D_____, généraliste, le 6 février 2003. Il a conclu implicitement à l'octroi d'une rente.

11. Par courrier du 13 mars 2003, le Dr D_____ a certifié avoir pris en charge l'assuré depuis le 6 février 2003. Il a indiqué que l'assuré, atteint d'un carcinome ORL en avril 1997, était toujours suivi régulièrement et qu'aucune récidive n'était apparue. Il a également fait état d'une problématique d'éthylo-tabagisme avec alcoolisme nié. Selon lui, il existait des arguments biologiques et cliniques en faveur d'une maladie chronique du foie, peut-être au stade de cirrhose, s'accompagnant de douleurs abdominales avec des diarrhées anamnestiques qui correspondaient plutôt à une "fausse diarrhée de constipation". Le patient présentait aussi une lésion de Dupuytren à la main droite, légèrement handicapante pour tout travail fin (le patient étant droitier). Il a encore suggéré que l'alcoolisme masquait très certainement un état dépressif dans ce contexte difficile. Selon lui, la situation bio-psycho-sociale de l'assuré justifiait une rente entière d'invalidité.

12. Après examen du dossier, la Dresse E_____, du service médical régional AI (SMR), a proposé de diligenter une expertise bidisciplinaire auprès des Drs F_____ et G_____, respectivement interniste et psychiatre, aux fins de déterminer si l'alcoolisme avait entraîné des lésions organiques irréversibles limitant la capacité de travail, si le tabagisme se poursuivait et avait éventuellement entraîné des lésions invalidantes et, par ailleurs, afin d'obtenir une évaluation psychiatrique concernant l'existence éventuelle d'un état dépressif, la nature de celui-ci ainsi que l'aptitude de l'assuré à se mobiliser pour sortir de son alcoolisme.

13. Les experts ont rendu leur rapport en date du 2 février 2004, sur la base de plusieurs entretiens avec l'assurée, d'un examen clinique, du dossier fourni par l'OCAI et de la copie d'un rapport de la division de gastro-entérologie et des pathologies daté du 29 octobre 2002.

    Dans l'anamnèse, les experts ont souligné l'enfance difficile et la solitude actuelle de l'assuré, divorcé et père d'un enfant majeur qu'il ne voit jamais. Ils ont relevé que l'assuré avait été hospitalisé en 1997 et en 2001 pour une lithiase rénale.

    Ils ont indiqué que l'assuré se plaint d'une fatigue importante l'empêchant de pratiquer beaucoup d'activités (il dort dix heures par nuit). Il se dit peu à l'aise en société, notamment en raison de l'extinction de sa voix et de l'enrouement persistant consécutifs au traitement radiothérapique. Depuis 1997, l'assuré a fortement

diminué ses activités de loisir; il dit ressentir une sensation d'étouffement et d'irritation de la gorge dès qu'il sent des gaz d'échappement.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont constaté un foetor éthylique à chacun des entretiens, tout en relevant que cela n'empêchait pas l'assuré de répondre de façon cohérente aux questions posées. Ils ont noté une thymie neutre, plutôt dépressive, avec un sentiment d'infériorité marqué, l'absence d'idées suicidaires et de désir de mort même si l'assuré conçoit cette dernière comme un soulagement. Ils ont relevé que malgré l'alcoolisation, la tension, la concentration et la mémoire étaient dans la limite de la norme.

Sur le plan somatique, les experts n'ont relevé qu'une maladie du Dupuytren bilatérale plus importante à droite.

Ils ont finalement posé les diagnostics suivants : dépendance à l'alcool (F 10.25), traits de personnalité immature et borderline (F60.8), traits de personnalité à conduite d'échec (F60.7), épisode dépressif léger (F 32.0), tumeur maligne du larynx, status après traitement et sans récidive et fibromatose de l'aponévrose palmaire (Dupuytren).

Les experts ont précisé que, sur la base de sa trajectoire personnelle et des mauvais traitements sans doute infligés durant l'enfance et l'adolescence, l'assuré avait d'abord développé des traits de personnalité borderline. Sur ce terrain, l'abus de tabac et d'alcool s'est développé dès le début de l'âge adulte, sans qu'il y ait de remise en question par l'assuré de ses consommations et sans aucune entreprise de traitement spécifique. La seule époque où il y a eu ébauche de prise de conscience de son problème d'alcool et de tabac a été la période suivant le diagnostic du cancer du larynx mais, dès sa sortie de convalescence, le patient a repris sa consommation d'alcool qu'il banalise d'autant plus qu'il s'est mis à consommer du vin plutôt que des alcools forts. Progressivement, ses traits de personnalité borderline se sont effacés pour laisser place à des traits de personnalité à conduite d'échec. Dans ce cas, la persistance d'une consommation d'alcool et de tabac déraisonnable est assimilable à une autodestruction et à la recherche d'une mort sociale (par l'impossibilité de trouver une réinsertion socioprofessionnelle en abusant de l'alcool) puis physique en mettant en jeu et en risquant une récidive de cancer ORL à travers ces abus.

Les experts ont noté qu'au plan somatique, il n'y a que très peu de répercussions de la maladie alcoolique puisqu'il n'y a pas de signes évidents de neuropathie et que l'état tant nutritionnel que général est préservé. La possibilité d'une cirrhose hépatique évoquée par le médecin traitant n'a jamais été confirmée histologiquement et cette hypothèse était basée uniquement sur une échographie faite en octobre 2002 durant laquelle l'examinateur avait noté un foie hétérogène et hyper-échogène.

Selon les experts, l'essentiel du problème de l'assuré est une désinsertion sociale et professionnelle consécutive à un licenciement réputé économique mais, du propre aveu de l'expertisé, sans doute lié à ses abus d'alcool persistants.

Quant aux répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, les experts ont indiqué qu'au plan physique, elles étaient surtout subjectives, liées à une sécheresse de bouche et à une irritation de la région pharyngée ; au plan psychique et mental, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de limitation dans le type d'occupation exercée précédemment.

En raison de la gêne irritative de la sphère ORL induite par la présence de gaz d'échappement et de vapeurs de carburant, les experts ont estimé la capacité de travail dans l'activité précédente à 0%.

Selon les experts, en l'absence d'abus d'alcool, on pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce une activité en rapport avec son faible degré d'instruction et évitant les milieux chargés en poussière ou en vapeurs de solvants et carburants, par exemple concierge ou encore gardien, à raison de 4 à 5 heures par jour. Selon eux, une réadaptation professionnelle serait envisageable à la condition que l'assuré se soumette à un traitement spécifique de son abus d'alcool. Ils ont ajouté que si plus aucune autre activité n'était possible, les raisons en étaient l'alcoolisme, la mauvaise gestion sociale de la situation avec pour conséquence une désinsertion sociale et professionnelle profonde.

14. Par courrier du 15 février 2004, les experts ont précisé, à la demande de l'OCAI, que le taux de capacité de travail de 50% retenu tenait compte de l'état global de l'expertisé, lequel pouvait, à leur avis, faire face à une activité simple et adaptée à son état. Selon eux, la consommation d'alcool de l'intéressé ne devrait pas empêcher une activité simple à temps partiel. A cet égard, ils ont fait remarquer que, même lorsque l'assuré s'était présenté aux entretiens après avoir consommé de l'alcool, cette consommation n'avait jamais été excessive au point d'interférer avec la qualité de ces entretiens. Les experts ont ajouté qu'en faisant abstraction de l'alcoolisme et de la désinsertion sociale, le patient pourrait exercer à 100% une activité adaptée, tenant compte de ses capacités physiques modestes et de la non-exposition à des carburants et solvants volatiles. Ils ont évoqué les professions de manutionnaire, magasinier, concierge et chauffeur-livreur.

15. Dans une note du 19 février 2004, la Dresse E_____, du service médical régional AI (SMR), a émis l'opinion que l'expertise bidisciplinaire confirmait la "nature primaire" de l'alcoolisme de l'assuré puisque sans celui-ci et ses conséquences sur l'insertion sociale, ce dernier pourrait travailler à plein temps. Elle a relevé par ailleurs que l'alcoolisme n'entraînait pas de conséquences physiques interférant avec la capacité de travail. Elle s'est étonnée du fait que les experts aient recommandé de tenir compte de la croyance de l'assuré en l'effet délétère des émanations de solvants et carburants sur les séquelles de la radiothérapie en

relevant que l'assuré avait par ailleurs recommencé à fumer. Elle en a tiré la conclusion que cette recommandation n'avait "pas beaucoup de support scientifique". Quoi qu'il en soit, elle a évalué la capacité de travail exigible à 100% dans la manutention légère par exemple.

16. Sur la base de ces renseignements, l'OCAI, par décision sur opposition du 5 avril 2004, a confirmé sa décision de refus de prestations. Invoquant l'expertise bidisciplinaire, l'OCAI a estimé que l'état de santé de l'assuré était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée, évitant l'exposition à des carburants et solvants volatils, à plein temps et avec un rendement complet.

17. Le 4 mai 2004, l'assuré a interjeté recours. En guise de motivation, il a produit un courrier de son médecin- traitant, le Dr D_____. Celui-ci y fait état d'un "contexte bio-psycho-social sévère après neuf années d'inactivité professionnelle". Il a souligné qu'un contrôle ORL mensuel était toujours nécessaire, que l'assuré souffrait d'une quasi aphonie, que l'alcoolisme consécutif à la solitude et à la dépression avait augmenté, que tous ces problèmes entraînant les uns et les autres une fatigabilité rapide, des difficultés de concentration et par conséquent l'impossibilité de travailler. Il a conclu à l'octroi d'une rente entière.

18. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 18 juin 2004, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer que le conteste "bio-psycho-social" invoqué par le médecin de l'assuré ne relève pas de l'assurance-invalidité, que selon l'expertise réalisée, l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé substantielle invalidante, qu'en faisant abstraction de l'alcoolisme et la désinsertion sociale, l'assuré pourrait travailler à plein temps et que la dépendance à des substances toxiques ne constitue pas en soi une invalidité.

19. Par courrier du 4 novembre 2005, le Dr D_____ a dit continuer à penser que la situation bio-psycho-sociale de l'assuré nécessitait une rente d'invalidité de 100%.

20. Sur demande du Tribunal de céans, l'assuré, en date du 15 novembre 2005 a attesté avoir chargé le Dr D_____ de la défense de ses intérêts.

21. Le 29 novembre 2005, le Dr D_____ a confirmé sa position.

22. Les autres éléments pertinents du dossier seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

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 de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 5 avril 2004 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   L'art. 16 LPGA prescrit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

7. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c).

   Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).

8. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

   On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

   A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225;

VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319).

En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme ;RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

9. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) 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, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

10. En l'espèce, ont été posés les diagnostics de dépendance à l'alcool, traits de personnalité immature et borderline, traits de personnalité à conduite d'échec, épisode dépressif léger et maladie de Dupuystren à la main droite.

A la question de savoir si, avant d'être toxicodépendant, l'assuré présentait déjà des anomalies psychiques équivalent à une maladie, il faut répondre par la négative. Certes, les experts ont indiqué que l'alcoolisme s'était sans doute développé alors que l'assuré présentait des traits de personnalité borderline mais ceux-ci ne présentaient vraisemblablement pas une intensité suffisante pour être considérés comme une anomalie psychique équivalent à une maladie.

Quant à l'épisode dépressif léger constaté par les médecins, il semble qu'il soit plutôt la conséquence de l'isolement de l'assuré, de sa solitude et de ses problèmes sociaux. En conséquence, l'alcoolisme n'est pas non plus à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif.

C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a jugé que la dépendance de l'assuré à l'alcool n'avait pas valeur d'invalidité au sens de la loi.

Quant aux autres atteintes invoquées (l'aphonie, la maladie de Dupuytren), elles ont été prises en considération par les experts, dont le rapport peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Les experts n'ont certes reconnu, en l'absence d'abus d'alcool, qu'une capacité résiduelle de travail de 4 à 5 heures par jour à l'assuré. Force est cependant de constater à la lecture de leur rapport que la diminution de la capacité de gain qu'ils reconnaissent à l'assuré n'est pas induite par des problèmes psychiques ou physiques mais principalement par la désinsertion sociale de l'assuré. Ils l'ont d'ailleurs confirmé dans leur courrier du 15 février 2004, reconnaissant que, si l'on ne tient compte ni de l'alcoolisme, ni de cette désinsertion, le patient pourrait travailler à 100% dans une activité adaptée, telle que celle de magasinier, manutentionnaire, concierge ou chauffeur livreur.

Aucune atteinte au foie n'a pas été objectivée. Enfin, l'incapacité de travail totale engendrée par le cancer et le traitement de chimiothérapie n'a duré que le temps de ce dernier, soit jusqu'au mois de septembre 1997. Certes, le Dr A_____ a formellement attesté d'une totale incapacité jusqu'au 30 septembre 1998, mais sans la motiver aucunement. Des explications des médecins des "établissement hospitalier", il ressort que, si le patient n'a pu reprendre le travail après la fin du traitement, c'est principalement en raison d'une certaine fatigue et du fait qu'il devait éviter l'exposition aux poussières. On ne saurait donc admettre que son incapacité totale de travail dans toute activité a persisté après la fin du traitement.

11. 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'invalide 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).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant 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 V 222, 128 V 174 ; cf. aussi ATFA I 440/01 du 22 août 2002 et ATFA I 761/01 du 18 octobre 2002).

Le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé doit être déterminé aussi concrètement que possible, de sorte qu'il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant son invalidité. Il convient dès lors de se baser sur les indications fournies par le dernier employeur (VSI 2000 consid. 3a p. 308). Ce revenu est adapté à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 consid. 2c p. 313).

Quant au revenu que l'assuré pourrait raisonnablement obtenir sans son invalidité, il faut tenir compte tout d'abord de la situation professionnelle concrète de celui-ci. S'il continue à exercer une activité lucrative en dépit de son invalidité et - au surplus - que les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est normal et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est considéré en principe comme revenu déterminant (VSI 2000 p. 318 consid. 3b/aa et réf. citées).

Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS ; ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb; VSI 2002 p. 68 consid. 3b ; VSI 2000 consid. 3b/bb p. 318 ; VSI 2000 consid. 2a p. 84 ; Revue à l'intention des caisses de compensation [RCC] 1991 p. 332/333 consid. 3c; RCC 1989 p. 332 consid. 3b). Le TFA se réfère, depuis 1994, à cette enquête, publiée tous les deux ans. Est déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). A noter encore qu'il y a lieu de tenir compte de l'ensemble des secteurs de la production et des services et de ne pas se limiter aux données statistiques d'un seul secteur économique (ATF 126 V 81 consid. 7a).

12. En l'espèce, l'assuré, valide, aurait réalisé en 1998 un revenu de Fr. 48'360.- par an. C'est ce montant qu'il convient de retenir à titre de revenu de non invalide.

L'Enquête suisse sur la structure des salaires 1998 (ci-après : ESS) fait état d'un salaire mensuel brut (valeur centrale) de 4'359 fr. pour les hommes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé, toutes branches économiques confondues (ESS, tableau A3). Il convient de rectifier ce salaire pour tenir compte du fait que les salaires bruts standards sont calculés par rapport à un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée inférieure à la moyenne hebdomadaire dans les entreprises en 1998 (41,9 heures : La Vie économique 8/2004, p. 94, tableau B 9.2). On obtient ainsi un revenu annuel de Fr. 54'793.-. Même en appliquant une réduction globale de 25 % pour tenir compte de la fatigabilité de l'assuré et du fait que les travaux précis lui sont interdits vu l'atteinte de sa main, on obtient un revenu d'invalide de Fr. 41'095.- conduisant à un taux

d'invalidité de 15 %, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

13. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est 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