

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3722/2006

ATAS/669/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 13 juin 2007

En la cause

Monsieur G _____, domicilié , LE LIGNON, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître WAEBER Jean-Bernard

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis Rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G _____, né le 1949, divorcé, de nationalité chilienne, a effectué ses études universitaires en sciences sociales au Chili, sans obtenir de diplôme. Emigré d'abord au Canada, où il a travaillé pendant quatre ans comme assistant social auprès de réfugiés chiliens, l'intéressé est arrivé en Suisse en 1979. Il a travaillé en tant que facteur pendant treize ans, puis a exercé de nombreux emplois. Du 1^{er} février 2001 au 31 janvier 2004, date à laquelle l'employeur a mis fin au contrat, il a été employé par X _____ en qualité d'employé de maison–restaurant auxiliaire, à raison de 20 heures par semaine.
2. En juin 2003, l'intéressé a glissé en sortant de la douche et a subi une entorse moyenne de la cheville gauche. Le 19 janvier 2004, l'intéressé a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Il a glissé puis a chuté dans les escaliers, événement qui a entraîné une nouvelle entorse de la cheville gauche et un arrêt de travail à 100 % depuis cette date. Puis, le 3 mars 2004, l'intéressé a subi un triple pontage coronarien.
3. L'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) le 15 mars 2004, visant à l'octroi d'une orientation professionnelle, d'un reclassement professionnel dans une nouvelle profession, de moyens auxiliaires, de mesures médicales ainsi que d'une rente.
4. Dans un rapport à l'OCAI du 20 avril 2004, le Dr A _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de maladie coronarienne de trois vaisseaux avec status après triple pontage aorto-coronarien effectué le 3 mars 2004 ainsi que d'arthrose post-traumatique de la cheville gauche. En outre, le patient présente une atrophie mandibulaire dans le cadre d'un syndrome de Franceschetti-Klein avec hypoacousie congénitale et un diabète traité par antidiabétiques oraux. Le médecin relève que la maladie coronarienne a été identifiée le 17 juillet 2003 par une coronarographie et opérée le 3 mars 2004. Actuellement, le patient est stable sur l'ensemble des facteurs cardio-vasculaires. Le problème majeur est une importante arthrose post-traumatique de la cheville gauche, invalidante. La prise en charge orthopédique a été différée en raison des problèmes cardio-vasculaires. L'activité d'employé de maison n'est plus possible, en raison de son problème cardiaque et de l'importance des douleurs de la cheville gauche. Après une prise en charge du problème orthopédique, réévaluation et reclassement professionnel, une activité à 100 % devrait être possible, dans une activité légère, sans port de charges ni marche excessive.
5. Le Prof. B _____, Chef de service de la Chirurgie réparatrice des ("établissement hospitalier"), a indiqué dans son rapport à l'OCAI du 28 avril 2004, que le patient présentait une dysplasie oto-mandibulaire droite et un syndrome du premier arc branchial. Il avait été opéré dans son service à trois reprises depuis

l'année 2000 et était suivi par le Dr C _____, de la "établissement hospitalier", auquel il renvoyait pour les indications concernant l'évaluation de la réinsertion professionnelle ou la demande de rente.

6. La Clinique de chirurgie cardio-vasculaire des "établissement hospitalier" a établi un rapport en date du 3 mai 2004, aux termes duquel le patient présente une maladie coronarienne depuis juin 2002 qui entraîne des répercussions sur la capacité de travail ainsi qu'un diabète de type II, sans influence sur la capacité de travail. Sans se prononcer plus précisément sur la capacité de travail, ni sur les capacités professionnelles, le médecin a indiqué néanmoins dans l'annexe au rapport médical que l'activité actuelle était encore exigible, sans diminution de rendement.
7. Le 10 mai 2004, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie, a effectué une expertise à la demande de l'assureur accidents WINTERTHUR ASSURANCES. L'expert a relevé que l'assuré avait subi une entorse grave de la cheville gauche au cours d'un match de football en 1976, alors qu'il se trouvait au Canada. Cet accident a eu pour conséquence une lésion de l'articulation sous-astragalienne, une insuffisance du ligament latéral externe et une position vicieuse en inversion du pied gauche et pied creux. Les deux entorses subséquentes de 2003 et 2004 étaient en revanche bénignes, de sorte que les troubles de l'assuré étaient à mettre sur le compte de l'état antérieur. L'expert a estimé que du point de vue de l'assureur accidents, le statu quo sine, voire ante, a été recouvré le 1^{er} juin 2004.
8. A la demande de l'OCAI, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale, de la "établissement hospitalier", a rendu un rapport aux termes duquel il a posé les diagnostics de syndrome de Franceschetti-Klein, triple pontage cardiaque et surdité transmission droite. Le patient souffre en outre de diabète, d'HTA et d'un problème à la cheville gauche en cours d'investigations. Dans l'annexe au rapport médical, relatif à la réinsertion professionnelle, le médecin indique que l'activité exercée jusqu'ici, soit celle d'animateur, est encore possible à 25 %, qu'il y a une diminution de rendement de 75 % en raison de la fatigabilité et de douleurs sternales. S'agissant des capacités professionnelles, le patient peut garder la même position ou la position assise 4 heures par jour, il doit éviter en revanche la position debout, de se mettre à genoux, de s'accroupir, ainsi que la marche de plus de 100 mètres, de lever, porter ou déplacer des charges, de se baisser, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. En fonction des limitations, il pourrait exercer une activité d'assistant social, d'animateur, d'artiste peintre ou de journaliste.
9. L'Office cantonal de l'emploi (OCE), par décision du 5 octobre 2004, a prononcé l'inaptitude au placement de l'intéressé dès le 2 juin 2004, en raison de son incapacité de travail de 100 %. L'opposition formée par l'intéressé a été rejetée le 24 mars 2006.

10. Questionné par l'OCAI en date du 16 décembre 2004, le Dr A_____ a indiqué que l'arthrodèse sous-astragaliennne n'avait pas encore eu lieu, car le patient était en attente d'une consultation orthopédique aux "établissement hospitalier". Il présentait des douleurs invalidantes de la cheville gauche et une cardiopathie ischémique. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 19 janvier 2004.
11. Dans un avis du 5 avril 2005, le Service régional AI SMR Suisse romande a relevé que la coronaropathie est entièrement stabilisée et n'entraîne pas d'incapacité de travail, de même que la dysplasie oto-mandibulaire congénitale. En revanche, l'arthrose de la cheville gauche engendre des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité antérieure d'employé de maison. Toute activité permettant une sollicitation minimale de cette articulation est en revanche exigible à plein temps et plein rendement. Une aide au placement dans son domaine de compétence ou dans l'une des activités exercées antérieurement devrait être organisée rapidement.
12. Dans un rapport médical intermédiaire du 15 août 2005 à l'attention de l'OCAI, le Dr A_____ mentionne que l'état de santé est stationnaire, qu'il subsiste d'importantes douleurs de la cheville gauche avec tuméfaction itérative d'origine arthrosique. Le périmètre de marche est limité, de même que la station debout et le port de charges. Dans le poste de travail occupé en tant qu'employé de cuisine, une réinsertion est probablement très difficile en raison de la charge de travail que cet emploi occasionne. Dans une activité adaptée telle que la petite manutention, la surveillance, la petite mécanique, la capacité de travail est de 50 % pour une période probatoire à définir puis, idéalement, de 100 %, dès le 1^{er} octobre 2005 pour la première fois au plus tôt.
13. Dans son rapport du 7 juin 2005, le Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des gains et conclu à un degré d'invalidité de 11,4 % n'ouvrant pas droit à une mesure professionnelle. Toutefois, étant donné la forte motivation et l'intérêt de l'assuré à retrouver une situation professionnelle, une aide au placement est à envisager, dès que son état de santé sera stable.
14. Par décision du 13 octobre 2005, l'OCAI a refusé à l'intéressé toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif que dans une activité adaptée, sa capacité de travail est entière et que le degré d'invalidité, après comparaison des gains, s'élève à 11 %. A sa demande, une aide au placement sera étudiée lorsque son état de santé sera stabilisé.
15. L'intéressé a effectué un stage dans l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du Département des neurosciences cliniques et dermatologie des "établissement hospitalier" du 5 septembre au 4 octobre 2005, à mi-temps. Les activités ont consisté dans le démontage d'appareils électriques et électroniques ainsi qu'occasionnellement, à l'aide au débitage de panneaux de bois. Dans son rapport

du 31 octobre 2005 à l'attention de l'OCE, le Dr E _____ a relevé que le taux d'absentéisme a été de 30 %. L'assuré, de niveau universitaire, est très cultivé. Il est cependant incapable de rester debout et était très fatigué après une demi-journée de travail. Les pertes d'équilibre génèrent un manque d'assurance dans les ports de panneaux de grandes dimensions, un certain nombre d'activités ne sont plus réalisables à cause de sa surdité partielle qui peut être génératrice d'accident par manque de vigilance et la dégradation de sa vision ne lui permet pas d'utiliser un ordinateur. Un emploi dans le tertiaire est donc exclu. La multiplicité des pathologies handicapantes à divers niveaux pèjore son rendement de manière sévère rapportée un plein temps. Sur un mi-temps, la baisse de rendement est de l'ordre de 30 à 40 %. Vu le nombre élevé de déficiences et les répercussions fonctionnelles importantes qu'elles entraînent, le Dr E _____ considère qu'un reclassement n'est pas envisageable. Malgré une forte motivation, la capacité résiduelle de travail laisse présager qu'à court terme seul un emploi protégé dans des activités créatrices à temps partiel sera envisageable.

16. Dans un rapport du 10 avril 2006 rédigé à l'attention de l'OCAI, le Dr A _____ a indiqué que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé, ni amélioré. Quant à la capacité de travail, dans le poste de travail occupé précédemment en tant qu'employé de cuisine, elle est probablement de 30 à 40 % sur un 50 % et dans une activité adaptée, tel qu'un emploi dans un milieu protégé, une capacité de travail de l'ordre de 50 %, avec toutefois une baisse de rendement, est probablement le maximum exigible de la part du patient.
17. Le Dr F _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, mentionne dans son rapport du 1^{er} mai 2006 que le recourant présente une maladie coronarienne opérée en 2004 et des séquelles de fracture du pied gauche en 1976 avec une arthrose sous-astragaliennne grave. Il se plaint d'insuffisance respiratoire à l'effort et de douleurs à la marche et à l'effort. L'incapacité de travail est de 100 % depuis janvier 2004, définitivement. Selon ce médecin, le patient ne pourra plus reprendre d'activité professionnelle.
18. Le Dr G _____, médecine physique et rééducation FMH, du Service médical régional AI SMR Suisse romande a procédé à un examen rhumatologique de l'intéressé en date du 11 juillet 2006. Il a mentionné comme diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail des podalgies gauches chroniques sur troubles arthrosiques avancés. Les autres diagnostics, à savoir le status après triple pontage en février 2004, le diabète de type II non insulino-dépendant ainsi que la surcharge pondérale sont sans répercussion sur la capacité de travail. Dans l'appréciation du cas, le médecin a relevé que l'arthrose complexe de la cheville gauche implique une incapacité de travail dans toute forme d'activité nécessitant les charges debout prolongée, la marche continuelle de plus d'une heure par jour ou le port de charges répétitif sur des distances dépassant les quelques mètres. Les activités exercées en Suisse par l'assuré semblent être contre-indiquées et entraînent

des incapacités de travail variables, par exemple de 100 % dans l'activité de facteur, de 50 % dans l'activité d'aide-cuisinier et de 30 % dans celle d'animateur, ce en tenant compte uniquement de la problématique ostéoarticulaire. Toutefois, dans une activité adaptée respectant de façon stricte les limitations ostéoarticulaires, à savoir des activités sédentaires de type intellectuel, le taux d'activité exigible est de 100 %, depuis janvier 2004.

19. Par décision du 4 septembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'intéressé, se référant au rapport du SMR.
20. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré interjette recours le 13 octobre 2006. Il rappelle que l'OCE a nié son aptitude au placement, au vu de ses pathologies et du rapport des "établissement hospitalier". Il reproche par ailleurs à l'OCAI de n'avoir pas indiqué quelle activité serait adaptée à son âge et à son état de santé, alors même qu'il reconnaît qu'il ne peut plus exercer les activités précédentes. Enfin, il fait valoir que l'intimé se fonde sur la seule appréciation du SMR, alors même que la capacité de travail exigible n'a pas été validée par des stages pratiques dans la procédure AI. Or, le stage qu'il a effectué à "établissement hospitalier" a démontré les nombreuses limitations fonctionnelles résultant de ses diverses atteintes à la santé. Il s'ensuit que seule une activité dans un cadre protégé serait envisageable, à temps partiel. Il conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
21. Dans sa réponse du 27 octobre 2006, l'OCAI se fonde sur les conclusions de l'examen du SMR, corroborant l'avis de la technicienne en réadaptation du 30 août 2005 et conclut au rejet du recours.
22. Cette écriture a été communiquée au recourant le 31 octobre 2006, qui a été invité à se déterminer.
23. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique par décision du Vice-Président du Tribunal de première instance du 1^{er} novembre 2006.
24. Le recourant n'as pas formulé d'observations complémentaires dans le délai qui lui a été imparti.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les

contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité et plus particulièrement à une rente.
5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels..

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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 à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la 4^{ème} 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 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1^{er} janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part 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 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).

Enfin, s'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. En l'espèce, le Dr COQZOZ, médecin traitant, a considéré dans un premier temps qu'au vu de ses atteintes à la santé, le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité d'employé de maison en raison de son problème cardiaque et de l'importance des douleurs de la cheville gauche. Il était d'avis cependant qu'après une prise en charge du problème orthopédique, une réévaluation et un reclassement professionnel, une activité légère, sans port de charges ni marche excessive devrait être possible, à 100 %. En décembre 2004, il a précisé que l'arthrodèse n'avait pu encore avoir lieu, de sorte que l'incapacité de travail de 100 % depuis le 19 janvier 2004 perdurait. En août 2005, le médecin traitant a estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 50 % pour une période probatoire à définir, puis idéalement de 100 %, ce dès le 1^{er} octobre 2005 au plus tôt. Enfin, en avril 2006, il a constaté que l'état de santé était resté stationnaire et que la capacité de travail dans le poste de travail occupé précédemment en tant qu'employé de cuisine était probablement de 30 à 40 % sur un 50 %; dans une activité adaptée, en milieu protégé, une capacité de travail de l'ordre de 50 % avec une baisse de rendement est probablement le maximum exigible de la part du patient.

Le Dr F _____ estime quant à lui que le recourant est incapable de travailler à 100 %, définitivement. Le rapport de la clinique de chirurgie cardio-vasculaire des "établissement hospitalier" contient des éléments contradictoires quant à la capacité de travail, de sorte que les conclusions sont à cet égard inutilisables. Pour le Dr C _____, l'activité actuelle est exigible à 25 % seulement, compte tenu de la fatigabilité et des douleurs sternales; en fonction des limitations, il considère que le patient pourrait exercer une activité d'assistant social, d'animateur, d'artiste peintre ou de journaliste, sans donner plus de précision.

L'intimé se fonde sur le rapport d'examen rhumatologique effectué par le Dr G _____, du SMR Suisse romande, du 11 juillet 2006 qui conclut à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée qui tienne compte strictement des limitations fonctionnelles.

Le recourant conteste la décision de l'OCAI, se référant d'une part aux conclusions résultant du stage d'observation professionnelle à "établissement hospitalier" et, d'autre part, à la décision de l'assurance-chômage qui l'a déclaré inapte au placement et lui a refusé le droit aux indemnités de chômage.

Concernant ce dernier point, il y a lieu de rappeler que l'assurance-invalidité et l'assurance-chômage ne sont pas deux branches d'assurance complémentaires. Ainsi, le taux de la capacité de gain résiduelle d'une personne handicapée, sur lequel on se base pour calculer le gain assuré, ajouté au degré d'invalidité calculé conformément à la LAI, ne doit pas nécessairement être toujours égal à 100 pour cent. Ainsi, les organes de l'assurance-chômage déterminent l'aptitude au placement des personnes handicapées de manière essentiellement autonome, en collaboration avec les organes compétents de l'assurance-invalidité. A l'inverse, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage au sujet de l'aptitude au placement des personnes handicapées n'ont pas d'influence sur l'évaluation de leur capacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'AI (art. 28 al. 2 LAI, art. 15 LACI, art. 15 al. 1 et 3 OACI)

9. Le Tribunal de céans relève que le médecin du SMR a évalué la capacité de travail en ne tenant compte que de l'aspect ostéoarticulaire, comme il le précise dans son rapport, et non de l'ensemble des atteintes à la santé que présente le recourant. Or, il souffre d'autres pathologies, notamment un status après triple pontage coronarien qui entraîne une fatigabilité ainsi que des douleurs sternales. Lors du stage effectué dans l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des "établissement hospitalier", le Dr E _____ a constaté en outre que la dégradation de la vision, la surdité ainsi que des pertes d'équilibre entraînent des limitations fonctionnelles dans le domaine du tertiaire. Le dossier médical ne contient aucun renseignement quant à la baisse de la vision du recourant; on ignore quelle est son acuité visuelle et si une correction est possible. Il en va de même s'agissant de la surdité. Quant aux pertes

d'équilibre, elles ne sont pas évoquées non plus par les médecins. Pour ces seuls motifs déjà, l'intimé ne pouvait pas se référer au seul rapport du SMR.

Enfin et surtout, l'OCAI ne pouvait pas écarter sans autre le rapport d'observation professionnelle établi par le Dr E_____ des "établissement hospitalier", dont il a eu connaissance avant de rendre sa décision sur opposition, car même si ledit stage a été effectué dans le cadre de l'assurance-chômage, on ne saurait lui dénier à priori toute valeur probante, ce que semble avoir fait l'intimé, sans en expliquer les raisons. Au demeurant, il aurait dû alors mettre sur pied une observation professionnelle de type COPAI. Il convient de rappeler à cet égard que les 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 (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss; Karl ABEGG, Coup d'oeil sur l'activité des centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). Par ailleurs, lorsque l'appréciation d'un COPAI diverge sensiblement de celle des médecins d'un COMAI, il incombe à l'administration ou, en cas de recours, au juge de confronter les deux appréciations, au besoin en requérant un complément d'instruction de la part du COPAI ou du COMAI (consid. 4.3, publié dans Plädoyer 2004/3 p. 64, de l'arrêt G. du 24 octobre 2003, I 35/03). En effet, lorsque les conclusions des organes d'observation professionnelle, loin de compléter les données médicales, apparaissent manifestement opposées à celles-ci., elles ne peuvent servir valablement de critère pour déterminer l'activité adaptée ni établir dans quelle mesure celle-ci est raisonnablement exigible (cf. ATFA du 11 avril 2005 I 277/04).

10. Au vu des considérations qui précèdent, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de statuer. La cause est en conséquence renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction. Il lui appartiendra de recueillir sans délai tous les renseignements médicaux utiles, le cas échéant en mettant en œuvre une expertise multidisciplinaire, ainsi qu'un COPAI, afin de pouvoir déterminer précisément quelle(s) activité(s) le recourant peut encore exercer et à quel taux, compte tenu de l'ensemble de ses atteintes à la santé.
11. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe à 800 fr. (cf. art. 89H al. 3 LPA).
12. Vu l'issue du litige, un émolument de 400 fr. est mis à la charge de l'OCAI (art. 69 al. 1bis LAI, en vigueur dès le 1^{er} juillet 2006).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 13 octobre 2005 ainsi que la décision sur opposition du 4 septembre 2006.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'OCAI à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. L'émolument, fixé à 400 fr., est mis à la charge de l'OCAI.
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

La présidente

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

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