REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1458/2006** **ATAS/444/2007**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 8

## du 25 avril 2007

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur S_____, domicilié , COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, GENEVE | intimé |

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Juge suppléant; Monique STOLLER FÜLLEMANN et Dominique JECKELMANN, Juges assesseurs**

## EN FAIT

1. S_____, ressortissant espagnol, né en 1961, titulaire d'un permis d'établissement, sans formation professionnelle spécifique, a travaillé pour la société X_____ SA, en qualité de poseur de plafonds, de mars 1987 au 10 avril 2002, date à partir de laquelle il s'est trouvé empêché de travailler à 100%, ensuite d'une affection cardiaque.

2. L'assurance collective perte de gain de l'employeur (CMBB GROUPE MUTUEL) a pris en charge le cas jusqu'au 31 mars 2004.

3. En 2001, son salaire annuel s'est élevé à Fr. 61'332.45. En janvier 2002, son salaire horaire était de Fr. 28.25. Au 1er mai 2003, il aurait dû s'élever à Fr. 28.60 (cf. questionnaire de l'employeur, du 22 avril 2003).

4. Le 3 avril 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations en vue de l'octroi de mesures de réadaptation, respectivement d'une rente, auprès de l'Office cantonal genevois de l'assurance-invalidité (OCAI).

5. Selon les rapports médicaux produits au dossier, il présente en particulier une décompensation cardiaque inaugurale dans le cadre d'une cardiopathie dilatée idiopathique d'origine indéterminée, depuis 1998, avec arythmie ventriculaire marquée, entraînant une insuffisance cardiaque ; un état dépressif réactionnel ; un syndrome des apnées du sommeil ; une obésité morbide (cf. rapports de la doctoresse A_____, cheffe de clinique au département de médecine interne des "établissement hospitalier", du 2 mai 2002 ; du docteur B_____, spécialiste FMH en cardiologie, du Centre de Réadaptation cardiovasculaire, du 29 mai 2002 ; du docteur C_____, cardiologue, des 13 juin et 5 décembre 2002, et 11 avril 2003 ; du docteur D_____, médecin traitant généraliste depuis 1998, du 7 avril 2003 ; du docteur E_____, cardiologue mandaté par la CMBB GROUPE MUTUEL, du 18 mars 2003).

6. Dans un rapport du 5 décembre 2002, le docteur C_____ indiquait que la symptomatologie d'insuffisance cardiaque était bien compensée sous le traitement en cours. Il n'y avait pas de contre-indication formelle à une reprise professionnelle, mais l'activité de poseur de plafonds semblait être une charge excessivement lourde dans ce contexte. Une reconversion professionnelle était certainement très difficile vu la conjoncture actuelle. Une reprise à temps partiel dans un premier temps était envisageable afin d'évaluer ainsi la tolérance du patient au travail.

7. Dans son rapport du 18 mars 2003, le docteur E_____ confirmait que la cardiomyopathie du patient était alors bien compensée ; il existait une discrète dyspnée à l'effort à 2 à 3 étages, due en partie à la mauvaise fonction ventriculaire

et en partie également à l'obésité morbide ; cette dyspnée empêchait l'activité de poseur de plafonds ; l'assuré présentait une diminution sévère de la capacité physique à 36% de la valeur prédite [avec une consommation maximale d'oxygène estimée à 15.4 ml/kg (4.4 METs)] ; un travail demandant moins d'efforts physiques était exigible à 100% ; une opération chirurgicale comme traitement de l'obésité morbide pouvait être utile afin d'améliorer la dyspnée d'effort ; une reconversion professionnelle était envisageable.

8. Dans un certificat du 11 avril 2003, le docteur C_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus d'exercer une activité lourde.

9. Dans un rapport du 26 mai 2003, le docteur D_____ a estimé également que son patient ne pouvait plus pratiquer une activité professionnelle lourde (à l'instar de son métier de poseur de plafonds) ; une activité sédentaire était exigible dès le 1er juin 2003 (mais un « *problème de formation* » existait), compte tenu de certaines limitations fonctionnelles : position à genoux, horaire de travail irrégulier, travail en hauteur ou sur une échelle, port de charges supérieures à 10 kg ; déplacement sur sol irrégulier ou en pente, position debout supérieure à 3h. En outre, l'état de santé était stationnaire. Des mesures professionnelles étaient indiquées. La motivation pour une reprise du travail ou un reclassement professionnel était partielle. Par ailleurs, le médecin traitant n'avait constaté aucun signe d'insuffisance cardiaque. Après réadaptation, le patient se plaignait toujours d'une dyspnée à l'effort modéré (deux étages). Le pronostic était médiocre au vu de l'obésité associée qui aggravait la dyspnée d'effort.

10. Dans une note du 20 juin 2003, le médecin-conseil de l'OCAI a estimé que l'atteinte cardiaque, aggravée par l'obésité, était traitée avec stabilisation et sans signes de compensation. Cet état était compatible avec une activité légère à 100%.

11. Afin d'objectiver les limitations de l'assuré et définir sa capacité de travail résiduelle, l'OCAI a mis en œuvre un stage d'observation « OSER » auprès du Centre d'intégration professionnelle du canton de Genève (CIP), initialement prévu du 6 octobre 2003 au 11 janvier 2004.

12. Dans leur rapport du 5 décembre 2003, les maîtres de stage ont conclu à la possibilité de réadapter l'assuré dans une activité adaptée, exercée à 100%, telle que le magasinage léger, la conduite, la gestion de stock léger (sans port de charges) ou l'entretien d'immeuble (conciergerie). Selon eux, les limitations physiques importantes (pas de port de charge ou de manipulations en raison des problèmes cardiaques et des problèmes respiratoires induits par la surcharge pondérale), ainsi que les difficultés avec le français écrit limitaient les possibilités d'orientation. La capacité de travail était de 80% à plein temps, après une période d'adaptation, dans une activité de type industriel ou artisanal. La coordination oculomanuelle n'était pas optimale, ce qui nécessitait d'éviter les travaux fins. Dans d'autres orientations

(services, conduite de véhicules), la capacité de travail devait pouvoir être entière, avec un travail adapté. Les rendements pris en compte sur une période de 3 heures étaient de 70%. Les capacités d'adaptation et d'apprentissage étaient par ailleurs compatibles avec une formation. Les difficultés importantes relevées dans l'utilisation et la compréhension du français écrit ainsi que lors des activités administratives (type tertiaire) ne permettaient pas d'envisager une formation certifiée complète. Enfin, l'assuré avait démontré sa motivation et son engagement, malgré une attitude « *un peu attentiste* », ce qui avait amené « *à anticiper le passage en entreprise pour valider une orientation par confrontation à la réalité d'un poste de travail* ».

13. Avec l'accord de l'OCAI, l'assuré a ainsi bénéficié d'une mesure de formation de six mois en vue de l'obtention d'un permis poids lourds, du 1er décembre 2003 au 31 mai 2004 (décision du 18 décembre 2003). L'assuré a ainsi terminé prématurément son stage « OSER », le 30 novembre 2003, sans avoir effectué de stage en entreprise.

14. Par décision du 9 décembre 2004 (apparemment entrée en force), l'Office cantonal de l'emploi (OCE), section assurance-chômage, a déclaré l'assuré inapte au placement et lui a dénié en conséquence le droit de bénéficier des indemnités de l'assurance-chômage. Cet Office a en substance constaté que l'intéressé se trouvait durablement en incapacité totale de travailler depuis le 11 avril 2002 et qu'il n'avait pas démontré son intention de se réinsérer sur le marché de l'emploi en mettant tout en oeuvre pour retrouver une activité salariée adaptée à son état de santé.

15. Selon une note de la gestionnaire du dossier, du 16 décembre 2004, la secrétaire du docteur D_____ a demandé à l'OCAI de lui faire parvenir un questionnaire médical intermédiaire, l'état de santé de son patient s'étant modifié.

16. Dans un rapport du 4 janvier 2005, le docteur D_____ a attesté que l'état de santé de son patient était resté stationnaire depuis avril 2002. Dans l'attente d'une intervention pour By-Pass gastrique (pour le traitement de l'obésité morbide), le pronostic global était médiocre. La capacité de travail était nulle dans l'activité de poseur de plafond et de 100% dans une activité adaptée (« *sédentaire, type travail de bureau par exemple* »).

17. Par courrier du 20 septembre 2005, l'assuré a informé l'OCAI que l'intervention pour By-Pass gastrique n'avait pas été effectuée, et qu'il n'était bénéficiaire d'aucune prestation, ni de l'assurance-accident ou de l'assurance-chômage, ni d'un organisme de l'assistance publique.

18. Dans son rapport du 6 octobre 2005, la Division de réadaptation professionnelle de l'AI a constaté que l'assuré avait échoué à obtenir son permis de conduire PL pour des raisons étrangères à son invalidité (échec à 3 reprises aux examens théoriques). Elle a par ailleurs retenu un degré d'invalidité de 19.3%, en comparant le salaire

annuel de poseur de plafonds actualisé en 2004 (Fr. 64'992.-) et celui auquel l'assuré pouvait statistiquement prétendre cette année-là dans une activité simple et répétitive (Fr. 58'247.-), moyennant un abattement de 10% (Fr. 52'422.-).

19. Pour ces motifs, par décision du 7 novembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. L'Office indiquait par ailleurs être disposé à examiner le droit de l'intéressé à une aide au placement, sur demande motivée de sa part.

20. Par lettre de Me MOURO du 5 décembre 2005, l'assuré a formé opposition contre ladite décision. Il a fait valoir que la position de l'OCAI n'était pas « *conforme aux observations* » de son médecin traitant et de son cardiologue traitant (doctoresse G_____). Cela étant, il a sollicité un délai pour produire un rapport complet concernant ses problèmes cardiaques, respectivement pour décider s'il convenait, ou non, de maintenir ladite opposition. L'opposant a également reproché à l'OCAI de ne pas avoir indiqué les critères retenus en l'espèce pour fixer l'abattement de 10%. Il a également relevé que l'échec des mesures de réadaptation s'expliquait par des difficultés théoriques, et non en raison de son manque d'investissement supposé. En toute hypothèse, il n'était pas raisonnable de soutenir qu'il pouvait exercer une activité de camionneur, alors qu'il présentait un risque accru de crises cardiaques, activité finalement écartée entre-temps par l'OCAI lui-même.

21. Par lettre du 8 décembre 2005, l'OCAI a accordé à l'assuré un délai de 30 jours pour compléter son opposition, à défaut de quoi, il statuerait en l'état du dossier.

22. L'intéressé n'a pas déféré à cette invitation.

23. Par décision sur opposition du 6 mars 2006 (reçue le 10 mars suivant), l'OCAI a rejeté ladite opposition et confirmé sa décision du 7 novembre 2005. Cet Office a précisé que l'abattement accordé de 10% avait été fixé en tenant compte des limitations fonctionnelles de l'assuré, du fait que seule une activité légère était possible, ainsi que des nombreuses années passées dans la même entreprise. Une réduction supplémentaire ne se justifiait pas, dans la mesure où l'intéressé était encore jeune, titulaire d'un permis d'établissement depuis de nombreuses années et était apte à travailler sur un temps de travail complet. Enfin, même sans la mise en œuvre de mesures professionnelles, il existait suffisamment d'activités adaptées sur le marché économique équilibré ne nécessitant pas de formation, les mesures déjà accordées l'ayant d'ailleurs été alors que le taux de 20% d'invalidité requis n'était pas atteint.

24. Par acte posté le 24 avril 2006, l'assuré a recouru contre cette décision, déclarant contester tant le salaire sans invalidité retenu que le calcul du revenu théorique, de même que l'abattement de 10% retenus par l'Office. Il a par ailleurs sollicité un délai pour produire un rapport circonstancié de sa cardiologue et compléter son recours.

25. Dans le délai imparti, l'assuré a versé au dossier un certificat du 1er mai 2006, dans lequel la doctoresse F_____, a estimé qu'une activité professionnelle sédentaire n'était pas envisageable dans sa situation médicale complexe actuelle, compte tenu de ses nombreuses comorbidités, notamment cardiovasculaires, respiratoires et métaboliques. Sur le plan cardiologique, la praticienne a confirmé un risque d'arythmie et de décompensation cardiaque.

26. Relevant que ledit certificat était relativement succinct, le recourant, par pli du 17 mai 2006, a requis l'audition de la doctoresse G_____, afin que celle-ci puisse expliciter son point de vue et exposer les motifs la conduisant à contester celui des experts AI. L'assuré a par ailleurs mis en cause le sérieux avec lequel les tentatives de réinsertion professionnelle avaient été menées en l'espèce, étant donné qu'une activité de camionneur lui avait été proposée, alors même qu'il présentait un risque d'arythmie et de décompensation cardiaques susceptible de lui faire perdre connaissance alors qu'il était au volant. Enfin, dès lors que sa cardiologue avait considéré qu'il serait dangereux pour lui de reprendre une activité, même sédentaire, à plein temps, le recourant estimait inéquitable que le calcul de sa rente d'invalidité se fondât sur un salaire hypothétique à plein temps dans une activité qu'il ne pouvait pas réaliser.

27. Dans sa réponse du 8 juin 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours, motif pris que les arguments soulevés par le recourant ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. En particulier, le rapport de la doctoresse G_____, du 1er mai 2006, était succinct et manquait de précision quant aux arguments pouvant justifier une diminution de la capacité de travail. Le rapport était en outre en contradiction manifeste avec l'avis du cardiologue qui suivait l'assuré auparavant. Par ailleurs, un risque potentiel éventuel futur n'était pas pris en compte par l'AI. Il n'existait aucune indication pour une aggravation récente, notable, objective et durable. Enfin, les salaires sans invalidité retenus par l'Office – que le recourant avait contesté sans étayer davantage ses allégations – avait été dûment calculés en prenant en particulier en compte les indications du dernier employeur de l'assuré.

28. Dans un rapport complémentaire du 26 juin 2006, la doctoresse G_____ a en substance relevé que, depuis 1999 (recte : 1998), l'évolution de l'état de santé de l'assuré avait été défavorable, dès lors que la fraction d'éjection du ventricule gauche était actuellement de 40%, ce qui ne pouvait être considéré comme une valeur normale. En outre, en 2004, la praticienne avait pu mettre en évidence une capacité d'effort de 125 Watts correspondant à 3.5 METs, ce qui, pour le jeune âge de son patient, correspondait à une classe fonctionnelle NHYA 3, avec une consommation d'oxygène estimée s'élevant pour 3,5 METs à 12,2 ml/kg/minute, ce qui ne pouvait être considéré comme une situation cardiovasculaire normalisée. Récemment encore, le patient avait présenté un malaise avec probable perte de connaissance de quelques secondes ayant motivé une consultation en urgence à

"établissement hospitalier". Même si la situation cardiovasculaire de celui-ci s'était discrètement améliorée en terme de fonction ventriculaire gauche, de nouvelles rechutes ne pouvaient absolument pas être garanties (recte : exclues) en terme de fonction ventriculaire et chez un patient avec une capacité d'effort amoindrie selon le test à disposition en 2004. Parallèlement, celui-ci présentait des syndromes d'apnées obstructives nocturnes et une obésité morbide, ces deux situations étant également en interférence avec son état de santé. Par ailleurs, le contexte de malaises récemment survenus chez un patient présentant également un risque arythmique potentiel imposait une diligence particulière dans le type d'activité professionnelle à proposer. La praticienne préconisait dès lors une reprise d'activité à temps partiel dans un premier temps, et d'augmenter progressivement le pourcentage de travail. Dans le même ordre d'idée, une cardiomyopathie dilatée était une affection cardiovasculaire potentiellement évolutive. Dès lors, et compte tenu également de la pathologie rythmique de son patient, la doctoresse G_____ a émis des restrictions quant à une activité professionnelle nécessitant une activité physique soutenue ou encore en situation debout prolongée, le patient ayant déjà fait des malaises hypotensifs. Enfin, la praticienne proposait de pratiquer, le cas échéant, un test de consommation maximale d'oxygène qui permettrait de réévaluer la capacité actuelle de l'intéressé, si les différents éléments précédemment mentionnés ne suffisaient pas.

29. Dans un courrier de son conseil du 7 juillet 2006, l'assuré a relevé que ce dernier test permettrait peut-être de cerner de manière plus précise sa capacité résiduelle de travail, respectivement le type d'activité qu'il pouvait assumer et sa résistance à l'effort. Il a également souligné qu'aucun cardiologue mandaté par l'OCAI ne s'était penché sur son dossier. Le recourant a enfin requis l'audition de la doctoresse G_____, ainsi que la désignation d'un expert susceptible de palier à l'instruction lacunaire, selon lui, de son état de santé opérée par l'OCAI.

30. Dans son avis du 22 août 2006, le médecin-conseil de l'OCAI a également relevé que le rapport de la doctoresse G_____, du 26 juin 2006, reprenait l'anamnèse de l'assuré concernant l'atteinte cardiaque et respiratoire et ne contenait aucun fait nouveau. Il a encore mentionné que cette cardiologue n'avait pas indiqué précisément quel était le taux d'activité exigible de son patient dans une activité adaptée.

31. Dans sa détermination du 23 août 2006, l'Office intimé a persisté dans sa position, selon laquelle tant les avis médicaux au dossier que l'expertise professionnelle réalisée au sein du CIP concordaient pour reconnaître au recourant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cet Office a néanmoins admis que, vu la possibilité de malaise existant chez l'assuré, le choix d'une activité en tant que conducteur poids lourds était devenu caduc. Par ailleurs, les résultats du test d'efforts pratiqué en 2004 (125 watts) attestaient, à son avis, que les performances du recourant étaient compatibles avec les exigences requises pour des activités

telles que barman, portier, vendeur, voire dans les domaines du magasinage léger, la menuiserie ou la mécanique légère, conformément au tableau « d'évaluation de la capacité de travail selon la tolérance à l'effort chez les cardiaques », joint à l'avis de son médecin-conseil, du 22 août 2006. Enfin, les secteurs de la production et des services recelaient de nombreux postes de travail correspondant aux limitations de l'assuré, ne nécessitant pas de formation particulière.

32. Par acte du 28 août 2006, l'assuré a persisté dans ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, respectivement à l'audition de la doctoresse G_____, dans la mesure où le médecin-conseil de l'OCAI n'était pas lui-même cardiologue. Il a également fait valoir que les activités suggérées par l'Office intimé n'étaient pas compatibles avec les restrictions mises par sa cardiologue traitante (pas d'activité professionnelle nécessitant une activité physique soutenue ou une situation de station debout prolongée).

## 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).

   Par ailleurs, l'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI), de sorte que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (cf. art. 56 V al. 1 let. a ch.2 LOJ).

2. 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 d'examiner le bien-fondé de la décision sur opposition du 6 mars 2006 à la lumière des nouvelles dispositions de la LPGA (ATF 130 V 3342, consid. 2.2 et 2.3).

3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur le droit à une mesure de reclassement professionnel, respectivement à une rente de l'assurance-invalidité.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

6. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Depuis le 1er janvier 2004 (4ème révision AI) l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 : art. 132 al. 1 de la loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005, entrée en vigueur le 1er janvier 2007), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se

fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

L'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 263). Ainsi 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 œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283).

Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

9. En l'espèce, on peut d'emblée relever qu'il n'y a pas de discussion entre les différents médecins relativement au diagnostic, hormis le fait que la doctoresse F_____, cardiologue traitante, a retenu que la situation cardiovasculaire de son patient n'était pas normalisée, au regard en particulier des tests d'efforts effectués en 2004. Il n'y a pas davantage de divergence sur le fait que l'état de santé de l'assuré ne lui permet plus d'exercer une activité lourde, singulièrement son ancienne profession de poseur de plafond, ni d'effectuer des travaux nécessitant en particulier le port de charges supérieures à 10 kg ou une position debout supérieure à 3 heures.

En revanche, il subsiste une différence sur l'évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le médecin-conseil de l'OCAI, de même que le docteur E_____, ainsi que le docteur H_____, estiment que l'assuré pourrait travailler à 100% dans une activité légère. De son côté, la doctoresse G_____, cardiologue traitante, exclut dans l'immédiat, l'exercice, à 100%, d'une telle activité, compte tenu du risque d'arythmie et de décompensation cardiaques.

10. En l'état, le dossier ne permet pas de se convaincre, au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 126 V 360, consid. 5b), que le recourant disposait – au moment déterminant de la décision sur opposition du 6 mars 2006 – d'une capacité résiduelle de 100% dans une activité adaptée, comme l'a retenu l'Office intimé dans la décision entreprise, en s'appuyant en particulier sur les avis des docteurs E_____, cardiologue, mandaté par la CMMB (du 18 mars 2003), et H_____, généraliste traitant, du 26 mai 2003.

    En effet, les tests d'effort effectués en 2004 par la cardiologue G_____, – dont les résultats ne sont pas contestés par l'OCAI – ont mis en évidence une capacité d'effort amoindrie chez le patient par rapport à 2003, ainsi qu'un risque de rechute en termes de fonction ventriculaire. L'assuré a du reste fait des malaises hypotensifs en 2006, en lien avec sa pathologie rythmique. Certes, dans son rapport du 4 janvier 2005, son propre médecin traitant avait estimé que l'intéressé disposait toujours d'une capacité résiduelle de 100% dans une activité adaptée. Le docteur H_____ n'est toutefois pas spécialisé en cardiologie, contrairement à la doctoresse G_____, si bien que l'on ne saurait sans autre suivre ses conclusions, ce d'autant qu'il avait d'abord laissé entendre à l'OCAI que l'état de santé de son patient s'était modifié depuis l'établissement du rapport du 26 mai 2003 (cf. note de la gestionnaire du dossier, du 16 décembre 2004), cependant qu'il a attesté, dans son rapport du 4 janvier 2005, que l'état de santé de celui-ci était stationnaire. Au demeurant, le docteur C_____, également cardiologue, auquel le docteur H_____ avait adressé son patient pour réévaluation cardiaque, ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, pas davantage qu'il n'a indiqué quelles activités de remplacement resteraient à la portée de l'intéressé. A cet égard, il s'est limité à préconiser, à l'instar de la doctoresse G_____, une reprise du travail à temps partiel, dans un premier temps, afin d'évaluer la tolérance du patient au travail (certificat du 5 décembre 2002).

    Par ailleurs, il convient de relativiser les conclusions du rapport d'observation du CIP du 5 décembre 2003, selon lesquelles la capacité de travail de l'intéressé serait de 100% dans une activité adaptée. D'une part, elles portent sur une période (6 octobre au 30 novembre 2003) antérieure aux tests d'efforts pratiqués en 2004 par la cardiologue G_____, attestant d'une capacité d'effort amoindrie par rapport à l'année précédente. D'autre part, la synthèse relative aux capacités physiques de l'intéressé fait état, elle, d'une capacité estimée à 80% seulement après une période

d'adaptation, dans les activités de type industriel ou artisanal (rapport du CIP, p. 6). Enfin, le taux de 100% retenu dans « *une orientation différente* », avec un travail adapté, n'est formulé qu'au mode conditionnel et paraît avoir fait l'objet d'une investigation insuffisante. On relèvera à cet égard que les auteurs du rapport indiquent expressément n'avoir pas pu observer, sur le plan physique, l'incidence du stage en entreprise par rapport à l'observation au CIP, étant donné que l'assuré avait dû interrompre de manière anticipée le stage « OSER » mis en œuvre par l'OCAI pour entreprendre des cours de conduite de poids lourds. Force est ainsi de constater que les conclusions dudit rapport ne peuvent servir valablement de critère pour déterminer l'activité adaptée ni établir dans quelle mesure celle-ci est raisonnablement exigible.

11. Il apparaît ainsi que les faits tels qu'ils ressortent du dossier médical sont incomplets et qu'ils ne permettent pas de se prononcer valablement sur la question de droit litigieuse. Il s'impose donc de renvoyer la cause à l'Office intimé pour qu'il complète l'instruction par la mise en œuvre d'un stage d'observation auprès d'un centre de l'assurance-invalidité de type COMAI, en vue de déterminer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 125 V 261 consid. 4), et rende ensuite une nouvelle décision.

12. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), fixés en l'espèce à Fr. 1'500.-.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours ;

**Au fond :**

2. L'admet partiellement ;

3. Annule les décisions de l'OCAI des 7 novembre 2005 et 6 mars 2006 ;

4. Renvoie la cause audit Office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision ;

5. Dit qu'il n'est pas perçu de frais de justice ;

6. Dit que l'Office intimé versera à la recourante Fr. 1'500.- à titre de dépens ;

7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière: Le Juge suppléant:

Sylvie CHAMOUX Jean-Louis BERARDI

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