



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1769/2002

ATAS/794/2004

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

du mardi 12 octobre 2004

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur F _____, comparant par Me Marc LIRONI en
l'Etude duquel il élit domicile

recourant

Contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE
97, rue de Lyon à Genève,

intimé

**Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente, Mmes Doris WANGELER et Juliana
BALDE, juges.**

EN FAIT

1. Monsieur F _____, ressortissant portugais né en 1953, est arrivé en Suisse en 1986 pour exercer le métier de ferrailleur dans le bâtiment. Il a été engagé par l'entreprise X _____.
2. Dès juin 1996, l'assuré a été en incapacité totale de travailler en raison d'un malaise, de douleurs à l'épaule et au dos, ainsi que de faiblesses des jambes.
3. Le 4 juillet 1997, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à un reclassement dans une nouvelle profession ou une rente.
4. Selon un rapport médical de l'Institut de radiologie de Cornavin rédigé par le Dr A _____ le 18 avril 1997, le patient souffre d'une sclérose atrophie du trochiter sans évidence de calcification de l'épaule gauche sans lésion évidente de la coiffe des rotateurs, de discopathies L3-L4 et L4-L5 prédominant en L4-L5, de spondylose dorsale basse et lombaire pluri-étagée, ainsi que de scoliose dorso-lombaire modérée.
5. Ce diagnostic confirmait celui posé par le Dr B _____ de l'Institut de radiologie de la Clinique Y _____ le 30 octobre 1996.
6. Dans son rapport médical à l'attention de l'OCAI du 9 août 1997, le Dr C _____, médecin-traitant de l'assuré, a diagnostiqué des lombalgies chroniques ainsi qu'une PSH de l'épaule gauche, empêchant totalement le patient de travailler.
7. Le Dr C _____ a indiqué à l'OCAI, dans un nouveau rapport intermédiaire du 20 septembre 1999, que les lombalgies s'étaient aggravées durant toute l'année 1999 et qu'elles étaient désormais quasi permanentes. Le patient souffrait également de sciatalgies fréquentes.
8. Le psychiatre consulté par l'assuré, le Dr D _____, a confirmé, dans un rapport médical à l'attention de l'OCAI du 16 novembre 1999, l'existence de lombalgies et d'une PSH gauche en y ajoutant un épisode dépressif moyen.

Le Dr D _____ mentionnait que certains troubles de la concentration empêchaient une formation professionnelle.
9. Le 23 mai 2000, le Dr C _____ a confirmé la teneur de son rapport du mois de septembre 1999, indiquant qu'il ne pensait pas que ce patient puisse reprendre une activité professionnelle, même dans une activité légère.

10. En juillet 2001, l'OCAI a décidé de prendre en charge un stage d'observation professionnelle au Centre d'intégration professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après : CIP), lequel s'est déroulé du 27 août au 25 novembre 2001.

Le 20 décembre 2001, le CIP a rendu son rapport, duquel il ressortait qu'il était possible de réinsérer l'assuré dans le circuit économique normal, avec une capacité de travail complète.

Cette évaluation était théorique, dans la mesure où l'assuré avait manqué d'engagement ; les relativement faibles rendements qu'il avait produits étaient dus à une attitude grandement démonstrative, à un manque de motivation et à des refus.

Il était également souligné que ces faibles rendements n'étaient pas dus aux atteintes à la santé, bien que l'intéressé assurait souffrir d'atteintes non décrites dans les rapports transmis à l'OCAI

11. L'assuré n'ayant amené aucune pièce médicale complémentaire, l'OCAI lui a notifié deux projets de décision les 4 et 5 mars 2002, basés sur le stage d'observation au CIP et fixant le degré d'invalidité à 28,7%.
12. Dans un rapport médical intermédiaire à l'attention de l'OCAI, le Dr C_____ a indiqué que l'état de son patient s'était aggravé et que son diagnostic s'était modifié.

Son patient souffrait d'un syndrome vertigineux récidivant probablement en rapport avec état dégénératif cervical avancé, plus important depuis juin 2001, cette situation ayant occasionné des interruptions à plusieurs reprises du stage d'observation au CIP et la symptomatologie persistait et devenait très handicapante.

Le patient n'était capable d'exercer aucune activité, de sorte que sa capacité de travail était totalement nulle.

A ce rapport était joint un certificat médical du 19 juillet 2001 du Dr E_____, oto-rhino laryngologue, ainsi qu'un rapport du Dr G_____, radiologue, que l'assuré avait consulté à la demande du premier nommé qui suspectait une malformation de la charnière occipito-vertébrale. Les radios effectuées confirmaient la scoliose et l'arthrose, mais excluaient une malformation de la charnière.

13. Dans une note du 8 juillet 2002, le Dr H_____, médecin-conseil de l'OCAI, a relevé que le problème des vertiges n'était pas nouveau, puisqu'il existait déjà

en juillet 2001, soit avant le stage d'observation au CIP, de sorte qu'il fallait davantage tenir compte de l'expertise professionnelle que de l'avis des médecins traitants.

14. Les 16 et 17 août 2002, l'OCAI a notifié deux décisions à l'assuré concernant respectivement son droit à la rente et son droit à des mesures d'ordre professionnel. Les deux décisions étaient négatives.
15. Par acte du 25 septembre 2002, l'assuré a interjeté recours contre ces décisions, concluant préalablement à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité.
16. Le 12 novembre 2002, le recourant a fait parvenir à l'OCAI une pièce nouvelle, soit un courrier de la Dresse I _____, psychiatre-psychothérapeute, laquelle le prenait en charge depuis le mois de juillet 2002.

Le diagnostic de ce médecin était un état dépressif d'intensité moyenne à sévère, ainsi que de nombreuses plaintes de nature somatique. Le traitement était constitué d'une thérapie médicamenteuse et d'un suivi psychothérapeutique.

17. Par préavis du 3 décembre 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation des décisions attaquées, tout en rappelant la teneur de l'expertise du recourant effectuée par le CIP.
18. Le 28 février 2003, le recourant a persisté dans les termes et conclusions de son recours, produisant un rapport établi par le Département de Médecine Interne de l'Hôpital cantonal de Genève, duquel il ressortait qu'il souffrait de rachialgies chroniques mécaniques, de vertiges mal systématisés et d'un état dépressif.

Il ressortait de l'examen que les rachialgies chroniques s'étaient peu modifiées depuis la dernière consultation, les troubles dégénératifs étant qualifiés de modéré, alors qu'il n'existait pas de syndrome inflammatoire.

Il était préconisé un traitement antalgique simple, associé au maintien d'une activité physique. La symptomatologie des vertiges semblait prédominante.

19. Par courrier du 10 mars 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, de sorte que la cause a été gardée à juger.
20. Le Tribunal de céans a, par arrêt du 16 décembre 2003, rejeté le recours.
21. Le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA) ; suite à l'annulation de l'élection des seize juges assesseurs du Tribunal cantonal

des assurances sociales du canton de Genève par le Tribunal fédéral, le 27 janvier 2004, le TFA, par arrêt du 5 avril 2004, a annulé le jugement rendu par le Tribunal de céans et renvoyé la cause afin qu'il statue dans une composition conforme à la loi.

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.

Statuant sur un recours de droit public, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (arrêt 1P. 183/2004).

C'est dans la composition prévue par l'art. 162 LOJ que le Tribunal de céans statue dans la présente cause.

2. Conformément à l'art. 3 al. 3 de la loi genevoise modifiant la loi sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 14 novembre 2002, entrée en vigueur le 1^{er} août 2003, la présente cause, introduite le 27 septembre 2002 devant la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI, a été transmise d'office au Tribunal de céans (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté dans les délais et forme légaux, le recours est recevable (art. 69 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI; RS 831.20) et 84 de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (ci-après LAVS; RS 831.10) en vigueur au 31.12.02.
4. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après LAI) et du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

5. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1^{er} LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins.

La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3% au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50% au moins et d'un quart pour une invalidité de 40% au moins.

Selon l'alinéa 2 du même article, 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.

Enfin, l'art. 27^{bis} al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (ci-après aRAI) dispose que s'il y a lieu d'admettre que les assurés, s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité sera évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

6. Le présent litige porte sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation et/ou à une rente d'invalidité, en fonction de son taux d'invalidité.

Le recourant soutient avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, se basant principalement sur les rapports de ses médecins traitants et réclame préalablement la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire dans un centre médical d'observation de l'assurance-invalidité.

7. Il n'y a pas lieu de donner suite à cette conclusion préalable du recourant.

En effet, il ressort du dossier que celui-ci a fait l'objet de diverses investigations médicales, qui ont porté sur ses troubles tant psychiques que somatiques.

Ainsi, le recourant lui-même a produit de nombreux rapports médicaux émanant des divers spécialistes qu'il a consultés, soit un médecin-généraliste, deux psychiatres, un radiologue, un oto-rhino laryngologue et deux rhumatologues.

Les rapports de tous ces médecins s'expriment clairement sur l'état de santé de l'assuré et font comprendre que sa capacité de travail est nulle dans son ancienne profession de ferrailleur, ce qui n'est ni contesté, ni contestable et que l'OCAI a du reste pleinement reconnu.

Il n'y a dès lors pas de raison de s'écarter de ces appréciations médicales qui ont été produites par l'intéressé.

Les problèmes de dos de l'assuré ne ressortent pas comme étant invalidants dans toutes les professions, ce qui est du reste corroboré par le dernier certificat produit par le recourant (Drs J _____ et K _____ du 12 février 2003), lequel met en évidence que les troubles sont modérés et qu'il n'existe pas de syndrome inflammatoire, tout en recommandant un traitement antalgique simple, associé au maintien d'une activité physique.

A noter ici que le recourant lui-même a affirmé lors de son entretien avec le technicien en réadaptation professionnelle qu'il était encore capable de faire quelque chose dans un travail léger s'il pouvait alterner les positions et que certains spécialistes ont affirmé en février 2003 que son état de santé ne s'était pas notablement aggravé depuis cette période (Drs J _____ et K _____).

Dans ces circonstances, la situation médicale du recourant ayant fait l'objet d'investigations suffisantes, tant du point de vue physique que psychique, la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire ne se justifie pas.

8. Sur cette base, c'est à juste titre que l'OCAI a décidé de faire subir à l'assuré une observation professionnelle, afin d'évaluer sa capacité de travail résiduelle dans une profession adaptée.

L'office intimé a considéré, au vu des pièces médicales et des observations professionnelles mettant en évidence une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée après une phase de réentraînement progressive, que le recourant ne présentait pas un taux d'invalidité lui ouvrant droit à la rente.

Les responsables de la réadaptation ont considéré de manière unanime que si le recourant ne pouvait plus exercer des travaux de force, il n'en possédait pas moins une pleine capacité de travail dans un emploi simple et pratique à plein temps avec des rendements normaux après une période de réentraînement à l'effort dans les ateliers de préparation aux activités industrielles légères (ci-après : APAIL).

Les domaines d'activité possibles étaient le montage sériel simple à l'établi et le conditionnement léger, tout en limitant le port de charges et en ménageant l'articulation de l'épaule gauche.

L'assuré ne pouvait être formé que par des démonstrations simples et pratiques en entreprises en raison de son intégration linguistique quasi inexistante. Il restait toutefois limité par son manque de motivation et l'absence de formation scolaire.

Lors du stage en atelier, l'assuré a produit des rendements compris entre 30 et 58% et a été présent tous les jours, malgré une opposition totale au stage et un engagement extrêmement faible. A l'issue de ce stage, les conclusions auxquelles étaient parvenus les maîtres en réadaptation après l'observation ont été confirmées, à savoir que l'assuré était capable de travailler dans un emploi simple et pratique à plein temps avec des rendements normaux.

Malgré le manque de collaboration évident de l'assuré, plus particulièrement lors du stage APAIL, faites au terme de trois mois d'observations dont six en atelier, ces conclusions sont convaincantes et doivent être suivies.

Dès lors, on retiendra sur la base de ce stage d'observation professionnelle OSER au CIP de Genève que le recourant est capable d'exercer une activité à 100% dans le montage sériel simple ou le conditionnement avec un rendement normal.

9. Il convient donc maintenant de déterminer le taux d'invalidité en recourant à la méthode générale de comparaison des revenus pour être utilisée, s'agissant d'un assuré ayant dû interrompre ou cesser son activité lucrative pour cause de maladie ou d'accident et qui, sans handicap, continuerait à exercer une activité lucrative (Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité - CIIAI, n° 3009).
 - a. Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. RCC 1991 p. 332 sv. consid. 3). Dans ce

cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé 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, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé 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'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25 %. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75).

En l'occurrence, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2002, à savoir 4'800.- fr. par mois (L'enquête suisse sur la structure des salaires 2002, tableau TA1; niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir que bon nombre d'entre elles sont légères et ne requièrent pas de port de charges, et sont donc adaptées à l'état de santé du recourant. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,8 heures; La Vie économique, 3/2001, p. 100, tableau B 9.2), ce montant doit être portée à 5'016.- fr. ($4'800 \times 41,8 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 60'192.-.

La déduction à apporter à ce montant peut être fixé en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans des cas similaires. Ainsi, dans le cas d'une personne sans formation professionnelle, n'ayant pas exercé d'activité depuis plusieurs années et souffrant de diverses atteintes à la santé (important déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire, troubles du comportement, personnalité borderline, troubles du dos et de la hanche), un abattement de 10% a été retenu (ATFA non publié du 8 juillet 2003 I 9/03).

Dans un autre cas, notre Haute Cour a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Par ailleurs, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'un cinquantaine d'années subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003 I 225/03)

Enfin, dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvre cette catégorie, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées au handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doit éviter les positions statiques prolongées.

En conclusion sur ce point, à la lecture de la jurisprudence précitée, on peut tenir compte dans le cas d'espèce d'un abattement de 15 % au maximum dû à l'âge et à la limitation de l'épaule gauche, de sorte qu'il en résulte un revenu d'invalidé de 51'163.- fr. (60'192 - [15 % de 60'192]).

- b. S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du dossier qu'au moment où le recourant a stoppé son activité professionnelle, il était employé chez X_____ en tant que ferrailleur pour la pose des fers à béton et effectuait également 3 heures de nettoyage par jour chez Star Service.

Selon les renseignements obtenus par l'OCAI, le salaire du recourant chez X_____ serait de 25 fr. 05 par heure en 2002, pour une activité de 179,6 heures par mois (soit 8,3 heures par jour) payé 13 fois l'an.

Ainsi, l'activité de ferrailleur rapporterait à l'assuré un montant annuel de 58'487.- fr.

En ce qui concerne le revenu de nettoyeur auxiliaire, l'entreprise E. Z_____, qui a repris les employés de Star Service, a informé l'OCAI que le salaire en 2002 aurait été de 16 fr. 35 de l'heure, majoré de 8,33% pour les vacances (soit 17 fr. 70 par heure).

Ainsi, si l'on prend en compte l'hypothèse d'une activité exercée toute l'année sans aucune absence, durant 5 jours par semaine à raison de 3 heures par jour, le

revenu obtenu pour cette activité se monte à 13'806.- fr. par année (3 x 5 x 52 x 17.7).

Le revenu sans invalidité de l'assuré s'élèverait donc à 72'293.- fr. en 2002.

Si on compare ce montant avec le revenu sans invalidité ([72'293 – 51'163] : 72'293 x 100), on obtient un degré d'invalidité de 29,2 %, de sorte que l'assuré n'a pas droit à une rente.

10. Selon l'art. 8 al. 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. Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures médicales et des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement) (art. 8 al. 3 let. a et b LAI).

L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession conformément à l'art. 17 al. 1 LAI si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. A ce titre ne peuvent en revanche être prises en charge ni les mesures médicales qui ne remplissent pas les conditions de l'art. 12 LAI (VSI 2000 229; RCC 1983 480), ni les mesures de réhabilitation socio-professionnelles visant l'accoutumance au travail, l'intensification de la motivation ainsi que la stabilisation de la personnalité, et qui ont pour objectif principal d'acquérir l'aptitude à la réadaptation (RCC 1992 386)

L'instruction du dossier et plus particulièrement le stage d'observation professionnelle réalisé au CIP de Genève - auquel il convient de se référer sur cette question - a mis en évidence l'inutilité de telles mesures, au vu du comportement de l'assuré.

En effet, il ressort des rapports rendus à l'issue de ces stages que le recourant ne souhaite pas faire d'efforts pour reprendre une activité professionnelle, bien qu'il ait démontré durant plusieurs semaines en avoir les capacités. Il ne souhaite pas mettre sur pied de projet professionnel et a tout fait pour empêcher le bon déroulement de ce stage. Il est même souligné que l'assuré a eu un comportement peu respectueux envers ses collègues et a ouvertement cherché le conflit, notamment en opposant des refus et faisant mine de ne rien comprendre.

Par ailleurs, comme l'a démontré le stage au CIP, les professions qui peuvent encore être exercées par le recourant ne nécessitent aucune de formation particulière, ne consistant qu'en des activités simples, pratiques et répétitives.

L'assuré pourrait être formé directement en entreprise par une simple mise au courant.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a refusé au recourant le droit à des mesures de réadaptation, de sorte que l'examen du droit à une rente ordinaire peut être effectué.

11. En conséquence, au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI n'a pas procédé à des investigations complémentaires et refusé la demande de rente et de mesures d'ordre professionnel du recourant, de sorte que le recours sera rejeté.
12. La procédure est gratuite, en ce sens qu'il n'est pas perçu d'émolument.

* * *

**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 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).

Le greffier :

Pierre RIES

La Présidente :

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Marius HAEMMIG

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