RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2039/2004 **ATAS/1077/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 28 novembre 2006

En la cause

Monsieur V_____, domicilié - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MOURO Manuel	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur V_____, né le 1945, ressortissant espagnol, a travaillé dans l'entreprise X_____SA en qualité de manœuvre de chantier, dès le 13 mars 1984.

2. Le 16 juillet 1993, l'assuré s'est tordu le genou droit sur son lieu de travail et le 31 décembre 1993, il est tombé sur son genou gauche. Suivant les indications de son médecin traitant, le Docteur. A_____, il a repris le travail le 1er février 1994. Il a toutefois cessé toute activité après deux jours de travail. Il a alors été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci après : SUVA). Le 23 mai 1995, le Docteur. B_____, médecin-conseil de la SUVA, a conclu à un status après traumatisme des deux genoux, avec lésions méniscales internes opérées ddc, rupture du croisé antérieur, avec gonarthrose bilatérale.

3. Le 13 février 1995, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci après : OCAI) visant à l'obtention d'une rente.

4. Afin d'évaluer le droit aux prestations de l'assuré, l'OCAI l'a soumis à un examen du Centre d'observation professionnelle (ci-après : COPAI). Dans son rapport final du 23 avril 1996, le centre est arrivé à la conclusion que l'assuré pourrait se réadapter dans le cadre d'un travail sériel simple ou d'une cordonnerie et avec un rendement normal sur un taux d'activité de 50%. S'agissant d'une activité sérielle, un réentraînement à l'effort de deux ou trois mois serait toutefois nécessaire. Dans le cas d'un emploi de cordonnier, une formation « sur le tas » de six mois dans une cordonnerie traditionnelle (permettant d'alterner les positions assise-debout) devrait être envisagée.

5. Par décision du 24 mars 1998, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 63% et lui a octroyé une demi-rente simple, assortie d'une rente complémentaire pour son épouse.

6. Le 24 avril 1998, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'AVS-AI (ci après : la Commission), alors compétente, alléguant que son handicap l'empêchait de porter des charges et de rester dans une même position pendant des périodes prolongées. Il considère que son incapacité de travail est totale et fait en outre état d'une péjoration de son état de santé depuis 1996.

   Il a produit un rapport du chirurgien orthopédique. C_____, selon lequel l'examen clinique avait montré des épanchements intra-articulaires des deux genoux, plus marqués à droite, avec des douleurs très vives au niveau de

l'interligne interne, et des tests méniscaux positifs qui suggéraient de nouvelles lésions de ce ménisque interne associées à une probable gonarthrose débutante évolutive.

7. Par jugement du 7 septembre 2001, la Commission de recours a confirmé le degré d'invalidité de 63% retenu par l'OCAI. Elle a par ailleurs considéré que la détérioration de l'état de santé qui serait intervenue après l'examen du COPAI, en 1996, n'avait pas été démontrée.

8. L'assuré a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision auprès du Tribunal fédéral des assurances (ci après : TFA) alléguant une péjoration de son état de santé dès septembre 2001. Le 9 septembre 2002, le TFA a rejeté le recours, suggérant à l'assuré de déposer le cas échéant une demande de révision.

9. Par courrier du 1er décembre 2003, l'assuré a sollicité de l'OCAI la révision de sa rente. Le jour même, le Docteur A_____ a adressé à l'OCAI un rapport concluant à une incapacité totale de travail, depuis 1996.

10. A la demande du médecin traitant, le cardiologue D_____ a examiné l'assuré le 30 octobre 2003. Le 19 décembre 2003, ce médecin a transmis à l'OCAI un rapport daté du 4 novembre 2003, aux termes duquel il a diagnostiqué une récidive de fibrillation auriculaire dans le contexte d'une cardiopathie hypertensive avancée avec une réponse ventriculaire rapide et symptomatologie d'insuffisance cardiaque. Il a annoncé en outre le décès du Docteur A_____.

11. Le 24 février 2004, suite à une demande de renseignements supplémentaires de l'OCAI, le Docteur D_____ a convoqué l'assuré pour une réévaluation cardiaque. Une discrète diminution de la fonction systolique ventriculaire gauche s'est ajoutée aux diagnostics précédemment posés.

12. Invité à se déterminer, le Docteur. E_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci après : SMR), a considéré que la péjoration de la fonction cardiaque restait tout à fait compatible théoriquement avec l'exercice d'une activité légère à 50%. L'insuffisance cardiaque était compensée; par contre, l'excès pondéral s'était aggravé entre novembre 2003 (118 kg/173 cm.) et février 2004 (124 kg/173 cm.), ce qui ne représentait toutefois pas un facteur d'incapacité supplémentaire, un effort pouvant être exigé de l'assuré sur ce plan (rapport du 12 mars 2004).

13. Par décision du 26 mars 2004, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente. Il a constaté que la fonction cardiaque de l'assuré restait tout à fait compatible avec l'exercice d'une activité légère à 50%. En conclusion, les nouveaux éléments apportés n'avaient pas modifié la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible. Toutefois, suite à l'entrée en vigueur des dispositions de la 4ème révision

de la loi sur l'assurance-invalidité, le taux d'invalidité de 63% donnait droit à l'assuré, dès le 1er janvier 2004, à trois-quarts de rente.

14. Par courrier du 26 avril 2004, l'assuré a formé opposition à ladite décision en concluant à l'octroi d'une rente entière, et reprochant à l'OCAI de n'avoir pas pris en considération ses problèmes cardiaques.

15. Dans un avis complémentaire du 5 août 2004, le médecin-conseil du SMR a constaté d'une part, que le Docteur A_____ avait mentionné une incapacité totale depuis 1996 sans donner aucun argument plaidant en faveur d'une aggravation et, d'autre part, que le Docteur D_____ n'avait mis en évidence aucun symptôme d'insuffisance cardiaque ; le rythme cardiaque était normalisé sous traitement et l'examen échocardiographique n'avait révélé qu'une discrète diminution de la fonction ventriculaire systolique. Ces constatations objectives témoignaient d'une compensation de l'insuffisance cardiaque et de la fibrillation auriculaire, qui sont des complications fréquentes de l'hypertension artérielle, et qui n'empêchent pas l'exercice d'une activité légère, surtout à mi-temps. Le médecin-conseil du SMR a également relevé que selon le Docteur F_____, si l'assuré est inapte au travail, c'est essentiellement en raison de son manque de qualifications. En outre, considérant que l'assuré avait démontré dès le début de la procédure d'instruction de l'AI qu'il n'était pas disposé à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle, le médecin-conseil du SMR a considéré qu'une évaluation ergométrique demandant une coopération active de la personne examinée n'était pas réalisable.

16. Par décision sur opposition du 31 août 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition.

17. Par écriture du 4 octobre 2004, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière. A l'appui de son recours, il a exposé qu'il n'était pas raisonnable de penser que les importants troubles cardiaques dépistés en 2001 n'avaient influencé en rien sa capacité de gain, qu'il souffrait d'une fatigabilité accrue, qu'il avait déjà été victime de troubles cardiaques ayant exigé son hospitalisation. Il était d'avis qu'une reprise d'emploi pourrait même être dangereuse pour lui.

18. Dans son préavis du 19 novembre 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

19. Dans sa réplique du 13 décembre 2004, le recourant a demandé à être soumis à une expertise. Le 28 janvier 2005, il a remis au Tribunal de céans une copie du rapport du Docteur D_____ du 24 janvier 2005, dans lequel celui-ci conclut à une cardiopathie hypertensive, avec fibrillation auriculaire chronique et symptomatologie d'insuffisance cardiaque modérée, sans modification par rapport aux constatations de février 2004. Dans le cadre des capacités physiques, le cardiologue encourage vivement une activité physique modérée dans la limite des capacités. Sur le plan

professionnel, il constate que le patient présente des gonalgies sévères invalidantes. Selon lui, cet élément, associé à la présence de la cardiopathie hypertensive, contre-indique toute reprise professionnelle.

20. Dans sa duplique du 23 février 2005, l'OCAI a persisté dans ses conclusions et s'est opposé à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée. Il a annexé l'avis du médecin-conseil du SMR, lequel confirmait ses conclusions des 12 mars et 5 août 2004 et considérait que l'incapacité de travail entière n'avait été étayée par aucun argument.

21. Le 2 mars 2005, l'assuré a encore insisté pour qu'une expertise médicale soit ordonnée, constatant que sur la base des mêmes résultats, deux médecins établissaient des conclusions divergentes.

22. Le Docteur D_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 11 octobre 2005. Il a confirmé que son patient était incapable de travailler à 100%, quelle que soit l'activité envisagée, et ce en raison de ses problèmes cardiaques.

    Lors de la comparution personnelle des parties qui s'est tenue le même jour, celles-ci ont convenu que le procès-verbal d'audition du Docteur D_____ serait communiqué au SMR Léman pour détermination.

    Le 20 octobre 2005, ce service a ainsi indiqué : "nous ne nions pas la présence d'une cardiopathie hypertensive (et probablement rythmique), et il est tout à fait possible qu'elle s'aggrave. Au stade actuel, nous ne sommes pas du tout convaincus que cette cardiopathie justifie une incapacité totale, comme l'affirme le cardiologue traitant. C'est pourquoi nous estimons qu'un avis neutre, via une expertise cardiologique, est indispensable".

    L'OCAI a, au vu de cet avis du SMR, estimé qu'une expertise cardiologique était indispensable et a dès lors rejoint en ce sens les conclusions de l'assuré.

    Le Tribunal de céans a décidé d'ordonner cette expertise et a requis des parties qu'elles lui communiquent la liste des questions qu'elles souhaitaient voir poser à l'expert.

    Les parties ont fait usage de ce droit.

23. Par ordonnance du 13 décembre 2005, le Tribunal de céans a confié au Dr G_____, cardiologue FMH, un mandat d'expertise.

    Celui-ci a établi son rapport le 27 février 2006. Il a retenu les diagnostics de cardiopathie hypertensive avec hypertrophie ventriculaire gauche, fonction systolique du ventricule gauche à la limite inférieure de la norme, dilatation de l'oreillette gauche et hypertension artérielle pulmonaire discrète, de gonarthrose bilatérale et d'obésité morbide avec un BMI de 40.

Le Dr G_____ a admis une insuffisance cardiaque modérée, a constaté une aggravation des valeurs de pression pulmonaire lors de son examen comparées aux dernières mesures effectuées par le Dr D_____ en février 2004, fixé la date des premiers signes et symptômes à 2001 avec l'apparition de la fibrillation auriculaire. Il a considéré que la capacité de l'assuré en tant que manœuvre était de 0% sur le plan cardiologique pur, étant précisé que seul un travail de "bureau" semblait envisageable en raison des comorbidités présentes. L'appréciation du Dr D_____ selon laquelle l'assuré ne peut plus travailler même dans une activité adaptée lui semble fondée sur la base non pas de la seule cardiopathie sous-jacente mais sur l'ensemble des comorbidités existantes. A la question de savoir s'il est exact qu'une discrète péjoration de la fonction cardiaque peut engendrer une importante incapacité de travail, le Dr G_____ a affirmé que tel était le cas lorsque la diminution de la fonction cardiaque survient sur un "terrain" particulier. Dans le cas de l'assuré, le fait que cette insuffisance cardiaque se surajoute à l'obésité et à la gonarthrose peut entraîner des symptômes plus importants que si ces comorbidités n'existaient pas. Selon le Dr G_____, il est impossible de juger de la capacité d'effort de l'assuré compte tenu de sa limitation orthopédique (test d'effort sur vélo ou tapis roulant impossible à effectuer). Il existe déjà une hypertension artérielle pulmonaire au repos qui peut s'aggraver à l'effort. S'agissant de la perte pondérale, le Dr G_____ a considéré que bien qu'elle soit possible et souhaitable, le contexte général (problèmes orthopédiques graves et de longue durée, insuffisance cardiaque, habitude de vie) rendent cette perte de poids totalement utopique. L'assuré est pris dans un cercle vicieux qui débute probablement par l'atteinte orthopédique dont découle en partie le surpoids puis l'hypertension, puis l'insuffisance cardiaque, puis la fibrillation auriculaire et enfin l'hypertension artérielle pulmonaire. Ainsi selon l'expert, bien que la plupart de ces anomalies puissent être théoriquement traitées, si ce n'est guéries, la situation générale fait que le pronostic sur le plan purement fonctionnel est très réservé, qu'il en est d'ailleurs de même sur le plan vital si on ne parvient pas une fois encore à interrompre ce cercle vicieux.

24. Les médecins du SMR se sont déterminés, dans une note du 22 mars 2006, sur ce rapport.

Ils ont considéré que le rapport d'expertise établi par le Dr G_____ ne permettait pas de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan strictement cardiologique. Ils ont considéré que l'expert ne répondait pas à toutes les questions qui lui avaient été posées et se prononçait pour le surplus sur la capacité de travail de l'assuré en tenant compte de facteurs ne relevant ni de sa spécialité ni du domaine médical. Les médecins du SMR reprochent à l'expert de n'avoir donné aucune information suffisamment précise pour permettre de comprendre s'il existe ou non une aggravation significative de l'état de santé sur le plan cardiaque. L'OCAI ne reconnaît dès lors aucune valeur probante au rapport d'expertise et persiste dans ses conclusions.

25. Dans ses écritures du 3 mai 2006, l'assuré a sollicité l'audition du Dr G_____ afin que des questions complémentaires puissent lui être posées. Cela étant, il a relevé que les conclusions de l'expert coïncident avec celles du Dr F_____, puisque les deux médecins considèrent que le cumul des problèmes liés à la cardiopathie et à l'ensemble des comorbidités existantes impliquent une incapacité totale de travail.

26. Le Dr G_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 13 juin 2006. Les questions figurant dans l'ordonnance d'expertise ont été reprises et le Dr G_____ y a répondu, complétant en cela son rapport du 27 février 2006.

    Le procès-verbal d'audition a été communiqué aux médecins du SMR pour appréciation. Selon la Dresse H_____, il résulte des réponses du Dr G_____ que la capacité de travail, d'un point de vue cardiologique, est entière dans une activité adaptée sédentaire, telle une activité manuelle légère, et que les limitations fonctionnelles cardiologiques recoupent les limitations orthopédiques (cf. note du 15 juin 2006).

27. Par courrier du 12 juillet 2006, l'assuré constate que les médecins du SMR, dont il souhaiterait du reste connaître les domaines de spécialisation, ne proposent aucun argument scientifique susceptible de mettre en doute la valeur probante de l'expertise. Il regrette que ces médecins ne se soient pas présentés à l'audience d'instruction au cours de laquelle l'expert a été entendu. Il rappelle enfin que le Dr G_____ s'était étonné, lorsqu'il avait été entendu, du peu d'attention avec laquelle le SMR avait examiné les valeurs et informations objectives indiquées dans son rapport.

28. Le 1er septembre 2006, l'assuré a produit copie d'un courrier du Dr G_____ daté du 18 août 2006, confirmant que le problème cardiaque "se surajoute à la limitation qui avait valu à *l'assuré* une invalidité à 63%". Le Dr G_____ considère que le SMR commet une erreur d'interprétation en estimant que les deux limitations, cardiaque et orthopédique, se recoupent. Il en veut pour preuve la dernière phrase de sa déposition, selon laquelle "la cardiopathie apparue postérieurement à la décision de l'AI fixant le degré d'invalidité de l'assuré à 63% a entraîné une aggravation de son invalidité".

29. Le courrier de l'assuré du 1er septembre 2006, ainsi que celui du Dr G_____, ont été communiqués à l'OCAI. Renseignements pris auprès de cet office sur demande expresse de l'assuré, il s'avère que la spécialité des deux médecins du SMR sont pour la Dresse H_____, FMH en médecine interne et pour la Dresse I_____, FMH en pneumologie.

30. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941(LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

3. 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). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   La LPGA est applicable au cas d'espèce, de même que les dispositions de la novelle modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852).

4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 56 et 60 LPGA.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assuré lui ouvre ou non le droit à une rente d'invalidité entière, en lieu et place du trois-quarts de rente qui lui est actuellement versé.

6. 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 et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute

diminution de l'ensemble ou 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

8. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 41 LAI).

   L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité.

   Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

   Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg

2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

10. 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).

11. A l'époque de la décision initiale du 24 mars 1998, l'OCAI avait retenu un taux d'invalidité de 63% et accordé l'octroi d'une demi-rente AI, en raison d'atteintes orthopédiques. La demi-rente a été remplacée par un trois-quarts de rente dès l'entrée en vigueur de la 4ème révision LAI le 1er janvier 2004.

    L'assuré a sollicité la révision de sa rente le 1er décembre 2003, alléguant une aggravation de son état de santé, en raison de troubles cardiaques diagnostiqués en 2001.

    Selon les médecins du SMR cependant, l'insuffisance cardiaque compensée, et la fibrillation auriculaire n'empêchent pas l'exercice d'une activité légère, à mi-temps. Ils considèrent que les limitations fonctionnelles cardiologiques et orthopédiques se recoupent.

    Tant le Dr D_____ que l'expert ont déclaré que même une discrète péjoration de la fonction cardiaque pouvait engendrer une importante incapacité de travail.

    Le Tribunal de céans a ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr G_____. Celui-ci a établi son rapport le 27 février 2006, qu'il a complété lors de son audition le 13 juin 2006.

    Il s'est fondé sur un examen cardiologique complet, a pris en considération les plaintes exprimées par l'assuré, a démontré une pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation et les appréciations émises sont claires, convaincantes et motivées. Cette expertise présente ainsi une valeur probante suffisante.

    Le Dr G_____ a posé le diagnostic de cardiopathie hypertensive avec hypertrophie ventriculaire gauche, fonction systolique du ventricule gauche à la limite inférieure de la norme, dilatation de l'oreillette gauche et hypertension artérielle pulmonaire discrète, de gonarthrose bilatérale et d'obésité morbide avec un BMI de 40. Il considère que l'assuré est incapable de travailler à 100%, comme manœuvre sur le plan cardiologique pur. Il envisage en revanche la possibilité d'un travail "de bureau". Entendu par le Tribunal de céans, il précise que "la cardiopathie apparue postérieurement à la décision de l'AI fixant le degré d'invalidité de l'assuré à 63% a entraîné une aggravation de son invalidité".

Il y a lieu de constater que le Dr F_____, également cardiologue, auquel le médecin traitant avait adressé l'assuré en octobre 2003, indiquait également que celui-ci était inapte au travail (cf. rapport du 25 février 2004). Il faisait plus particulièrement état d'une légère aggravation de la fonction cardiaque. Il a confirmé l'incapacité de travail à 100% quelle que soit l'activité envisagée lors de son audition du 11 octobre 2005.

12. Force est de constater que, contrairement aux conclusions des médecins du SMR, qui ne sont au demeurant pas spécialistes en cardiologie, les troubles cardiaques, ajoutés aux limitations orthopédiques, impliquent une aggravation de l'état de santé. Il est ainsi établi, à satisfaction de droit, que l'assuré souffre d'une aggravation de son état de santé. Il y a dès lors matière à révision au sens de l'art. 17 LPGA.

13. Le Dr G_____ ne se prononce toutefois pas clairement sur l'influence de cette aggravation sur la capacité de travail, compte tenu de l'ensemble des comorbidités dont l'assuré souffre. Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'OCAI qui mettra en œuvre une expertise dans le cadre du COPAI, puis rendra une nouvelle décision.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.

3. Annule les décisions des 26 mars et 31 août 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI qui mettra en œuvre une expertise dans le cadre du COPAI, puis rendra une nouvelle décision.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

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

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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