RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2089/2005** **ATAS/320/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 3

## du 30 mars 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur J_____ | 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 Maya CRAMER, Juges**

## EN FAIT

1. Monsieur J_____, né le 13 août 1966, a travaillé en tant que poseur de cloisons légères et faux plafonds pour l'entreprise X_____SA du 8 juin 1999 jusqu'au 7 mars 2003.

2. L'assuré a commencé à souffrir de lombalgies en 2001, après avoir chuté d'une échelle.

3. Le 9 mars 2003, il a été victime d'une lourde chute alors qu'il jouait au football. Cet accident a été signalé par l'employeur de l'assuré à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA).

4. Dans un rapport du 12 août 2003, le Dr A_____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que la symptomatologie sciatalgique était en voie de résolution, mais que persistaient des troubles douloureux lombaires. Il a préconisé que la reprise du travail soit envisagée, en fonction de l'amélioration prévisible, le plus rapidement possible.

5. Par courrier du 26 novembre 2003, la SUVA a informé l'assuré que son médecin conseil estimait que les suites de son accident du 9 mars 2003 n'entraînaient plus d'incapacité concernant une activité du soir en qualité d'auxiliaire de bureau.

6. Le 9 janvier 2004, l'assuré a glissé dans ses escaliers et s'est fracturé le poignet gauche. Cet accident a également été annoncé à la SUVA.

7. Le 27 mai 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI) en invoquant des lombalgies chroniques non déficitaires. L'assuré a indiqué que les douleurs étaient moins fortes qu'auparavant mais toujours présentes, surtout lorsqu'il portait de lourdes charges ou dans certaines positions.

8. Il ressort du questionnaire à l'employeur rempli par ce dernier que l'assuré gagnait 26 fr. 60 de l'heure, à raison de 8,3 heures par jour, 5 jours par semaine. Son gain annuel s'est élevé en 2002 à 52'161 fr. 70.

9. Le Dr B_____, généraliste, a indiqué dans un rapport médical daté du 10 juin 2004 que son patient souffrait de lombalgies chroniques post-traumatiques de spondylolisthesis depuis le 9 mars 2003. Il a conclu à une incapacité de travail totale du 9 mars 2003 au 17 octobre 2003 puis de 50% jusqu'au 6 novembre 2003 puis totale à nouveau. Il a qualifié l'état de son patient de stationnaire et a préconisé des mesures professionnelles. Il a indiqué que l'assuré avait tenté une reprise du travail à 50% qui s'était soldée par une aggravation des douleurs en raison du type

de travail effectué et avait entraîné une nouvelle incapacité totale de travail. A son rapport, il a joint divers documents médicaux.

10. Au nombre de ceux-ci figure un rapport daté du 29 mars 2004, dans lequel les Drs C_____ et D_____, du service de rhumatologie de l'hôpital cantonal, ont diagnostiqué des lombalgies communes chroniques post-traumatiques, avec irradiation occasionnelle au membre inférieur droit mais sans signes irritatifs ou déficitaires aux membres inférieurs. Le bilan a mis en évidence un spondylolisthesis de L5 de grade 1 sans signes d'instabilité lors de manœuvres dynamiques. A également été mise en évidence une protrusion discale en L4-L5 sans image de hernie ni effet compressif sur les racines. Dans un premier temps, un traitement médicamenteux associant anti-inflammatoire non stéroïdien, antalgique simple et des séances de physiothérapie ont été proposées à l'assuré. Cependant, l'évolution est restée défavorable avec persistance de douleurs lombaires basses prédominant à gauche d'allure mécanique si bien que le patient a été inscrit au programme "Objectif dos" lequel a été rapidement interrompu en raison d'une exacerbation des douleurs après les séances de musculation. L'intéressé a alors été invité à pratiquer des exercices de physiothérapie quotidiens et à augmenter progressivement son temps de marche jusqu'à trois heures par jour. Ces différentes propositions n'ont pu être appliquées en raison d'une part, de l'augmentation des douleurs et d'autre part, d'un manque de motivation du patient dont la passivité a été soulignée par les médecins. Bien que plusieurs séances de réorientation professionnelle aient alors été programmées à l'hôpital de Beau-Séjour, l'assuré n'est venu qu'une seule fois. Devant cette mise en échec, les médecins ont sollicité l'avis du Dr A_____, de la SUVA, en vue d'un reclassement professionnel sachant que ce patient avait suivi dans son pays d'origine une formation de mécanicien de précision, que la reprise du travail semblait fort improbable au vu de son profil psychosocial, de la durée de son arrêt de travail et de l'absence d'évolution favorable des plaintes.

11. Par ailleurs, en annexe à son rapport médical, le Dr B_____ a indiqué que, si l'activité exercée jusqu'alors par son patient n'était plus exigible, il estimait en revanche qu'il pourrait exercer une autre profession ne sollicitant pas le dos, à temps plein; il faudrait cependant sans doute s'attendre à une diminution de rendement de 20%. Le médecin a indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient : le travail en hauteur et le port de charges supérieures à 20 kilogrammes.

12. La Dresse C_____, du service de rhumatologie de l'hôpital Beau-Séjour, a quant à elle confirmé, dans un rapport du 23 juin 2004, le diagnostic de lombalgies communes chroniques apparues en mars 2003 et préconisé des mesures professionnelles. Elle a expliqué que, suite à un match de football, les lombalgies étaient apparues, irradiant occasionnellement la face postérieure du membre inférieur droit jusqu'au mollet. Elle a noté l'absence de troubles statiques et a émis

un pronostic réservé, soulignant que le patient était "moyennement motivé". Le médecin a exclu la reprise de l'activité exercée jusqu'alors, vu la position de travail, peu adéquate pour une personne souffrant de lombalgies chroniques. La Dresse C_____ a cependant estimé qu'on pouvait exiger du patient qu'il exerce une autre activité, à condition que celle-ci ne soit pas physiquement lourde et permette les changements de position. Dans de telles conditions, il pourrait travailler à plein temps et sans diminution de rendement. Au nombre des limitations fonctionnelles, elle a mentionné : les positions à genou, l'inclinaison du buste, les positions accroupies, les mouvements répétés des membres du dos et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

13. Le 1er novembre 2004, le Dr A_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à l'examen final de l'assuré. Il ressort que suite à l'accident de 2003, au niveau du tendon d'Achille, l'évolution a été favorable et que cette région est asymptomatique. Il persiste cependant des douleurs au niveau lombaire bas mais pas de douleurs sciatalgiques. S'agissant de l'accident de 2004, le médecin a noté que persistaient quelques douleurs au niveau du poignet gauche ainsi qu'un manque de force, des douleurs aux deux épaules, parfaitement symétriques, douleurs de type mécanique localisées en situation antero-externe. Ce médecin a constaté que le tendon d'Achille était guéri, qu'il n'y avait pas de lésion traumatique sur l'axe vertébral et que l'éventuelle sciatique avait complètement disparu. Quant à la fracture du poignet, elle était également complètement guérie si ce n'est une réduction modérée de la mobilité. Ce médecin a estimé que la récupération fonctionnelle au niveau des épaules était également de bonne qualité avec présence alors d'une mobilité normale et que s'il persistait une symptomatologie douloureuse au niveau des épaules aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence. A ce jour, il a indiqué "je n'observe plus de manifestation clinique liée à un accident pouvant expliquer une incapacité de travail".

14. Par décision du 17 novembre 2004, la SUVA a estimé que l'assuré ne présentait plus de séquelles, que les effets délétères de l'accident s'étaient éteints tant pour l'atteinte au pied droit que pour les troubles lombaires évoqués et pour l'atteinte au poignet gauche. Les troubles encore présents et entraînant une incapacité de travail et des soins n'engageaient plus sa responsabilité puisqu'ils n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec les accidents cités plus haut. Dès lors, la SUVA a mis un terme au paiement de ses prestations.

15. Le 2 décembre 2004, le Dr E_____, du service médical régional AI (SMR) a indiqué que les examens radiologiques et cliniques n'avaient pas permis d'expliquer la persistance des lombalgies. Le médecin a admis l'existence d'une protrusion discale L4-L5 mais sans image de hernie ni effet compressif du rachis. Il a également noté un spondylolisthesis grade 1 mais sans signe d'instabilité lors de manœuvres dynamiques. Tout les traitements proposés n'ont pas eu l'effet escompté et ont été rapidement arrêtés. Les mesures pratiques de reconditionnement ont

également été abandonnées, faute de motivation. Le médecin a indiqué que, le 1er novembre 2004, l'assuré avait été examiné par le médecin conseil de la SUVA lequel avait conclu que l'accident n'avait laissé aucune séquelle. Le Dr E_____ a estimé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable et que la reprise du travail était possible dans une activité de manœuvre.

16. Par décision du 28 janvier 2005, l'OCAI a rejeté la demande de mesures d'ordre professionnel déposée par l'assuré, au motif qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail durable.

17. Par courrier du 21 février 2005, l'assuré a formé opposition à la décision de l'OCAI.

18. Par décision sur opposition du 13 mai 2005, l'OCAI a maintenu sa décision initiale, considérant que l'assuré avait récupéré intégralement sa capacité de gain dans sa profession habituelle.

19. Par courrier du 7 juin 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il fait valoir que, contrairement à ce qui a été retenu dans la décision litigieuse, son incapacité de travail a été totale du 9 mars 2003 au 21 janvier 2005 et non pas seulement du 10 mars au 25 avril 2003. Il souligne qu'en octobre 2003, il a tenté de reprendre son travail durant un jour chez son employeur, en vain. Le 21 janvier 2005, il a également essayé de reprendre à 50% mais son employeur, son médecin et lui-même sont arrivés à la conclusion que son état de santé le mettait dans l'incapacité de continuer à exercer l'activité qui avait été la sienne pendant cinq ans car elle était très physique. Il se réfère au certificat médical que son médecin traitant, le Dr B_____, lui a établi et qui indique que son incapacité de travail est totale depuis le mois de mai 2005. Dès lors, il conclut que sa demande de mesures professionnelles est toujours justifiée et produit un rapport de son médecin et des certificats médicaux portant sur la période du 10 mars 2003 à ce jour.

    - Dans un certificat médical daté du 10 mars 2003, le Dr F_____ - du centre médicochirurgical des Acacias - a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 10 mars 2003.

    - Dans un certificat daté du 12 septembre 2003, les HUG ont attesté d'une incapacité totale de travail à compter de ce jour-là.

    - Un certificat daté du 6 octobre 2003 du Dr B_____ atteste d'une incapacité de travail du 9 mars au 26 novembre 2003.

    - Dans un certificat daté du 24 octobre 2003, le Dr D_____ a conclu à une incapacité partielle de travail (50 % ) dès le 27 octobre 2003.

    - Dans un certificat médical daté du 6 novembre 2003, le Dr D_____ a attesté d'une incapacité de travail du 6 novembre 2003 au 19 décembre 2003.

- Dans un certificat médical daté du 10 juin 2005, le Dr B_____ a certifié suivre le patient depuis le 2 avril 2004 pour une affection qui ne lui permet pas de continuer son travail de poseur de plafonds. Il fait état d'une incapacité totale de travailler depuis le 9 mars 2003 avec un essai de reprise à 50% le 21 janvier 2005 et d'un nouvel arrêt de travail complet depuis le 9 mai 2005.

20. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 9 août 2005, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que, contrairement à ce que prétend le recourant, son incapacité de travail a été évaluée de manière circonstanciée par le SMR sur la base notamment des constatations du médecin conseil de la SUVA qui n'a retenu aucune séquelle des accidents.

21. Le recourant n'a pas souhaité répliquer.

## 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.

   a) 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

   b) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 28 janvier 2005, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), tout comme la demande de prestations. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

c) En ce qui concerne en revanche 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

d) Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que le recourant n'était pas invalide au sens de la loi et lui a refusé l'octroi de mesures professionnelles.

3. a) L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI combiné avec l'art. 8 LPGA dans leur teneur valable depuis le 1er janvier 2003 ; voir aussi art. 4 LAI dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de la loi, l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 première phrase LAI dont la teneur n'a été modifiée ni par l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ni par l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, le 1er janvier 2004). Le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI et 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI et 6 LPGA).

b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente

entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publié I 179/05, du 1er décembre 2005, consid. 1.2; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

4. 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 294, consid. 5a). Ainsi, 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, le cas échéant, 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

5. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. a) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, les divers certificats médicaux produits par le recourant attestent effectivement de différentes périodes d'incapacité de travail. Ces certificats ne sont cependant pas motivés et pas toujours complets. Il ressort en revanche du rapport médical établi en bonne et due forme par le Dr B_____, médecin traitant de l'assuré, que ce dernier a été en incapacité de travail totale du 9 mars au 17 octobre 2003, puis à 50% jusqu'au 6 novembre 2003 avant d'être à nouveau dans l'incapacité totale de travailler. Il a également indiqué, dans un certificat médical daté du 10 juin 2005, que son patient a tenté de reprendre le travail à 50% le 21 janvier 2005 mais que cette tentative a échoué et abouti à nouvel arrêt de travail depuis le 9 mai 2005.

8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale : ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsque, en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid. 1).

En l'occurrence, le Dr B_____ a clairement indiqué dans son rapport à l'OCAI que si son patient était effectivement incapable d'exercer son ancienne activité, il était en revanche possible pour lui d'exercer une autre profession adaptée à son état, c'est-à-dire ne sollicitant pas le dos et ce, à temps plein, avec une éventuelle diminution de rendement de 20%.

L'OCAI ne s'est pas livré à une comparaison des revenus en bonne et due forme en l'occurrence. Cependant, si l'on compare le gain réalisé par l'assuré avant la détérioration de son état de santé, on constate qu'en 2002, son revenu annuel s'est élevé à 52'161 fr. 70. Si on compare ce montant à celui de 57'576 fr. qu'il aurait pu réaliser en tant qu'homme exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur de la production (cf. ESS 2002 tableau TA 1) ou à celui - de 54'684 fr. - qu'il aurait pu obtenir en tant qu'homme exerçant une activité simple et répétitive toutes branches confondues, on constate qu'effectivement, de son état de santé ne résulte aucune incapacité de gain. Même en admettant une diminution de rendement de 20%, on atteint un taux d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. En conséquence, c'est à juste titre que l'autorité intimée a rejeté la demande de l'intéressé. Le recours, mal fondé, est donc 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