

## **GE\_GERICHTE A/1676/2003 vom 9. November 2004**

GE Cour de justice, 2004-11-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1676\\_2003](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1676_2003)

FR: GE\_GERICHTE A/1676/2003 du 9 novembre 2004

IT: GE\_GERICHTE A/1676/2003 del 9 novembre 2004

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

ère chambre du 9 novembre 2004 En la cause Monsieur D \_\_\_\_\_, comparant par l'AVIVO-ASSOCIATION DE DEFENSE, DE DETENTE DE TOUS LES RETRAITES, dans les bureaux de laquelle il élit domicile recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève intimé EN FAIT Monsieur D \_\_\_\_\_, né en 1945, divorcé et père de deux enfants nés en 1972 et 1974, ébéniste de formation, a travaillé comme bagagiste pour l'entreprise X \_\_\_\_\_ depuis 1980. Il a été victime de deux infarctus en mai 1995 et août 1999 et a subi un quadruple pontage coronarien en octobre 1999. Il a cessé de travailler à compter du 10 juillet 1999 et a été licencié en juillet 2001. L'intéressé a déposé le 13 avril 2000 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente, en indiquant souffrir de problèmes cardiaques. Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-traitant de l'assuré, a rendu un rapport daté du 25 mai 2000. Il a indiqué que le recourant était en incapacité totale de travail à partir du 10 juillet 1999 pour une durée indéterminée. Il a diagnostiqué un status post infarctus en mai 1995, un infarctus du myocarde inférieur en août 1999, un status après quadruple pontage aorto-coronarien le 5 octobre 1999, un status après cure de hernie inguinale en 1998, une hépatite en 1985, un status après gastrectomie partielle en 1984, une hyperlipidémie, du tabagisme et un syndrome vertébral dorsal. Le médecin a précisé que son patient avait déjà subi une résection gastrique pour un ulcère gastroduodéal, une cure de hernie inguinale et avait eu un infarctus sur un terrain tabagique en mai 1995. Il avait connu une récurrence en août 1999 qui l'avait conduit à une longue hospitalisation en Italie puis à Genève. Le 5 octobre 1999, il avait été procédé à un quadruple pontage aorto-coronarien. Au point de vue hémodynamique, les suites opératoires étaient simples, mais des douleurs dorsales puis pectorales à gauche étaient apparues progressivement, attribuées à un syndrome vertébral. Sur ce tableau se sont greffées des douleurs et des brûlures épigastriques et rétro-sternales sur hernie hiatale et gastrite à hélicobacter positif. L'assuré se plaignait d'une dyspnée d'effort, de douleurs dorsales et pectorales gauche et de troubles digestifs compensés par le traitement médical. Le médecin a estimé que l'intéressé ne pourrait pas poursuivre son travail, mais qu'une mesure d'orientation professionnelle était envisageable. La division de réadaptation de l'OCAI a rendu un rapport le 4 avril 2001 concluant à la mise en place d'un stage au centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (ci-après COPAI). L'assuré a effectué deux stages en entreprise du 11 au 22 juin 2001 et du 26 juin au 6 juillet 2001. La première activité a consisté à couper des rails électriques, à préparer des fils électriques pour collage et à poser des bornes d'après schémas ; la seconde en un travail dans une station-service, Y \_\_\_\_\_, où l'assuré s'est essentiellement occupé de rangement et du réapprovisionnement des étagères. Toutefois, à partir du 3 juillet 2001, l'assuré a été en arrêt de travail (cf. certificat du Dr L \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2001). Le

COPAI a observé que le rendement de l'assuré lors du second stage n'avait pas dépassé 50%. Y\_\_\_\_\_ a indiqué le 5 juillet 2001 que le stagiaire ne pourrait pas occuper de poste à plein temps dans l'entreprise, car il n'y avait pas de possibilité de formation ni d'embauche pour lui. Par ailleurs, le seul poste à repourvoir était une activité de manutention pour laquelle sa condition physique était insuffisante. Dans un rapport du 22 août 2001, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin-conseil du COPAI, a indiqué que l'assuré ne pouvait plus Q\_\_\_\_\_cer son activité de bagagiste à l'aéroport. Il relevait toutefois que le pronostic médical était plutôt favorable du fait que le patient entretenait sa forme physique et présentait peu de facteurs de risque. Il estimait donc que l'assuré pourrait Q\_\_\_\_\_cer une activité légère et adaptée à plein temps, avec un rendement proche de la normale, ce qui était confirmé par les données recueillies pendant le stage COPAI et les stages en entreprise. Le rapport COPAI du 28 août 2001 a conclu à une aptitude au reclassement dans un emploi pratique léger à plein temps avec un rendement de 75%, l'assuré devant éviter les positions trop statiques et le port de charges supérieures à 15 kilos. Sa capacité résiduelle de travail était estimée à 75%, mais son aptitude au reclassement jugée incertaine. Le COPAI a précisé que la diminution de rendement tenait compte du manque de polyvalence liée au handicap, l'assuré devant éviter les tâches trop pénibles. Les métiers adaptés à ses limitations étaient ceux de chauffeur-livreur (léger), transporteur de personnes (âgées, handicapées, enfants), manutentionnaire (léger), concierge-surveillant d'entreprise, employé de station-service. Par décision du 13 février 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2000, correspondant à un degré d'invalidité de 51%. L'assuré a été hospitalisé le 27 juin 2002 pour un troisième infarctus et a sollicité le 22 août 2002 une révision de son droit à la rente par l'intermédiaire du Dr L\_\_\_\_\_, lequel invoquait une incapacité totale et durable de travail de son patient à partir du 27 juin 2002. Les Dr. N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) ont rendu le 3 juillet 2002 un rapport d'échocardiologie transthoracique. Ils ont conclu à une taille des cavités cardiaques normales, une fonction systolique globale du ventricule gauche discrètement diminuée de manière inhomogène, une régurgitation mitrale discrète à modérée, et une pression systolique dans le ventricule droit qui n'a pu être déterminée. Par ailleurs, les Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ des HUG ont diagnostiqué le 8 juillet 2002 un infarctus aigu du myocarde inférieur. Ils ont relevé que le profil de glycémie, concernant les facteurs de risques cardio-vasculaires, était dans la norme. Le patient a été transféré le 9 juillet 2002 à la clinique de Genolier pour une réadaptation cardiaque. Le 27 septembre 2002, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé son courrier du 22 août 2002 en invoquant une obstruction de la coronaire droite et de l'interventriculaire postérieure. Le patient avait évolué par la suite favorablement. Le médecin a rappelé l'existence d'un syndrome vertébral dorsal. Dans un rapport du 29 novembre 2002, la Dresse S\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en cardiologie interventionnelle, a fait état d'un test d'effort effectué le 25 novembre 2002. Elle a conclu à un test supramaximal, cliniquement et électroniquement négatif pour une ischémie myocardique. Elle a constaté des ESV sporadiques au repos et à l'effort, une courbe tensionnelle normale, une bonne adaptation hémodynamique et une aptitude physique moyenne. Le médecin a également constaté que son patient était actuellement asymptomatique, hormis une dyspnée stade I. Elle a relevé notamment qu'il n'y avait pas de troubles du rythme cardiaque, hormis des extrasystoles ventriculaires sporadiques pour lesquelles elle recommandait une petite dose de Béta-bloquant. L'insuffisance cardiaque était actuellement compensée. Dans une décision du 14 avril 2003,

l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente AI entière pour la période du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2002 et une demi-rente AI à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2002. Par acte du 30 avril 2003, l'intéressé, représenté par l'Association de défense et de détention de tous les retraités (AVIVO), s'est opposé à la décision précitée, alléguant que sa capacité de travail était nulle. A l'appui de son opposition, l'assuré s'est référé à un certificat du Dr L\_\_\_\_\_ du 29 avril 2003, aux termes duquel celui-ci confirmait l'incapacité de travail totale de l'assuré dès le 27 juin 2002. L'OCAI a notifié le 11 août 2003 une décision de rejet d'opposition, se fondant sur les rapports des médecins spécialistes du 29 novembre 2002, pour considérer que l'assuré n'avait été empêché que temporairement d'exploiter sa capacité de gain résiduelle. L'intéressé a formé recours par acte du 8 septembre 2003. Dans son préavis du 10 octobre 2003, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a relevé que l'avis du médecin traitant du recourant, selon lequel son état de santé s'était aggravé durablement, n'était corroboré par aucun fait ou document médical nouveau, de sorte qu'il avait fondé sa décision sur les constatations de la Dresse S\_\_\_\_\_, ainsi que sur l'avis émanant du SMR. Au demeurant, l'OCAI a expliqué que le droit du recourant à une rente entière n'était ouvert qu'à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2002, en lieu et place du 1<sup>er</sup> août 2002, en raison du délai de carence précédant toute demande en révision. Par ailleurs, selon l'OCAI, le droit à la rente entière du recourant se maintenait jusqu'au 28 février 2003, soit trois mois au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2002 et se ramenait à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mars 2003. Dans sa réplique du 22 janvier 2004, le recourant a indiqué maintenir son recours. Il a produit un rapport du 29 septembre 2003 du Dr L\_\_\_\_\_. Celui-ci a rappelé qu'en juin 2002, son patient souffrait de dorsalgies, dont la douleur s'était exacerbée et avait atteint les segments cervicaux et lombaires. Ces douleurs étaient liées à son activité de pompiste qu'il avait dû réduire à un mi-temps. Depuis lors, les douleurs se manifestaient également en position de repos, soit en position assise ou couchée en décubitus dorsal. La position assise était douloureuse après une demi-heure de repos et elle était exacerbée aux mouvements. Selon le recourant, le port de charges dépassant les cinq kilos était exclu. Les mouvements contrariés étaient douloureux tant au niveau de la musculature para-cervicale que lombaire. Il n'y avait toutefois pas de trouble neurologique. Les douleurs sternales, rétro-sternales et dorsales étaient toujours présentes de même que les douleurs pré-thoraciques gauches, lesquelles étaient plus probablement liées au problème dorsal, plutôt qu'à l'intervention concernant les coronaires. Le Dr L\_\_\_\_\_ relevait que son patient présentait par intermittence des extrasystoles ventriculaires et des oedèmes des membres inférieurs qui avaient répondu favorablement à un traitement médical. L'insuffisance cardiaque était compensée et le patient ne présentait plus de dyspnée d'effort ou au repos ; toutefois, les oedèmes aux pieds avaient récidivé. Le médecin estimait enfin qu'une incapacité de travail était pleinement justifiée. Sur mandat de l'OCAI, le Dr T\_\_\_\_\_ du service médical régional AI (SMR LEMAN) a, le 20 février 2004, relevé que le Dr L\_\_\_\_\_ évoquait un syndrome vertébral dorsal dans son rapport du 25 mai 2000, sans plus en parler dans son rapport du 22 août 2002. Quant à l'allégation d'aggravation de l'état de santé en raison d'un syndrome vertébral dorsal à partir du 27 septembre 2002, le Dr T\_\_\_\_\_ a considéré que le Dr L\_\_\_\_\_ n'apportait aucune précision, hormis l'allégation de douleurs, permettant d'établir objectivement l'étiologie et les limitations en rapport avec ce diagnostic. A cet égard, celui-ci s'était borné à mentionner que les douleurs thoraco-dorsales gauches étaient liées au syndrome vertébral dorsal, plutôt qu'au status post thoracotomie ou à une problématique coronarienne, écartée par les examens cardiologiques spécialisés. Quant au status neurologique, il paraissait normal et on n'avait aucune

indication quant au status ostéo-articulaire ou radiologique. Ainsi, selon le médecin du SMR, rien ne permettait d'admettre une aggravation objectivée ni un taux d'incapacité plus important et permanent devant déboucher sur l'octroi d'une rente AI entière. Dans sa duplique du 20 février 2004, l'OCAI a maintenu sa position. Par courrier du 26 août 2004, le Tribunal de céans a demandé au Dr L\_\_\_\_\_ qu'il précise la nature du syndrome vertébral dorsal du recourant. Le Dr L\_\_\_\_\_, par courrier du 31 août 2004, a expliqué que le recourant se plaignait de douleurs au niveau de la colonne dorsale, cervicale et lombaire, lesquelles s'étaient progressivement étendues depuis son infarctus d'octobre 1999. Ces douleurs le gênaient dans la vie courante et avaient été particulièrement ressenties lors de son stage dans une station-service Y\_\_\_\_\_. Le recourant y avait porté des caisses de bouteilles et diverses marchandises qui avaient provoqué une incapacité de travail. Le médecin a estimé à 50% l'incidence du syndrome vertébral dorsal du recourant sur sa capacité de travail, en tenant compte de la symptomatologie, des douleurs ressenties en position assise, lors de mouvements et en particulier durant le port de charges. Le médecin a indiqué qu'il n'avait pas jugé utile d'effectuer des radiographies par scanner ou résonance magnétique, au vu de l'absence de trouble neurologique et du fait que le traitement médical était dans tous les cas conservateur, que l'hernie soit d'origine discale ou compressive. Toutefois, il s'est déclaré décidé à effectuer ces examens pour appuyer la demande AI du recourant. Le Dr L\_\_\_\_\_ a ainsi transmis au Tribunal de céans le 6 septembre 2004 un rapport de l'institut de RADIOLOGIE FLORISSANT du 2 septembre 2004, effectué par la Dresse U\_\_\_\_\_ qui confirmait l'existence d'une scoliose, d'une arthrose de la colonne vertébrale, d'une discopathie étagée avec petite hernie discale non compressive au niveau cervical, d'une discarthrose étagée L3-L5 et d'une arthrose des sacro-iliaques. La Dresse U\_\_\_\_\_ relevait un trouble de la statique avec signe de spondylose dorsale étagée prédominant dans la région inférieure. Elle n'avait pas décelé d'ostéopénie manifeste. Elle notait un trouble de la statique du rachis dorsal sous la forme d'une scoliose modérée en « S » prédominant au segment dorsal proximal. Il n'y avait pas d'hypercyphose de profil, l'alignement et la hauteur des corps vertébraux étaient conservés. Elle constatait une spondylose dorsale étagée prédominant en D11-D12 avec la présence d'un pont osseux, une arthrose entre les premières côtes et le sternum, ainsi que des clips métalliques dans le médiastin. Invité à se déterminer, le SMR a notamment indiqué le 6 octobre 2004 qu'aux niveaux dorsal et cervical, les altérations décrites par la Dresse U\_\_\_\_\_ étaient mineures, compatibles avec l'âge du recourant, et ne pouvaient être objectivement corrélées avec les plaintes. Elles n'étaient pas invalidantes dans une activité adaptée légère, tenant compte des mêmes limitations retenues pour l'activité compatible avec son état cardio-vasculaire, soit, en suivant le COPAI, toute activité pratique et légère, sans charge, à temps plein avec un rendement de 75%. Les atteintes lombaires et au niveau sacro-iliaque étaient quant à elles, certes susceptibles d'entraîner des douleurs lors de sollicitations mécaniques excessives ou inappropriées, elles étaient toutefois compatibles avec l'exigibilité établie pour l'atteinte cardio-vasculaire. Par courrier du 6 octobre 2004, l'OCAI a conclu au maintien des termes de son préavis du 10 octobre 2003. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> juillet 2004, confirmé que la disposition transitoire constituait la solution la plus rationnelle et était conforme, de surcroît, au droit fédéral (ATF 130 I 226).

## **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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 1<sup>er</sup> 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. Dans le cas d'espèce, les faits déterminant ayant conduit à l'adoption de la décision litigieuse du 11 août 2003 remontent au 22 août 2002, date du dépôt par le recourant d'une demande de révision. Sur le plan matériel, le cas d'espèce reste donc régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Toutefois, en ce qui concerne la procédure, celle-ci était pendante au 1<sup>er</sup> janvier 2003, de sorte que le cas d'espèce est régi 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.

## **E. 3**

Le Tribunal de céans constate en outre que le recours, interjeté dans les formes requises et en temps utile, est recevable à la forme, conformément à l'art. 60 LPGA.

## **E. 4**

Le litige porte sur la contestation du taux d'invalidité et consiste à déterminer si le recourant a droit à l'octroi d'une rente AI entière au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2002 en raison d'une aggravation durable de son état de santé.

## **E. 5**

L'art. 4 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 - LAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 (art. 28, al. 1 LAI). Dans les cas pénibles, une invalidité de 40% au moins ouvre le droit à une demi-rente. (art. 28 al. 1 bis LAI). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), l'objet de l'assurance n'est pas l'atteinte à la santé en soi ; ce sont plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un

travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 et ss. ; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a).

## **E. 6**

En vertu de l'art. 41 LAI (dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003 art. 17 al. 1 LPGa), les rentes en cours doivent être, pour l'avenir, augmentées, réduites ou supprimées si le degré d'invalidité se modifie de manière à influencer le droit à ces prestations. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence). La révision a lieu d'office ou sur demande (art 87 al. 1<sup>er</sup> du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Si les conditions prévues à l'art. 41 LAI font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités).

## **E. 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; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297 et ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332 et ss.). Au sujet 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 (ATFA du

14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

## **E. 8**

En l'occurrence, le recourant a perçu une demi-rente AI à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2000, correspondant à un degré d'invalidité de 51% en raison de ses deux infarctus du myocarde des mois de mai 1995 et août 1999, suivis d'un quadruple pontage coronarien en octobre 1999. Suite à une troisième crise cardiaque survenue le 27 juin 2002, l'intimé a octroyé au recourant une rente AI entière, correspondant à un degré d'invalidité de 100%, mais pour une période limitée de quatre mois, soit du 1<sup>er</sup> août au 30 novembre 2002. L'intimé avait en effet considéré que l'état de santé du recourant ne s'était péjoré que de manière provisoire et qu'il avait recouvré son droit à une demi-rente AI à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2002. A l'examen du cas, il apparaît que les séquelles du troisième infarctus du 27 juin 2002 ont été entièrement résorbées, ainsi que l'a indiqué la Dresse S\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 novembre 2002, ce qu'a confirmé le médecin-traitant dans son rapport du 29 septembre 2003. Toutefois, le recourant a fait état d'un syndrome vertébral dorsal qui impliquerait, selon lui, une aggravation de son état de santé postérieurement au 1<sup>er</sup> décembre 2002 et, par voie de conséquence, l'octroi d'une rente AI entière dès cette date. La présence d'un syndrome vertébral dorsal a été relevée la première fois par le Dr L\_\_\_\_\_ dans un rapport du 25 mai 2000. Celui-ci citait l'apparition de douleurs dorsales et pectorales à gauche apparues progressivement. Toutefois, il n'en faisait plus mention dans son rapport du 22 août 2002. Dans son rapport du 29 septembre 2003, il expliquait que le recourant souffrait du dos depuis l'année 2000 déjà et que ses douleurs avaient été exacerbées par le stage effectué à la station service Y\_\_\_\_\_ du 26 juin au 3 juillet 2001 dans le cadre de son stage au COPAI. Le Dr L\_\_\_\_\_ relevait notamment que le recourant avait été obligé d'interrompre son activité à 50% en raison de ses douleurs, lesquelles se manifestaient depuis lors également en position de repos, assise ou allongée en décubitus dorsal, et étaient partiellement soulagées en position de décubitus latéral. La position assise était douloureuse après une demi-heure de repos et était exacerbée lorsque le recourant effectuait des mouvements. Le recourant s'estimait incapable de soulever des charges de plus de 5 kg. Toutefois, bien que les mouvements contrariés étaient douloureux, tant au niveau de la musculature para-cervicale que lombaire, le recourant ne présentait pas de troubles neurologiques. Dans un rapport du 31 août 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs au niveau de la colonne dorsale, cervicale et lombaire, s'étaient progressivement étendues depuis l'infarctus du mois d'août 1999. Se fondant sur les constatations de l'institut de RADIOLOGIE FLORISSANT du 2 septembre 2004, il a noté que le recourant présentait une scoliose, une arthrose de la colonne vertébrale et, au niveau cervical, une discopathie étagée avec petite hernie discale non compressive,

une discartrhose étagée L3-L5 et une arthrose des sacro-iliaques. Il a estimé à 50% l'incapacité de travail en raison du syndrome vertébral dorsal. Il résulte en revanche des observations du Dr T\_\_\_\_\_ que ces affections n'étaient pas invalidantes dans une activité adaptée légère, tenant compte des mêmes limitations retenues que pour l'activité compatible avec son état cardio-vasculaire, soit, en suivant le COPAI, toute activité pratique et légère, sans charge, à temps plein avec un rendement de 75%. Le SMR a précisé que les atteintes aux niveaux cervical, lombaires et sacro-illiaque étaient susceptibles d'entraîner des douleurs lors de sollicitations mécaniques excessives ou inappropriées, mais qu'elles étaient compatibles avec l'exigibilité établie pour l'atteinte cardio-vasculaire. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ayant une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (cf. RCC 1988, page 504), le Tribunal de céans se ralliera aux conclusions du SMR du 6 octobre 2004 qui répondent en tous points aux critères de la jurisprudence en la matière (cf. ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). En conséquence, force est d'admettre que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé postérieurement au 1er décembre 2002 et que les conditions de l'art. 41 LAI (cf. art. 17 alinéa 1 LPGa) ne sont pas réunies dans le cas d'espèce. Il y a ainsi lieu de confirmer l'octroi d'une rente entière limitée, suivie d'une demi-rente. A cet égard, l'art. 88a alinéa 1 RAI précise que si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Il apparaît dans le cas particulier que le premier rapport faisant état d'une compensation complète de l'insuffisance cardiaque a été établi par la Dresse S\_\_\_\_\_ en date du 29 novembre 2002. Or, l'intimé a considéré que l'empêchement total de travailler découlant de cette affection avait pris fin le 30 novembre 2002. Ce faisant, l'intimé a méconnu le principe découlant de l'art. 88a alinéa 1 RAI, prescrivant qu'un changement déterminant devait avoir duré depuis trois mois déjà pour qu'il puisse supprimer tout ou partie du droit aux prestations. Ainsi, l'intimé, dans son préavis du 10 octobre 2003, a admis que le taux d'invalidité totale découlant de l'infarctus du myocarde du 27 juin 2002 ne prenait fin en réalité que trois mois après le rapport de la Dresse S\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2002, soit à partir du 1er mars 2003. La décision litigieuse du 11 août 2003 sera donc modifiée dans ce sens. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans constate que le recours est partiellement admis.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.