RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1626/2002 **ATAS/369/2003**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 16 décembre 2003

6ème Chambre

En la cause

Monsieur S_____
Comparant par Me Jean-Pierre OBERSON
en l'étude duquel il élit domicile recourant

contre

OFFICE CANTONAL
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
Rue de Lyon 97, Genève intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente, Mme Giovanna DESCLOUX et M. Pierre GUERINI, juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 4 avril 1966, d'origine italienne, a travaillé en tant que plâtrier dans l'entreprise X_____ SA jusqu'au 2 juin 1999, date à laquelle il a été en incapacité de travail à 100 % suite à de fortes lombalgies. Son salaire horaire s'élevait à Fr. 29.-, à raison de 8,3 heures par jour, 5 jours par semaine. Son employeur était assuré auprès de la Genevoise Assurance pour la perte de gain.

2. Souffrant de douleurs dorsales depuis plusieurs années, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'un reclassement dans une nouvelle profession en date du 22 avril 1998. Celle-ci a été rejetée par décision du 27 octobre 1998 pour défaut de collaboration, l'assuré n'ayant pas fait parvenir les documents demandés par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), soit une copie de son passeport ou de sa carte d'identité, une copie de la dernière décision de taxation fiscale, son certificat AVS ainsi que les noms et adresses de son médecin traitant.

3. Le 2 juillet 1999, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'un reclassement et de mesures médicales de réadaptation. Il a indiqué souffrir d'hernie discale « théoriquement depuis le 2 juin 1999 ». Son médecin traitant était le Dr. A_____, spécialiste en neurologie et neurochirurgie.

4. Le 26 juillet 1999, ce dernier a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI. Il a diagnostiqué des lombalgies récidivantes par scoliose dorso-lombaire avec hernie discale L5-S1 et discopathies étagées ainsi qu'un nervosisme. L'état de santé de son patient était stationnaire et la capacité de travail pouvait être améliorée par une physiothérapie. Il a indiqué que l'assuré devrait être recyclé dans une profession légère. En annexe à son rapport, il a joint deux certificats médicaux des 18 et 24 juin 1999 établis par les Dr. B_____ et C_____ des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) mentionnant que l'assuré suivait des séances de physiothérapies, vu les douleurs lombaires itératives. Le Dr. C_____ y indiquait encore qu'une reconversion professionnelle lui semblait inévitable pour mettre toutes les chances du côté du patient.

5. Le 23 août 1999, le Dr. D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de la Genevoise Assurance, a rendu un rapport d'expertise dans lequel il a indiqué que l'assuré connaissait des lombalgies chroniques depuis plusieurs années. Selon ce dernier, le contexte social de l'intéressé faisait suspecter un trouble du caractère de type personnalité anti-sociale qui jouerait un rôle dans la globalité du cas, raison pour laquelle une demande à l'assurance-

invalidité lui paraissait adéquate. En ce qui concernait les douleurs lombaires chroniques, les seules mesures efficaces étaient de type rééducatives, posturales notamment, ce qui lui semblait impossible vu le contexte évoqué. Au vu des éléments en sa possession, il estimait que l'arrêt de travail se justifiait, compte tenu également de la profession du patient.

6. Dans un rapport intermédiaire du 29 janvier 2001, le Dr. A_____ a expliqué qu'un changement dans les diagnostics était intervenu sous la forme d'un état dépressif avec poussées d'anxiété et d'agressivité chez son patient qui souffrait toujours de fortes dorsolombalgies et de dégénérescences discales étagées avec ébauche d'hernie discale L5-S1. Le pronostic se révélait peu favorable. L'activité exercée n'était plus exigible, l'assuré ne pouvant plus exécuter d'effort physique. Une autre activité n'était pas non plus exigible, vu l'état algique, déprimé et agressif du patient.

7. Le 27 novembre 2001, le Dr. E_____, psychiatre agissant sur mandat de l'OCAI, a rendu un rapport d'expertise dans lequel il n'a diagnostiqué aucun trouble de la personnalité. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiques.

8. Dans un rapport intermédiaire du 1er janvier 2002, le Dr. A_____ a indiqué qu'il y avait eu aggravation de l'état de santé du patient dès décembre 2000, puis fin janvier 2002, sous la forme de blocages lombaires très douloureux. Il a indiqué que l'assuré ne pouvait pas faire d'effort, ni déplacer des objets, ni en ramasser. De surcroît, il existait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. L'assuré devait éviter les environnements froids, bruyants et à poussières, le travail en hauteur et le lever de poids de plus de 5 ou 10 kilos. Il devait exercer une activité lui permettant d'alterner les positions assise/debout. La motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel était bonne.

9. Le 23 mai 2002, sur mandat de l'OCAI, les Dr. F_____ et G_____ de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds ont rédigé un rapport d'expertise dans lequel ils ont diagnostiqué une personnalité dissociale, des lombalgies chroniques avec discrète irritation S1 gauche, un syndrome anxio-dépressif ainsi qu'une hypertension artérielle. Ils ont relevé qu'il existait une incapacité de travail de 20 % dans son ancienne activité de plâtrier, la capacité de travail résiduelle étant entière dans une activité ne nécessitant pas le port de charges supérieures à 15 kilos. Il n'y avait pas de réadaptation professionnelle à envisager, la capacité de travail pouvant être améliorée moyennant un traitement médicamenteux, une physiothérapie en force et une prise en charge psychologique. Les praticiens ont également relevé que l'assuré présentait depuis quelques mois un syndrome dépressif important.

10. Le 5 août 2002, l'OCAI a rendu un projet de décision refusant toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif que la capacité résiduelle de travail de l'intéressé s'élevait à 80 % dans son ancienne profession et à 100 % dans toute autre activité adaptée.

11. Le 27 août 2002, il a rendu une décision en tout point conforme au projet.

12. Le 19 septembre 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en alléguant que le droit à la rente d'assurance-invalidité prenait naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré avait présenté une incapacité de travailler de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable.

13. L'assuré a encore fait parvenir une motivation complémentaire en date du 22 octobre 2002, par laquelle il expliquait que son médecin traitant, le Dr. A_____, avait pu constater qu'il souffrait de lombalgies chroniques depuis environ trois ans, ce qui le rendait incapable d'effectuer des efforts et d'exercer une activité où il devait porter des poids, par exemple en tant que plâtrier. Le Dr. D_____ avait confirmé la nécessité des arrêts de travail. Il concluait à l'octroi d'une rente.

14. Dans son préavis du 6 janvier 2003, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il a expliqué s'être fondé sur les conclusions des expertises des Dr. F_____ et E_____ pour retenir un taux d'invalidité de 20 % dans l'activité habituelle et de 0 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'octroi de mesures professionnelles ne se justifiait pas, le taux d'invalidité de 20 % dans l'activité habituelle pouvant encore être diminué par un traitement adéquat.

15. Par réplique du 7 février 2003, l'assuré a persisté dans les termes de son recours. Outre divers certificats médicaux, il a produit un jugement du 29 novembre 2001 du Tribunal de Première Instance de la république de Genève condamnant la Genevoise Assurances au versement d'indemnités journalières pour une durée de 720 jours, vu son incapacité de travail à 100 % . Il a encore souligné que le Dr. C_____ avait estimé que la reconversion professionnelle de l'assuré était inévitable.

16. Dans sa duplique du 20 février 2003, l'OCAI a maintenu intégralement sa position.

17. Par courrier du 3 mars 2003, l'assuré a également persisté dans les termes de son recours, en précisant que sa situation était très pesante, tant de par les douleurs ressenties que par l'incompréhension issue de son milieu familial. Il expliquait être pris dans un cycle de douleur, ce qui générait l'anxiété et la dépression, ces dernières intensifiant les douleurs.

18. Pour le surplus, les faits pertinents ainsi que les autres allégués des parties seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (RAI ; RS 831.201).

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ ; E 2 05) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'article 3 alinéa 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 LAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10).

4. Le présent litige porte sur la capacité de travail de l'assuré et, conséquemment, sur la fixation de son taux d'invalidité. Il sera en outre examiné si ce dernier peut être mis au bénéfice de mesures de réadaptation.

5. **De la capacité de travail de l'assuré**

Supprimé : 4. Le présent litige porte sur la question du

L'article 4 alinéa 1 LAI dispose que 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. Selon l'article 4 alinéa 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

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).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; Pratique VSI 2000, p. 154).

En l'espèce, c'est à juste titre que l'OCAI s'est référé aux expertises médicales du 27 novembre 2001 et du 23 mai 2002 pour retenir une capacité résiduelle de travail de 80 % dans sa précédente activité. Les expertises ont en effet pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée et ne sauraient être remises en cause par l'avis contraire du médecin traitant en ce qui concerne la capacité de travail résiduelle du recourant.

6. Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure le recourant subit une diminution de sa capacité de gain. L'article 28 alinéa 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est échelonnée comme il suit, selon le degré de l'invalidité :

Degré de l'invalidité	Droit à la rente en fractions d'une rente entière
40 pour cent au moins	un quart
50 pour cent au moins	une demie
66 2/3 pour cent au moins	rente entière

L'article 28 alinéa 2 LAI dispose que, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide.

La méthode de comparaison des revenus consiste à déterminer le taux d'invalidité en comparant deux revenus hypothétiques soit :

- Le revenu hypothétique d'une personne non invalide, c'est-à-dire le revenu qu'une personne handicapée pourrait vraisemblablement réaliser si elle n'était pas devenue invalide.

et

- Le revenu hypothétique d'invalide c'est-à-dire celui qu'une personne handicapée pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant une activité raisonnablement exigible CIIAI 3013.

Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus au sens de l'article 28 alinéa 2 LAI, les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications significatives des données hypothétiques déterminantes survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174; ATFA non publié du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01, ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01).

En ce qui concerne une éventuelle mesure de reclassement, la survenance de l'invalidité se situe au plutôt au moment auquel l'atteinte à la santé est devenue suffisamment importante pour que l'on doive s'attendre à ce que, dans un avenir proche, l'activité exercée ne puisse plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 113 V 263consid. 1b et les références). Est réputé invalide au sens de l'article 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté parce que l'atteinte à la santé est, par sa nature et sa gravité, telle que l'exercice total ou partiel de l'activité antérieure ne peut être exigée. Le degré d'invalidité doit atteindre un certain niveau, ce qui est le cas, selon la jurisprudence, lorsque la personne subit une perte de gain permanente ou durable liée à l'invalidité de 20 % environ sans formation professionnelle supplémentaire (VSI 1997 p. 80 consid. 1b ; RCC 1984 p. 95 ; VSI 2000 p. 27)

En l'espèce, compte tenu de la situation claire du recourant, l'OCAI a correctement fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 20 % dans la mesure où sa capacité résiduelle de travail s'élevait à 80 % dans sa précédente activité. Il n'a pas procédé à la comparaison des revenus dans une activité raisonnablement

exigible partant du principe que le recourant pouvait retravailler dans son précédent emploi. Or, il apparaissait utile en l'état de procéder à une telle comparaison dans la mesure où le taux d'invalidité du recourant lui permet de bénéficier de mesures de réadaptation, notamment du reclassement. Si, en comparant le revenu que le recourant pourrait obtenir dans une activité légère, simple et répétitive, avec le revenu sans invalidité, il apparaissait que le recourant subissait toujours une diminution de sa capacité de gain de 20 %, l'OCAI devrait alors examiner son droit aux mesures de réadaptation, ce qu'il n'a pas fait.

Il convient dès lors de procéder à une comparaison des revenus avant et après l'invalidité afin de déterminer le taux d'invalidité du recourant.

Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenus jusqu'au moment du prononcé de la décision (RCC 1991 p. 332).

Il est sans importance, pour l'évaluation du revenu de l'invalide, de savoir si une personne handicapée exerce effectivement l'activité que l'on peut raisonnablement attendre d'elle. Elle ne peut donc, par exemple, pas prétendre à une rente si elle n'utilise pas pleinement sa capacité de travail, obéissant à des considérations purement personnelles, alors qu'en exerçant une activité, elle pourrait réaliser un revenu excluant l'octroi d'une rente (RCC 1982 p. 471 ; RCC 1980 p. 581).

Pour chiffrer le revenu d'invalide, on peut se référer, selon la jurisprudence, à ce que l'on appelle des tableaux de salaires. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; Pratique VSI 2000 p. 85).

Pour les barèmes, on tiendra néanmoins compte du fait que certains empêchements propres à la personne de l'invalide exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, 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. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes

pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 75 ; ATFA non publié du 10 juillet 2003 en la cause I 148/03).

En ce qui concerne les tabelles, la référence aux salaires minimaux fixée par l'Union Industrielle Genevoise (UIG) et la Fédération Suisse des Travailleurs de la Métallurgie et de l'Horlogerie (FTMH) n'est pas pertinente, car elle ne tient pas suffisamment compte, notamment, du fait que les occupations compatibles avec le handicap ne sont pas limitées à un domaine particulier, les activités proposées par le COPAI englobant des postes aussi variés que ceux de monteur à l'établi, de contrôleur dans le domaine de la mécanique, de servant de machine et d'auxiliaire du cuir. A cet égard, les statistiques de l'Office fédéral de la statistique, qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe, constituent une source d'information plus fiable. On se réfèrera alors à la statistique des salaires bruts standardisés en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 125 V 32 ; pratique VSI 1999 p. 182).

En l'espèce, le dernier salaire annuel de l'assuré s'élevait à Fr. 62'389 -. en 1999. Réactualisé pour l'année 2002, ce montant est de Fr. 65'721.-.

En ce qui concerne le revenu d'invalide, le salaire annuel auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2000 est de Fr. 4'437.- par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 2000 p. 31, TA1, niveau de qualification 4). Il doit ensuite être porté à Fr. 4'636.- (soit 4'437 : 40 x 41,8), soit Fr. 55'632.- par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2000 était de 41,8 heures (La Vie économique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2). Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires de + 2.5 % en 2001 et de + 1.8 % en 2002 (La Vie économique, 7/2003, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de Fr. 59'049.-. L'ensemble des circonstances du cas d'espèce justifient que l'on procède à un abattement du revenu d'invalide (ATF 126 V 78 consid. 5), une déduction de 10 % paraissant adéquate en l'occurrence. Ainsi calculé, le revenu d'invalide est de Fr. 53'144.- et la comparaison avec le revenu sans invalidité de Fr. 65'721.- conduit à un taux d'invalidité de 19,13 %.

Il sied ainsi de constater que le recourant subirait une diminution de sa capacité de gain de 19,13 % en exerçant une activité légère, simple et répétitive à

100 %, et ce durant plus de 28 ans, dès lors qu'il a actuellement 37 ans. En exerçant sa précédente profession, la diminution serait de 20 %. Compte tenu de cette situation, il y a lieu d'examiner si le recourant peut bénéficier de mesures de réadaptation.

7. **Du droit au reclassement**

Il convient dès lors d'examiner l'éventuel droit au reclassement de la recourante. Aux termes de l'article 8 alinéa 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'article 8 alinéa 3 LAI précise que les mesures de réadaptation comprennent :

a. Des mesures médicales ;

b. Des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) ;

c. Des mesures pour la formation scolaire spéciale et en faveur des assurés impotents âgés de moins de 20 ans révolus ;

d. L'octroi de moyens auxiliaires ;

e. L'octroi d'indemnités journalières.

Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence, il faut entendre par reclassement, en principe, la somme des mesures de réadaptation d'ordre professionnel qui sont nécessaires et de nature à procurer à la personne assurée qui avait déjà exercé une activité lucrative avant la survenance de l'invalidité une possibilité de gain approximativement équivalente à celle d'auparavant. La notion d' « équivalence approximative » se rapporte en premier lieu non pas au niveau de formation en tant que tel, mais aux possibilités de gain à prévoir après la réadaptation (ATF 122 V 79). En règle générale, la personne assurée n'a droit qu'aux mesures nécessaires appropriées au but de sa réadaptation, mais non aux meilleures mesures possibles dans les circonstances de son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire, mais également suffisante dans le cas d'espèce (ATF 121 V 260 ; Pratique VSI 2000 p. 27).

En l'espèce, force est de constater que le recourant a droit au reclassement. Non seulement il subit une diminution de sa capacité de gain de 20 % en exerçant sa précédente activité, mais encore subirait-il une diminution de 19,13 % s'il devait exercer une activité adaptée, légère, simple et répétitive. Ce taux d'invalidité est suffisant, vu les circonstances, pour ouvrir le droit aux mesures de réadaptation.

Pour tous ces motifs, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'Office intimé afin qu'il examine les possibilités de reclassement du recourant.

* * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. L'admet ;

3. Annule la décision de l'OCAI du 27 août 2002 ;

4. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il ordonne des mesures de reclassement adéquates ;

5. Alloue au recourant la somme de Fr. 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire ;

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 qu'elle 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 :
Nancy BISIN	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

Le présent arrêt est notifié aux parties et à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe