RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1452/02 **ATAS/99/04**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 3 mars 2004

5ème Chambre

En la cause

Monsieur T_____ recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, Rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13 intimé

Siégeant : Madame Maya CRAMER, Présidente, Madame Doris WANGELER et Madame Isabelle DUBOIS-DUGNON, juges

---

EN FAIT

1. Monsieur T_____, né en août 1955, marié et père de deux enfants, a travaillé en tant qu'éducateur de jour aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) dès le 15 juillet 1985, à raison de 40 heures par semaine. A ce titre, il percevait un salaire mensuel de 7'023 fr. 70.

2. Les 5 et 9 décembre 1997, le Docteur A_____ a effectué une scanographie et une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale de l'assuré. Il a diagnostiqué un décentrage de l'odontoïde vers la gauche, une hernie discale foraminale droite C5-C6 et une discarthose C6-C7 avec une spondylose postérieure intracanalaire faisant une empreinte sur la paroi antérieure du sac thécal et associée à une uncarthrose bilatérale.

3. Le 13 janvier 1998, le Docteur B_____ de la clinique du lac et d'ARGONAY a opéré l'assuré aux niveaux C5-C6 et C6-C7 et a procédé à la mise en place d'une plaque de 45 mm vissée par cinq vis de 18 mm dans les corps vertébraux de C5, C6 et C7 (prothèse discale) et d'un greffon de synatite taille 3 au niveau C5-C6. Suite à cette intervention, l'intéressé a été en incapacité de travailler à 100 % jusqu'au 7 juin 1998, date à laquelle il a repris son emploi à 50 %, puis à 100 % dès le 27 novembre 1998.

4. Dès le 8 octobre 1999, l'assuré a été en incapacité de travailler à 100 % suite à une forte douleur lombaire irradiant sur la face antérieure et externe de la cuisse gauche (cruralgie). Le 12 novembre 1999, le Docteur A_____ a effectué une nouvelle IRM de la colonne lombaire de l'intéressé et a diagnostiqué une discopathie aux étages L2-L3 et L5-S1 ainsi qu'une petite hernie discale intracanalaire latéralisée du côté gauche à la hauteur de L2-L3. Les trois étages sous-jacents à L2-L3 étaient à considérer dans les limites de la norme.

5. Le 2 mars 2000, une nouvelle IRM lombaire pratiquée par le même médecin a permis de préciser le diagnostic de triple discopathie lombaire L1-L2, L2-L3 et L5-S1, la discopathie L2-L3 s'accompagnant d'une hernie intracanalaire très latéralisée du côté gauche.

6. Du 19 au 28 avril 2000, l'assuré a été hospitalisé dans le service de rhumatologie du Docteur C_____ aux hôpitaux de LYON durant trois semaines pour traction et immobilisation plâtrée.

7. Le 10 mai 2000, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), souhaitant être mis au bénéfice d'une rente.

8. Le 15 juin 2000, le Docteur D_____, médecin traitant de l'assuré, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a indiqué que son patient souffrait de cruralgie gauche depuis novembre 1999. Après l'hospitalisation à LYON, la cruralgie gauche avait totalement disparu, mais le patient se plaignait encore de lombalgies en barre sans irradiation provoquées par une même position du corps pendant plus de trois quart d'heure. L'assuré présentait donc une excellente évolution après corset plâtré. En outre, le praticien n'avait décelé aucune altération des fonctions mentales. Il préconisait une reprise d'activité à 50 % à partir du 1er octobre 2000. L'intéressé étant éducateur, il ne soulevait habituellement pas de charge. Dans le rapport concernant les capacités professionnelles joint au rapport médical, le médecin a expliqué que l'assuré pouvait travailler en alternant les positions assises et debout.

9. Le 2 novembre 2000, l'assuré a repris son activité d'éducateur à 50 %. Il travaillait vingt heures par semaine, à raison de six heures par jour pendant trois jours. Cet aménagement de son horaire de travail lui avait permis de réduire le nombre de ses déplacements en voiture. Selon son médecin traitant, une augmentation du taux d'activité ne paraissait pas envisageable.

10. Le 21 mars 2001, le Docteur E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a proposé une expertise afin de déterminer si l'assuré ne pouvait pas travailler à 60 ou 75 %. A son avis, son travail ne semblait pas nécessiter des efforts physiques et il pouvait certainement alterner ses positions. Si le poste de travail imposait des efforts physiques, une autre activité plus légère était peut-être possible à un taux supérieur que 50 %.

11. Du 17 au 27 avril 2001, l'assuré a été hospitalisé au centre hospitalier LYON-SUD pour cause de lombocurosciatique gauche d'aggravation progressive depuis début 2001. Les 17 et 18 avril 2001, il a subi deux nouveaux examens, soit une IRM lombaire et des radiographies ostéo-articulaires. Le Docteur F_____, qui avait réalisé l'IRM, a diagnostiqué une petite lésion dégénérative discale L2-L3 et L5-S1 ainsi qu'un petit angiome postéro-supérieur du corps vertébral de L3, mais n'avait décelé ni hernie discale ni prise de contraste pathologique des racines. Quant au Docteur G_____ qui avait effectué les radiographies, il n'avait rien décelé d'anormal. La doctoresse H_____ du centre hospitalier a expliqué que, devant l'absence de concordance radioclinique, un traitement

médical avait été mis en œuvre, lequel avait permis d'obtenir une amélioration clinique satisfaisante.

12. Le 21 mai 2001, le Docteur I_____, médecin chargé de l'expertise de l'assuré, a demandé au Docteur D_____ ainsi qu'aux hôpitaux de LYON plusieurs renseignements concernant l'assuré. Il désirait notamment savoir si ces praticiens pensaient que le patient pouvait augmenter son temps de travail à 75 %, sachant que sa profession d'éducateur n'entraînait pas de sollicitation physique exceptionnelle. En outre, l'intéressé lui avait semblé dépressif et il souhaitait savoir s'il un examen spécialisé avait eu lieu.

13. Le 31 mai 2001, le Docteur D_____ lui a répondu qu'il pensait que l'assuré pouvait reprendre une activité à 50 % à partir du 1er juin 2001. Il lui a également transmis un résumé de l'hospitalisation aux hôpitaux de LYON.

14. Le 12 juillet 2001, le Docteur J_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, a rédigé un rapport à l'attention du Docteur I_____, lequel avait sollicité son avis médical le 13 juin 2001. Il a diagnostiqué une gonarthrose du compartiment interne du genou droit sur ménisectomie, une discopathie L2-L3 avec petite hernie discale intra-foraminale peu compressive, responsable de la douleur de la face antérieure de la cuisse gauche et une discopathie L5 sans compression radiculaire responsable de la douleur de la fesse gauche. De son point de vue, il n'y avait aucune discordance radioclinique. A son avis, la traitement conservateur n'avait pas été poursuivi de manière adéquate, le Laroxyl ayant été arrêté alors qu'il avait un effet bénéfique et le patient ayant été laissé sous corset sans programme de sevrage progressif. Il pensait qu'un programme de rééducation posturale de longue durée associée à des exercices de musculation devrait permettre une amélioration de la symptomatologie actuelle.

15. Le 24 juillet 2001, le Docteur K_____, psychiatre, a rédigé un rapport à l'attention du Docteur I_____, lequel avait également sollicité son avis le 27 juin 2001. Après avoir examiné l'assuré les 9 et 16 juillet 2001 et avoir pris connaissance de son dossier, il a conclu à l'absence de trouble mental pouvant être responsable de l'apparition, de l'aggravation et de la persistance de la douleur. Il n'existait notamment pas de trouble dépressif, de troubles somatoformes, de trouble de la personnalité ou de trouble factice.

16. Le 20 août 2001, le Docteur I_____ a rédigé un rapport d'expertise à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué des lombalgies communes chroniques avec irradiations sous forme de cruralgie gauche, une gonarthrose

gauche débutante ainsi qu'une colopathie fonctionnelle. Le diagnostic à retenir était celui de lombalgies communes chroniques dont la cause était l'atteinte probable du disque intervertébral L2-L3 et L5-S1 dont l'origine était dégénérative. L'examen révélait des limitations modérées et fluctuantes que le Docteur I_____ estimaient compatibles avec son travail d'éducateur, cette activité professionnelle ne comprenant pas de port de charge ni de sollicitation lourde. On ne pouvait retenir de contre-indication médicale à des trajets quotidiens en voiture d'une durée inférieure à trente minutes. L'expert a relevé que l'assuré raisonnait d'une manière mécanique : il avait été très soulagé par une opération sur la colonne cervicale et attendait une même opération avec les mêmes effets. L'impossibilité de réaliser cette deuxième intervention semblait avoir figé le patient dans ses plaintes. Le Docteur A_____ avait d'emblée parlé de l'existence d'une hernie discale douze jours après le début des symptômes et cette révélation avait certainement figé en partie les symptômes. La capacité résiduelle de travail de l'assuré était de 80 %, les limitations fonctionnelles actuelles de la colonne lombaire pouvant justifier une diminution de 20 % de la capacité de travail. Cependant, afin de permettre à l'assuré de suivre une rééducation posturale médicalement indispensable, l'expert proposait d'accorder des compensations pour une durée de quatre mois où la capacité de travail serait reconnue à 50 %.

17. Le 24 août 2001, la doctoresse H_____ du centre hospitalier LYON-SUD a répondu au Docteur I_____ que, au vu du dossier de l'assuré, du cahier des charges concernant ses activités principales, accessoires et occasionnelles et les responsabilités inhérentes au poste occupé, une augmentation de travail à 75 % était possible compte tenu de son état clinique lors de l'hospitalisation.

18. Le 31 octobre 2001, l'OCAI a rédigé un projet d'acceptation de rente en se basant sur les renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de la demande. L'assuré avait droit à une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50 %, du 1er octobre 2000 au 31 janvier 2001, dans la mesure où il aurait pu reprendre son activité à un taux de 75 %- 80 % en novembre 2000 déjà.

19. Suite à ce projet, l'intéressé a demandé une audition, qui s'est déroulée le 15 novembre 2001. Il a exposé qu'il contestait les conclusions de l'expertise du Docteur I_____ précisant qu'il aurait pu reprendre une activité professionnelle dès le mois d'août 2001. Il n'avait jamais été en mesure de travailler à un taux supérieur à 50 % depuis sa reprise du travail en novembre 2000 et il avait même dû s'arrêter totalement à plusieurs reprises. C'était uniquement lors des activités professionnelles que les douleurs se faisaient sentir :

s'il pouvait bénéficier de plusieurs jours de repos, les douleurs s'atténuaient lentement. Il souhaitait que son droit à une demi-rente soit réexaminé.

20. Le 15 février 2002, l'assuré a informé l'OCAI qu'il était à nouveau en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2001, suite à une aggravation de son état de santé. Il a joint un certificat du 8 février 2002 du Docteur L_____ confirmant son arrêt de travail jusqu'à son hospitalisation à AIX-LES-BAINS prévue le 29 juillet 2002.

21. Le 13 mars 2002, sur requête de l'OCAI, le Docteur D_____ lui a transmis un rapport du 8 décembre 2001 du Docteur L_____. Ce dernier estimait que les douleurs du patient se situant au niveau lombaire avec irradiations dans la fesse gauche se présentaient dans le cadre d'un état douloureux chronique de nature psychosomatique, pour lequel l'abord et la prise en charge devaient être multidisciplinaires. Il a encore expliqué que, si l'assuré avait refait une crise aiguë en novembre 2001, il devrait pouvoir bientôt reprendre à 50 %.

22. Le 20 mars 2002, le Docteur E_____, dans une note interne à l'OCAI, a relevé que le Docteur L_____ avait indiqué qu'il pensait que l'assuré pourrait reprendre son travail à 50 %. Le médecin-conseil mentionnait encore que l'intéressé pouvait continuer à porter son corset pour le travail et les trajets. Le fait que son lieu de travail se trouvait très éloigné ne relevait pas de l'assurance-invalidité. D'une façon globale, le Docteur E_____ estimait qu'il y avait « statu quo » de la maladie.

23. Par décision du 22 mai 2002, l'OCAI a octroyé à l'assuré une demi-rente du 1er octobre 2000 au 31 janvier 2001 en se fondant sur un degré d'invalidité de 50 %, ainsi qu'une demi-rente complémentaire pour conjoint et une demi-rente pour enfant.

24. Par courrier du 14 juin 2002, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en arguant du fait qu'il se trouvait dans l'incapacité de maintenir une activité à 50 % plus de six mois. Des périodes de douleurs récidivantes très vives (lombalgies, sciatique et cruralgies) étaient ponctuées par des arrêts de travail, puis par des hospitalisations. Il avait repris une activité à 50 % le 1er mai 2002, mais il ne pouvait assumer un taux d'activité supérieur car un temps de repos important lui était nécessaire et son traitement était lourd.

25. Par préavis du 16 août 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours en se fondant tout particulièrement sur le rapport d'expertise effectué par le Docteur I_____, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

26. Le 26 août 2002, le recourant a répliqué en expliquant que, au vu du peu d'amélioration de la situation, il avait décidé de consulter un neurochirurgien, le Professeur M_____, ce avec l'accord de son médecin traitant. Le rendez-vous ayant été fixé au 12 septembre 2002, le recourant a sollicité l'octroi d'un délai supplémentaire.

27. Le 27 octobre 2002, le recourant a transmis à la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI (actuellement Tribunal de céans) une note de son médecin traitant du 25 octobre faisant référence à un avis du Docteur N_____, neurologue à ANNECY, montrant un EMG du membre inférieur gauche normal, mais une aréflexie achilléenne gauche. Ce praticien avait estimé la douleur discordante comparée à la normalité des bilans complémentaires. Le médecin traitant estimait qu'il était nécessaire de maintenir le recourant à 50 % dans l'attente d'une nouvelle IRM.

28. Le 12 novembre 2002, la doctoresse O_____ du cabinet de radiologie FLORISSANT a effectué une IRM du rachis et a diagnostiqué une discopathie asymétrique vers la gauche en C4-C5 sans franche hernie décelable, une discopathie protusive L2-L3 avec ébauche de fissuration de l'anneau fibreux, une arthrose facettaire débutante bilatérale, une discopathie protusive débutante en L4-L5 sans hernie avec ébauche d'arthrose facettaire et une discopathie protusive sans hernie constituée en L5-S1.

29. Le 6 janvier 2003, le Docteur E_____ a rappelé ces données et a estimé que le taux de capacité de travail retenu par le Docteur D_____, soit 50 %, était déjà celui annoncé en 2000, ce qui était compréhensible dans la mesure où l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé objectivement et durablement depuis cette date. Le dernier examen radiologique montrait des éléments plutôt moins graves, un test objectif (EMG) ne signalait rien d'anormal et il demeurait des discordances entre les examens effectués et les plaintes. Une expertise multidisciplinaire effectuée ultérieurement ayant évalué la capacité de travail du recourant à 80 % dans le poste exercé, il se justifiait de s'y tenir.

30. Sur cette base, l'OCAI a persisté dans ses conclusions le 7 janvier 2003.

EN DROIT

1. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1, 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité (aLAI) et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (aRAI). Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. 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. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile et dans la forme prescrite par la loi, il convient d'admettre la recevabilité du recours (69 aLAI et 84 ancien de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, LAVS).

4. Le présent litige porte sur la capacité résiduelle de travail du recourant, et, conséquemment, sur son droit éventuel à une demi-rente d'invalidité.

4.a L'art. 4 al. 1 aLAI stipule que l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumé 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.

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en

évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299).

Le médecin ne doit donner son avis que sur des questions médicales. Dans son rapport, il doit notamment objectiver le tableau clinique des plaintes exprimées par la personne assurée. Le cas est, en général, soumis au service médical de l'office. 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 ; VSI 2000, p.154). Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes (RCC 1988, p. 504).

Par ailleurs, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353).

4.b En l'espèce, le recourant considère qu'il n'est plus en mesure de travailler qu'à 50 % en raison de périodes de douleurs récidivantes très vives sous la forme de lombalgies, sciatique et cruralgies. Il lui était devenu difficile de maintenir une activité à 50 % plus de six mois, preuve en était les arrêts de travail qu'il avait subi ainsi que les hospitalisations dont il avait fait l'objet.

Malgré l'avis du recourant, force est cependant de constater que les renseignements médicaux figurant au dossier ne permettent pas de trancher dans ce sens. En effet, l'expertise du Docteur I_____ répond aux critères susmentionnés de la jurisprudence et ne prête pas le flanc à la critique : Ce praticien a examiné le recourant quatre fois, soit les 30 mars, 20 et 30 mai et 18

juin 2001 et se fonde sur une bonne connaissance du dossier médical de l'assuré. Avant de rédiger son expertise, il s'est attaché le concours de deux spécialistes, le Docteur J_____, spécialiste en médecine interne et en maladies rhumatismales, et le Docteur K_____, médecin psychiatre. Ces deux praticiens ont également rendu des rapports probants et exhaustifs tout à fait convaincants s'appuyant sur l'examen du recourant et sur l'étude de son dossier. Les conclusions du Docteur I_____ quant à la capacité résiduelle de travail de 80 % du recourant emportent la conviction du tribunal, d'autant plus qu'elles ont été corroborées par les conclusions de la doctoresse H_____ du centre hospitalier LYON-SUD.

Il est à relever à cet égard que seul le Docteur D_____, le médecin traitant du recourant, estime que la capacité résiduelle de travail de l'assuré demeure de 50 %. Cette appréciation médicale ne saurait à elle seule servir d'indice pour douter du bien-fondé de l'expertise réalisée par le Docteur I_____ dans la mesure où les constatations du médecin de famille ont une valeur probante inférieure à celle des spécialistes ainsi qu'il l'a été rappelé.

Dès lors, c'est à juste titre que l'Office intimé a fixé le taux d'invalidité du recourant à 20 % à partir du 1er novembre 2000, date à laquelle le recourant aurait pu reprendre une activité à 80 % plutôt qu'à 50 %.

Il reste à déterminer à partir de quand et jusqu'à quel moment le droit à la demi-rente d'invalidité du recourant a perduré.

5.a L'art.28 al. 1 aLAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 2/3 % au moins d'invalidité.

Aux termes de l'art. 29 al. 1 aLAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt soit à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins (variante I), soit à la date dès laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable (variante II). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI).

L'art. 88 a RAI précise encore que si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, 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. On est en présence d'une situation instable, lorsqu'une nouvelle détérioration de la capacité de gain reste possible, notamment en cas de rapports de travail provisoires et de reprise d'une activité lucrative à l'essai. Dans de tels cas, on ne tiendra compte de l'amélioration intervenue que si elle dure depuis trois mois sans interruption notable, et qu'il paraît vraisemblable qu'elle se maintiendra (RCC 1984 p. 137). En outre, lorsque doit être prise, pour la première fois et en même temps, une décision concernant l'octroi d'une rente plus élevée suivie d'une rente inférieure ou même une décision de suppression, la réduction ou la suppression de la rente prend effet à l'un des délais mentionnés à l'art. 88a al. 1 RAI. On n'est pas en présence d'une révision (RCC 1983 p. 487, 1980 p. 695).

5.b En l'espèce, l'OCAI a fixé le droit à la demi-rente du 1er octobre 2000 au 31 janvier 2001. Cette manière de procéder est conforme aux dispositions légales susmentionnées, dans la mesure où le recourant a été en incapacité de travailler à 100 % dès le 8 octobre 1999 et où le droit à la demi-rente avait donc pris naissance une année après, soit le 1er octobre 2000. Quant à la date du 31 janvier 2001 retenue pour la suppression de ladite demi-rente, l'OCAI s'est fondé sur l'expertise du Docteur I_____ pour retenir que le recourant était en mesure de travailler à 80 % dès début novembre 2001 et a tenu compte des trois mois tel que le prévoit l'art. 88a al. 1 RAI. Cette solution n'est dès lors pas critiquable.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision de l'OCAI du 22 mai 2002 confirmée.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ

A la forme :

Déclare recevable le recours du 14 juin 2002 interjeté par Monsieur T_____ à l'encontre de la décision de l'OCAI du 22 mai 2002 ;

Au fond :

1. Le rejette ;

2. Confirme la décision de l'OCAI du 22 mai 2002 ;

3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument ni alloué d'indemnité ;

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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