

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/226/2009

ATAS/1356/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 29 octobre 2009

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B _____, né en 1950, a été gérant d'un magasin d'horlogerie de 1978 à 2001.
2. Le 21 juin 2007, il a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI). Il a précisé avoir été au chômage de mai 2004 à mai 2006. Il a expliqué être depuis février 2004 dans l'incapacité partielle de travailler suite à une attaque cardiaque, à des attaques cérébrales et à des problèmes artériels touchant les membres inférieurs. Il a ajouté qu'après plusieurs interventions chirurgicales, il lui était encore difficile de se déplacer et qu'il lui fallait un long temps de repos après le moindre effort.
3. Dans un rapport du 17 mai 2005, le Dr L _____, spécialiste FMH en cardiologie et médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), a conclu à une totale incapacité de travail du 1^{er} février 2005 au 15 septembre 2005, date à laquelle il a estimé que l'assuré pourrait à nouveau exercer sa profession à plein temps, à condition d'éviter les travaux lourds.
4. Dans un rapport du 20 septembre 2007, le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, a mentionné des lombosciatalgies présentes depuis 2002, un infarctus du myocarde survenu le 1^{er} février 2005, une maladie coronarienne d'un vaisseau avec implantation d'un stent sur coronaire le 2 février 2005, une hypertension artérielle diagnostiquée en juin 2005, un accident vasculaire pariétal droit survenu le 29 janvier 2007, une endartériectomie de la bifurcation carotidienne droite présente depuis le 21 février 2007 et la pose d'un stent ilio-fémoral en 2007. Il a également diagnostiqué, tout en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail de son patient, une fracture post-traumatique de la malléole interne droite en 2000, une opération de hernie inguinale et une obésité. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail à compter du 1^{er} février 2005.
5. Interrogé par l'OCAI, le Dr P _____, chef de clinique au service de chirurgie cardio-vasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a rendu un rapport en date du 4 octobre 2007. Il y indique que l'assuré a été hospitalisé dans son service pour une endartériectomie de la bifurcation carotidienne droite le 21 février 2007, que le deuxième jour postopératoire, l'assuré a souffert d'une paralysie faciale de type périphérique du côté droit et qu'il a alors bénéficié d'une consultation neurologique le 23 février 2007. Les examens pratiqués ont montré une artère carotide interne droite perméable et l'absence d'hématome et de lésions ischémiques, hormis d'anciennes lésions. L'assuré a quitté le service de chirurgie cardio-vasculaire le 24 février 2007. Le médecin a encore mentionné que l'intéressé avait été victime d'un accident vasculaire cérébral sylvien droit en date du 1^{er} juillet 2006.

6. Dans un rapport du 14 novembre 2007, le Dr N_____, médecin à la polyclinique de neurochirurgie des HUG, a fait état d'un accident vasculaire cérébral pariétal droit dans le cadre d'une sténose de la carotide interne droite nécessitant une endartériectomie. Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail de l'intéressé, une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie et un status post-pose de stent coronarien en février 2005. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail en janvier 2007 et a confirmé que, suite à l'endartériectomie, l'assuré avait souffert d'une paralysie faciale.
7. Le Dr N_____, dans un rapport complémentaire du 13 février 2008, a précisé que l'hospitalisation dans le service de neurologie avait duré du 29 janvier au 6 février 2007 et qu'il n'avait pas revu le patient depuis sa sortie du service. L'anamnèse mentionnait une douleur orbitaire droite puis une faiblesse de l'hémicorps gauche avec chute au sol. Le patient se plaignait principalement d'une hypoesthésie de l'hémicorps gauche. Une hémi-anesthésie facio-brachio-crurale gauche et une diminution modérée de la force des membres supérieur et inférieur gauches avaient été constatées. Le patient avait bénéficié d'une endartériectomie interne droite, le 21 février 2007, avec petite complication de paralysie faciale ipsilatérale à l'incision.
8. Interrogé par l'OCAI, le Dr M_____ a précisé, dans un rapport daté du 27 mai 2008, que l'incapacité de travail était justifiée depuis le 1^{er} février 2005 par l'infarctus du myocarde survenu, ainsi que par l'hypertension artérielle diagnostiquée en juin 2005, par l'accident vasculaire cérébral survenu le 29 janvier 2007, par l'endartériectomie de la bifurcation carotidienne droite effectuée le 21 février 2007, par la pose d'un stent ilio-fémoral droit en juin 2007. Il a ajouté que l'assuré était fatigué physiquement, qu'il rencontrait des difficultés à rester debout, qu'il souffrait de manque de concentration, de lombalgies récidivantes locales, d'un diabète de type II et d'un angor récent. L'évolution a été décrite comme favorable.
9. Une nouvelle fois interrogé par l'OCAI, le Dr M_____, dans un rapport du 28 août 2008, a précisé que les lombalgies de l'assuré s'expliquaient par une anomalie transitionnelle sous forme de sacralisation bilatérale de L5 et une discopathie modérée de L3-L4 et de L4-L5. Cela se manifestait par des douleurs lombaires paroxystiques avec impossibilité de se pencher en avant. Il n'y avait en revanche pas de signes neurologiques à l'examen clinique, mis à part des céphalées à prédominance occipitale ressortant de l'anamnèse. Le médecin a indiqué qu'il lui était difficile d'apprécier la capacité de travail du patient en fonction de ces pathologies. Il a produit divers rapports médicaux, dont celui établi le 31 mars 2005 par la Dresse SILIVAN, chef de clinique au service de rééducation de la division de cardiologie des HUG, qui précisait que la coronarographie réalisée le 2 février 2005 mettait en évidence une sténose à 90% de la coronaire droite qui était stentée avec un bon résultat, que la fonction d'éjection était de 40 à 45% et que sur les autres vaisseaux, on objectivait une sténose à 30% et à 50% sur la marginale.

Le Dr M_____ a également produit un rapport daté du 27 février 2007 dans lequel le Dr N_____ indiquait qu'à la suite d'une faiblesse de l'hémicorps gauche puis chute au sol, le patient avait constaté une héli-esthésie de l'hémicorps gauche et s'était rendu aux urgences où un scanner cérébral avait révélé une sténose de la carotide interne droite à plus de 80%. Un contrôle IRM avait mis en évidence un accident vasculaire cérébral ischémique aigu multifocal pariétal superficiel droit ainsi que des séquelles cérébelleuses du territoire de la PICA. Il avait été alors décidé d'entente avec le patient de procéder à une endartériectomie et qu'en ambulatoire, il bénéficierait d'un bilan neuropsychologique.

10. Dans un rapport du 12 septembre 2009 (recte : 2008), le Dr S_____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), a relevé que le patient souffrait de lombalgies aspécifiques sur sacralisation de L5 et de discopathies lombaires modérées, qu'il n'y avait pas de suivi spécialisé depuis plusieurs années et pas de traitement antalgique de fond. Il a estimé que l'atteinte n'était pas incapacitante dans une activité professionnelle non physique puisque la fonction ventriculaire gauche était quasiment normale (environ 50%) et qu'il n'y avait pas de signes neurologiques. Il a conclu à l'absence d'incapacité de longue durée puisque tant l'infarctus du myocarde que l'accident vasculaire cérébral ne motivaient qu'une incapacité de travail de quatre à six mois.
11. Le 23 septembre 2008, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de rente au motif qu'il n'avait pas présenté d'incapacité de travail de longue durée.
12. Le 16 octobre 2008, l'assuré a allégué souffrir quotidiennement de violents maux de tête et de dos, d'amnésies momentanées, de douleurs dans la poitrine, d'hypertension. Il a affirmé être affaibli au point de ne pouvoir exercer une activité physique normale. Il a précisé avoir été hospitalisé le 30 septembre 2008 à l'Hôpital de la Tour pour la pose de trois nouveaux stents et pour des investigations complémentaires relatives à son état cardiaque, ajoutant qu'une autre hospitalisation était prévue le 22 octobre 2008 pour de nouvelles interventions chirurgicales. Il a joint à son courrier divers rapports, notamment un rapport radiographique de la colonne lombaire daté du 19 août 2008 faisant état de lombalgies chroniques et concluant entre autres à une anomalie transitionnelle sous forme d'une sacralisation bilatérale de L5 ainsi qu'à une discopathie modérée L3-L4 et L4-L5. L'assuré a également produit un rapport établi le 3 octobre 2008 par le Dr T_____, cardiologue FMH, indiquant qu'un cathétérisme cardiaque pratiqué le 30 septembre 2008 avait objectivé une maladie coronarienne atteignant trois vaisseaux et qu'une angioplastie avec mise en place de trois stents actifs avait été pratiquée sur l'artère coronaire droite avec un bon résultat angiographique et qu'en fonction de l'évolution, une deuxième angioplastie sur la circonflexe pourrait être proposée.

13. Dans un rapport du 12 novembre 2008, le Dr M_____ a rappelé que les deux angioplasties pratiquées dernièrement confirmaient une pathologie coronarienne sévère. Il a ajouté que, sur le plan clinique, le patient présentait une dyspnée d'effort, probablement encore des douleurs précordiales liées à son insuffisance coronarienne, qu'il se plaignait de troubles de la mémoire liés à son accident vasculaire cérébral, d'un état de fatigue et qu'il souffrait d'une hypertension artérielle difficilement contrôlable ainsi que d'un diabète de type II. Le Dr M_____ a émis l'avis que ces diverses pathologies étaient des arguments suffisants pour accorder à son patient des prestations d'invalidité et que cet avis était partagé par le cardiologue. Le Dr M_____ a produit de nouveaux rapports médicaux dont, notamment, celui établi le 28 octobre 2008 par le Dr U_____, cardiologue FMH, faisant état de la pose d'un stent sur l'artère marginale circonflexe, le 22 octobre 2008, avec un bon résultat angiographique immédiat. Ce rapport précise que le patient a été invité à contrôler au mieux ses facteurs de risque cardio-vasculaire et à respecter les mesures hygiéno-diététiques habituelles (perte pondérale et pratique d'une activité physique régulière). Dans un rapport du 5 novembre 2008, le Dr T_____ a quant à lui émis l'avis que, compte tenu des atteintes cardiaque, carotidienne et aorto-iliaque, une mise à l'assurance-invalidité paraissait parfaitement justifiée.
14. Dans un avis daté du 10 décembre 2008, le Dr S_____ a rappelé que la pathologie coronarienne avait été prise en compte dans l'évaluation initiale et que la fonction cardiaque, modérément abaissée, était compatible avec l'activité précédemment exercée par l'assuré puisqu'elle était de type sédentaire. Selon lui, la progression de la maladie coronarienne n'avait aucune incidence sur la capacité de travail de l'intéressé ; l'hypertension artérielle et le diabète de type II motivaient un traitement médicamenteux mais n'avaient pas non plus de répercussion sur la capacité de travail ; l'évolution de l'accident cardio-vasculaire était décrite dans les rapports médicaux comme favorable, de sorte que l'asthénie et le manque de concentration ne pouvaient pas lui être imputés.
15. Le 17 décembre 2008, l'OCAI a rendu une décision formelle rejetant la demande de prestations au motif que les divers rapports médicaux produits ne faisaient pas état d'une pathologie contre-indiquant l'exercice de la dernière activité exercée.
16. Par écriture du 23 janvier 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à la mise en oeuvre d'une expertise afin de déterminer l'influence de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail.

Le recourant allègue que les problèmes médicaux qu'il rencontre sont graves, à répétition et qu'ils ont considérablement atteint sa capacité de travail. Il invoque à l'appui de ses dires les avis des Drs Q_____ et M_____, dont il relève qu'ils concluent sans équivoque à une totale incapacité de travail.

Le recourant produit entre autres un nouveau rapport établi le 20 janvier 2009 par le Dr M_____ énumérant les diverses atteintes à la santé dont il souffre et concluant qu'il est inapte à reprendre une activité professionnelle.

17. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 février 2009, a conclu au rejet du recours en se référant à un avis émis par le Dr S_____ le 18 février 2009. Le Dr S_____ y relève que l'hypertension artérielle, le diabète de type II ainsi que les troubles lipidiques ne peuvent être considérés comme incapacitants d'autant plus que l'activité exercée précédemment par l'assuré était de type sédentaire. Il ajoute que l'obésité n'est pas davantage incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, que l'accident vasculaire cérébral sur sténose de l'artère carotide interne droite a été décrit dans les divers rapports médicaux comme évoluant de façon favorable, et que la fonction cardiaque, après implantation de plusieurs stents, est globalement normale et n'a donc pas de répercussion sur une activité professionnelle sédentaire. Sur ce dernier point, le Dr S_____ précise que la présence de stents, même multiples, est tout à fait compatible avec une vie normale et que, dans la mesure où l'assuré est engagé à avoir une activité physique régulière, on ne voit pas ce qui pourrait justifier une incapacité de travail.
18. Le 25 mars 2009, le recourant a encore produit un rapport établi le 23 février 2009 par la Dresse R_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Elle y atteste qu'il souffre d'une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne à sévère ainsi que de troubles de la mémoire et de concentration, qu'un traitement antidépresseur lui a été prescrit et préconise, s'agissant de la symptomatologie cognitive dans le contexte d'un trouble thymique et d'antécédents vasculaires très importants, un bilan neuropsychologique dans un délai de six mois.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1; ATF 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème}

révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours du 23 janvier 2009 contre la décision du 17 décembre 2008, étant rappelé que les délais sont suspendus du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA), a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, il est donc recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2 et ATF 117 V 278 consid. 2b). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si

les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, dans son dernier rapport médical du 20 janvier 2009, le Dr M_____ a émis l'avis que son patient, en raison de ses diverses atteintes à la santé, est inapte à la moindre activité professionnelle. Au titre des pathologies ayant une incidence sur la capacité de travail de son patient, le médecin cite l'hypertension artérielle, le diabète de type II, l'obésité, les troubles lipidiques, l'accident vasculaire cérébral sylvien droit, la sténose de l'artère carotidienne interne droite, la maladie coronarienne avec angioplastie et mise en place de plusieurs stents, l'artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche opéré.

Invité par l'intimé à préciser quelles étaient les limitations fonctionnelles ou autres événements particuliers pouvant justifier une incapacité de travail au-delà d'un délai de six mois après l'infarctus du myocarde, les limitations fonctionnelles sur le plan neurologique et l'évolution de l'incapacité de travail du 1^{er} février 2005 au 29 janvier 2007, le Dr M_____, dans son rapport du 27 mai 2008, s'est borné à alléguer que l'ensemble de la pathologie, l'état de fatigue physique, les difficultés à la station debout et le manque de concentration justifiaient une incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2005, date de l'infarctus. Ce faisant, le médecin traitant se contente d'énumérer les pathologies de son patient, sans motiver son appréciation de la capacité de travail. En effet, il n'explique pas en quoi on ne peut objectivement exiger raisonnablement de la part de l'assuré qu'il reprenne son activité professionnelle (sur la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise cf. ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités). Or, il convient de se demander si, compte tenu des atteintes à sa santé, l'assuré ne dispose effectivement plus des ressources physiques et psychiques nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (ATF non publié I 685/04 du 5 décembre 2005, consid. 5.2).

En l'occurrence, l'énumération des pathologies du recourant telle que la propose le Dr M_____ n'apparaît pas suffisamment convaincante pour justifier une incapacité de travail entière. En effet, le Dr N_____ dans son rapport du 14 novembre 2007, a rangé l'hypertension artérielle, les troubles lipidiques et le status post-pose de stent parmi les affections n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr O_____, dans son rapport du 17 mai 2005, a estimé que l'assuré aurait recouvré une pleine capacité de travail sept mois et demi après l'infarctus. Quant au Dr P_____, il estimait, en février 2007 que l'assuré aurait recouvré une pleine capacité de travail dès le 15 mars 2007. Force est donc de constater que les spécialistes en cardiologie ont considéré que les atteintes à la santé du recourant n'étaient pas incapacitantes plus de quelques mois. En outre, l'appréciation du médecin traitant contient des contradictions puisqu'il mentionne pour la première fois la fatigue et les difficultés de concentration de son patient dans son rapport du 27 mai 2008 tout en considérant qu'il s'agit de séquelles de l'accident vasculaire cérébral survenu le 29 janvier 2007. Or, l'examen neuropsychologique pratiqué à la fin de l'année 2007 ou au début de l'année 2008 ne mentionne ni troubles de la concentration ni troubles mnésiques et aucun traitement n'est mentionné à ce sujet. De plus, on ne comprend pas pourquoi ces prétendues séquelles de l'accident vasculaire cérébral ne sont pas évoquées dans le premier rapport du médecin traitant alors qu'elles sont ensuite décrites comme invalidantes. Il paraît tout à fait improbable que de telles séquelles n'aient pu apparaître que seize mois après l'accident, puisqu'en règle générale, les séquelles de tels événements vont en s'atténuant. Au vu de ces contradictions et de l'absence de motivation, l'appréciation du Dr M_____ ne peut se voir reconnaître de valeur probante.

Il en va de même des conclusions du Dr Q_____ dans la mesure où ce dernier, pour toute justification de l'incapacité de travail, se contente d'évoquer l'atteinte cardiaque, carotidienne et aorto-iliaque, sans expliquer objectivement les raisons pour lesquelles la capacité de travail de travail de l'assuré serait totalement anihilée. L'appréciation du Dr T_____ apparaît ainsi insuffisamment motivée.

L'incapacité totale de travail mentionnée par le Dr N_____ dans son rapport du 14 novembre 2007 ne concerne que les hospitalisations du 29 janvier au 6 février 2007 et du 20 au 27 février 2007 et ne permet donc pas de conclure à une incapacité de travail de longue durée.

Quant au rapport de la Dresse R_____ du 23 février 2009, il est postérieur à la décision litigieuse. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA I 321/04 du 18 juillet 2005, consid. 5). En l'espèce, la symptomatologie dépressive mentionnée par la Dresse R_____ est postérieure à la décision du 17 décembre 2008. On en veut pour preuve que le Dr AHAMDI, notamment dans son dernier rapport du 20 janvier 2009, ne fait aucune référence à une problématique anxieuse et dépressive. Par conséquent, il n'y a pas lieu de prendre en considération les troubles psychiques dans le cadre de la présente procédure. En revanche, si le recourant estime que son état de santé s'est aggravé durablement postérieurement à la décision du 17 décembre 2008 et de manière à influencer ses droits, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI en rendant plausible la modification de son état de santé (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

Il reste à examiner la valeur probante de l'appréciation du Dr S_____. Dans ses divers rapports des 28 août et 10 décembre 2008 ainsi que du 18 février 2009, le médecin du SMR conclut à l'absence d'incapacité de travail de longue durée et à une capacité résiduelle entière dans l'activité exercée jusqu'alors en relevant que la profession de gérant bijoutier-horloger est adaptée au handicap en tant qu'elle ne demande pas d'efforts physiques particuliers. Son appréciation repose sur les divers rapports médicaux contenus dans le dossier mentionnant l'anamnèse et décrivant l'état de santé du recourant, la situation médicale ainsi que son évolution. De plus, elle est motivée puisque, s'agissant des lombalgies aspécifiques sur sacralisation de L5 et discopathies lombaires modérées, le médecin a pris position sur la base du rapport radiologique du 19 août 2008 et qu'ainsi qu'il le relève, le recourant n'a pas de suivi spécialisé depuis plusieurs années, ni traitement antalgique de fond. Au su-

jet de la cardiopathie ischémique avec infarctus sur maladie coronarienne, le Dr S_____ motive sa position par la quasi normalité de la fonction ventriculaire gauche qui est préservée à raison d'environ 50%. A cet égard, le Dr O_____ a d'ailleurs confirmé l'absence de toute incapacité de travail de longue durée. Quant à l'accident vasculaire cérébral ischémique sur sténose carotidienne droite, le Dr S_____ motive ses conclusions par l'évolution favorable décrite dans les rapports médicaux et par la normalité de l'examen clinique qui ne montre pas de signes neurologiques. Il se base sur le rapport du Dr M_____ du 28 août 2008 qui mentionne uniquement la présence à l'anamnèse de céphalées à prédominance occipitale. L'appréciation du Dr S_____ est par ailleurs confirmée par le certificat établi le 22 février 2007 par le Dr P_____ et limitant l'incapacité de travail à la période du 20 février au 15 mars 2007. L'argument du médecin du SMR, qui considère que la progression de la maladie coronarienne n'a pas d'incidence sur la capacité de travail car la présence de stent même multiple est compatible avec une vie tout à fait normale est par ailleurs confirmé par le rapport du Dr N_____ du 14 novembre 2007, lequel ne mentionne pas le status post-pose de stent coronarien au nombre des éléments ayant une incidence sur la capacité de travail. Le Dr S_____ relève également que l'hypertension artérielle, les troubles lipidiques et le diabète de type II et l'obésité ne sont pas incapacitants, ce qui est corroboré tant par le rapport du Dr N_____ - qui cite l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie au nombre des troubles sans répercussion sur la capacité de travail - que par la jurisprudence relative à l'obésité qui n'admet le caractère invalidant de cette dernière que lorsqu'elle a causé un dommage corporel ou psychique (ATF non publié I 745/06 du 21 mars 2007, consid. 3.1), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

En définitive, les conclusions du Dr S_____ ne contiennent pas de contradictions et se basent sur des éléments objectifs puisqu'elles prennent en compte la situation médicale décrite par les rapports médicaux spécialisés. Par conséquent, elles remplissent les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux étant précisé que le fait que le Dr S_____ n'ait pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question son appréciation. En effet, il n'est pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR, ceux-ci ne le font qu'au besoin (49 al. 2 RAI) et, dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier (ATF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 destiné à la publication, consid. 4.3.1).

Les pièces versées au dossier permettant de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en oeuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves, étant rappelé que, selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondé-

rante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a ainsi que les références et ATF 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 6.1 et les références citées). Tel est le cas en l'occurrence.

Par conséquent, le Tribunal de céans retiendra que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans son ancienne activité professionnelle de sorte que le revenu qu'il pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain de 0% (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a et ATF 104 V 135 consid. 2b ; ATF non publié 8C_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.5).

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant, au vu du sort du recours, au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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; RS 173.110); 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

Yaël BENZ

Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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