

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2339/2007

ATAS/198/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 12 février 2008**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître REISER Christian

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Norbert HECK,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, a déposé le 15 janvier 1997 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente.

Il travaillait auprès de la Ville de Genève en qualité de collaborateur administratif depuis le 1<sup>er</sup> mars 1979. Il a réduit son horaire à 50% dès novembre 1995 en raison de son état de santé.

Le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué dans un rapport du 27 mars 1997 que son patient présentait depuis 1991 un status post-endocardite à haemophilus aphrophilus, un status post-remplacement de la valve aortique communication interventriculaire haute post-opératoire, un status post-fermeture de communication interventriculaire, une hépatite B chronique, un trouble statique de la colonne lombaire et des troubles du rythme. Il a estimé l'incapacité de travail à 50% depuis le 20 novembre 1995.

2. Par décision du 23 janvier 1998, l'OCAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1996.
3. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 15 février 2001.
4. Dans un rapport du 4 avril 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ a déclaré que son patient était incapable de travailler à 100% depuis le 4 février 2000. Il a ajouté aux diagnostics précédemment décrits celui d'état dépressif chronique.
5. Le 23 octobre 2001, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a confirmé le taux d'incapacité de travail retenu par le Dr A\_\_\_\_\_ et indiqué que l'assuré avait subi dès 1999 une détérioration du milieu professionnel (mobbing entre autres), et souffrait d'un état dépressif s'installant assez rapidement. Il a précisé qu'une tentative de reprise du travail à 50% en septembre 2000 s'est avérée impossible, en raison de l'attitude hostile du milieu professionnel et d'une recrudescence rapide des troubles anxieux et dépressifs.

Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, le Dr B\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état dépressif, d'angoisse, d'asthénie et d'insomnies. Il a précisé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouaient aucun rôle dans l'affection actuelle, et a ajouté que "vu l'âge, l'affection physique, il n'est pas envisageable de pouvoir arriver à une réinsertion professionnelle convenable".

6. L'employeur a confirmé le 26 novembre 2001 que l'assuré avait cessé toute activité depuis le 4 février 2000.

7. Dans une note du 21 janvier 2002, le Dr C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OCAI, a considéré qu'il convenait d'admettre l'aggravation alléguée, tout en prévoyant la révision du droit dans une année.
8. L'OCAI a dès lors communiqué à l'assuré un projet de décision le 31 janvier 2002, selon lequel il avait droit à une rente entière à partir du 15 février 2001.
9. Par décision du 15 mars 2002, l'OCAI a confirmé ce projet.
10. Interrogé par l'OCAI en mars 2005, dans le cadre de la révision du dossier, le Dr A\_\_\_\_\_, dans un rapport du 3 mai 2005, a quant à lui déclaré que l'état de santé s'était aggravé, au motif que des épisodes de flutter auriculaire s'accompagnant d'une augmentation de la dyspnée plus particulièrement à l'effort étaient apparus en automne 2004, ayant nécessité l'ablation par radiofréquence de l'isthme cavo-tricuspidien. Il a par ailleurs précisé que la compliance était optimale et qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Il a confirmé qu'il n'était pas possible d'envisager un retour au travail ultérieurement.
11. Par courrier du 13 mai 2005, l'assuré a informé l'OCAI que le traitement pour dépression suivi auprès du Dr B\_\_\_\_\_ avait été suspendu d'un commun accord depuis environ deux ans.
12. Par courrier du 29 juin 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions à lui posées par l'OCAI :

*"Après traitement du flutter auriculaire a-t-on retrouvé l'état de santé antérieur ?*

Il persiste des palpitations épisodiques mais plus de caractère paroxystique, persistance d'une dyspnée à l'effort.

*Compte tenu de l'état cardiaque, un travail léger est-il possible ? Non.*

*Prescrivez-vous un traitement antidépresseur ? Non*

*Si le problème psychique persiste, avez-vous proposé de consulter un médecin psychiatre ?*

Les problèmes psychiques persistent et le patient est suivi par le Dr B\_\_\_\_\_ dont j'apprécie beaucoup et depuis de nombreuses années les compétences thérapeutiques. Je n'ai donc aucune raison de proposer à mon patient de consulter un autre spécialiste psychiatre comme vous semblez le suggérer.

*Qu'en est-il des troubles statiques de la colonne lombaire ?*

Le patient présente des lombosciatalgies récidivantes".

13. Invité à indiquer s'il consultait un médecin pour ses problèmes lombaires, l'assuré a communiqué à l'OCAI une attestation du Dr D\_\_\_\_\_ de l'Institut de radiologie de la Clinique générale Beaulieu, datée du 30 mai 1995, selon laquelle les modifications arthrosiques sont modérées, et il n'y a ni hernie ni protrusion discale visibles.
14. Un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ de la Clinique générale Beaulieu a finalement été établi le 13 octobre 2005 pour un bilan de lombosciatalgie. Il a été constaté la présence d'une protrusion discale L2-L3 postéro-latérale droite, sans image nette de hernie discale mais pouvant entrer en conflit avec la racine L2 droite dans son trajet extra-foraminale, ainsi qu'une discopathie protrusive pluri-étagée, mais sans image de hernie discale ou de conflit disco-radiculaire manifeste. Les dimensions du canal rachidien se situent encore dans les limites de la norme.
15. L'OCAI a mandaté la Dresse F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie pour expertise. Celle-ci a établi son rapport le 31 mai 2006. Elle a constaté qu'il n'y avait pas de pathologie de l'appareil locomoteur susceptible d'altérer significativement la capacité exercée jusqu'ici. Elle a retenu quelques limitations en relation avec les troubles constatés, soit pas de charge répétitives à plus de 25 - 30 kg, évitement des porte-à-faux, alternance des positions, évitement de la position à genoux / accroupie plus de 15 minutes d'affiliées, évitement de terrains accidentés. Elle considère qu'il n'y a pas de diminution de rendement, sous réserve du degré de l'atteinte cardiaque. Elle a ajouté que

"lorsque la discussion a porté sur ses empêchements à travailler, l'assuré a admis lui-même que ceux-ci ne portaient pas sur l'appareil locomoteur et qu'actuellement ils ne sont pas du ressort d'un problème psychiatrique. Il a mentionné un risque d'absentéisme à cause de l'adaptation de prothèses dentaires. Il lui a été précisé qu'un traitement dentaire intercurrent pouvait engendrer un arrêt de travail temporaire, mais pas définitif. Il a alors manifesté une crainte, bien compréhensible, de ne plus pouvoir suivre un rythme de travail après tant d'années d'inactivité et a mis au premier plan sa dyspnée, des vertiges, des palpitations et un traitement cardiaque insuffisant.

L'assuré ne présente pas sa situation de façon dramatique. Il considère la dyspnée et les douleurs comme limitatives, mais est pleinement conscient des possibilités d'activité qui lui restent. Il admet que les aptitudes restantes permettraient une activité résiduelle, mais ne voit guère laquelle après tant d'années où il a bénéficié d'une rente".

La Dresse F\_\_\_\_\_ a sollicité de la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, une radiographie du genou gauche. Celle-ci a été pratiquée le 26 avril 2006 et a montré une altération dégénérative débutante fémoro-patellaire et fémoro-tibiale interne.

16. A nouveau interrogé par l'OCAI, le Dr A\_\_\_\_\_ a répondu comme suit le 25 septembre 2006 aux questions posées :

*"A quelle date a eu lieu le dernier contrôle chez vous ? le 31 août 2006.*

*A ce moment, aviez-vous des signes objectifs d'une insuffisance cardiaque ?*

Patient essoufflé en arrivant au cabinet, à l'auscultation galop prédiastolique intermittent, auscultation pulmonaire SP, pas de RHJ ou œdèmes périphériques.

*Avez-vous effectué un test d'effort ?*

Le test d'effort doit être considéré comme sous-maximal, arrêté en raison d'une importante dyspnée et épuisement. Durant l'effort, on a noté une nette augmentation de l'hyperexcitabilité ventriculaire.

*La fraction d'éjection du ventricule gauche a-t-elle été évaluée ?*

La fraction d'éjection a été évaluée à 45% par un échocardiogramme pratiqué le 31 août 2006.

*En ne tenant compte que du seul problème cardiaque, qu'est-ce qui empêche votre patient d'exercer une activité sédentaire sachant qu'il mène une vie personnelle quasi normale en dehors du sport ?*

Suite à la mise en place d'une prothèse valvulaire et la fermeture d'une communication interventriculaire (CIV), d'une fibrillation auriculaire récidivante et d'un flutter ayant nécessité une ablation, le patient a développé une insuffisance cardiaque se manifestant par une dyspnée et des troubles du rythme ventriculaire. Ces manifestations hémodynamiques et rythmiques d'une cardiopathie évolutive ont été objectivées par une échocardiographie, un enregistrement Holter et un test ergométrique".

17. L'OCAI a confié au Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, le mandat d'examiner l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2006, le Dr H\_\_\_\_\_ décrit la situation comme stable sur le plan cardiaque depuis cinq ans, bien qu'elle nécessite un suivi régulier et des adaptations du traitement. Selon l'expert, les problèmes cardio-vasculaires provoquent une dyspnée lors des efforts, tels que le transport de charges ou la montée d'escaliers. L'assuré est capable de se déplacer en terrain plat à allure modérée et d'effectuer un travail de bureau avec possibilité d'alterner les positions toutes les heures. La dernière activité effectuée était un travail de bureau à 50% sans effort soutenu et ce genre d'activité paraît possible à mi-temps. Le rendement peut être normal pour les activités sédentaires. En cas de déplacement ou d'effort léger, on peut s'attendre à un certain essoufflement et une discrète diminution du rendement. Le Dr H\_\_\_\_\_ relève que, tant sur le plan psychique et mental que sur le plan social, il n'y a pas de

limitation provoquée par les affections cardio-vasculaires, étant toutefois précisé que l'éloignement du milieu professionnel pendant plusieurs années pour des raisons médicales représente certainement un handicap pour réintégrer le monde du travail.

Selon l'expert, il paraît possible d'envisager une réadaptation professionnelle pour les travaux sédentaires, à condition d'obtenir la collaboration et la motivation du patient.

Une échocardiographie a été pratiquée par le Dr H\_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> décembre 2006, selon laquelle l'assuré souffre d'une prothèse mécanique en position aortique sans signe de dysfonction, d'une altération discrète de la fonction systolique du ventricule gauche avec fraction d'éjection à 50%, d'une insuffisance mitrale discrète, d'une discrète dilatation de l'oreillette gauche et d'une absence d'hypertension pulmonaire.

18. Le 16 mars 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision lui supprimant sa rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. L'OCAI a considéré sur la base des deux rapports d'expertise, que son état de santé actuel était compatible avec la reprise d'une activité de bureau, telle qu'il l'exerçait auparavant ; il dit avoir toutefois admis, en raison d'une possible fatigabilité et d'une baisse de rendement en fin de journée, une incapacité de 25%, laquelle demeure insuffisante pour justifier l'octroi d'une rente.
19. L'assuré, représenté par Maître Christian REISER, s'est opposé à la suppression de sa rente.
20. Par décision du 14 mai 2007, l'OCAI a confirmé son projet.
21. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 15 juin 2007 contre ladite décision. Il produit notamment un rapport du Dr B\_\_\_\_\_ établi le 26 mai 2007, aux termes duquel

"Si de fait *l'assuré* n'est plus en état dépressif, et n'a par conséquent plus besoin de traitement au sens strict à cet égard, il faut remarquer que sa personnalité a présenté régulièrement des signes de fragilité qui ont nécessité des consultations et des traitements brefs, en particulier d'anxiolytiques. Toutes situations nouvelles, préoccupantes ou stressantes (d'ordre affectif, administratif ou médical par exemple) ont été sources de troubles sous forme d'angoisses, d'agitation, aussi bien dans les propos que dans les conduites, parfois même à la limite de la confusion.

Par ailleurs, il faut relever que le patient s'est organisé un mode d'existence extrêmement réglé, assez obsessionnel, avec peu de relations, très peu d'interactions d'ordre social - ce qui ne facilite pas sa sociabilité cela va sans dire.

Dans la situation récente de la révision en cours, il a présenté de nouveau des troubles comme ceux décrits plus haut, accompagnés d'épisodes de malaises répétés, avec dans certains cas hyperventilation et début de tétanie, troubles paraphasiques et état pré-syncopal. Récemment la santé psychique du patient s'est encore détériorée et des aspects dépressifs se sont ajoutés à la symptomatologie anxieuse. J'ai institué un traitement antidépresseur, et vu le désarroi actuel du patient, j'ai jugé opportun un bref séjour hospitalier à la Clinique genevoise de Montana. (...).

Une nouvelle expertise pourrait être nécessaire, qui prendrait davantage en compte l'ensemble de l'état de santé de l'assuré, c'est-à-dire sa fonction cardio-vasculaire, mais également les fragilités qu'on observe au niveau de sa personnalité".

22. Par arrêt incident du 4 juillet 2007, le Tribunal de céans a rejeté la requête en restitution de l'effet suspensif déposée par l'assuré.
23. Dans un avis du 17 août 2007, la Dresse I\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a expliqué pour quelles raisons le SMR s'était écarté des conclusions de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_. Elle a considéré que, compte tenu des capacités physiques et fonctionnelles de l'assuré telles qu'elles ont été définies dans le test d'effort, à savoir 5,5 METs, il était possible d'exiger de lui qu'il exerce une activité légère qui n'utiliserait que 2,2 METs, ce qui correspond à un travail de bureau ou sédentaire. Elle a relevé que le Dr H\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité résiduelle de 50% sans finalement discuter d'une activité exigible en fonction des limitations fonctionnelles, mais surtout des capacités résiduelles de cet assuré compte tenu de l'atteinte cardiologique qui est stable et qui n'entraîne pas d'incapacité de travail, ni de grosses limitations fonctionnelles comme l'a défini le test d'efforts. La Dresse I\_\_\_\_\_ partage par ailleurs l'avis du Dr B\_\_\_\_\_ selon lequel une expertise psychiatrique permettrait d'évaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré, cet aspect n'ayant pas été instruit lors de la révision du dossier.
24. Dans sa réponse du 24 août 2007, l'OCAI, se fondant sur cet avis, a conclu à l'admission partielle du recours et à la mise en place d'une expertise psychiatrique.
25. Invité à se déterminer, le 26 septembre 2007, l'assuré s'est opposé à ce qu'une expertise uniquement cloisonnée à la pathologie psychologique soit ordonnée, en tant qu'elle ne serait pas suffisante ; il considère que seule une expertise pluridisciplinaire et globale permettrait de déterminer son exacte capacité résiduelle de travail.
26. Le 15 octobre 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions.
27. Ce dernier courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 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).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 14 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assuré depuis février 2001, singulièrement le point de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente.
5. Selon l'art. 17 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

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 d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6).

7. 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, 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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine).

8. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit 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 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).
10. Pour trancher le présent litige, il convient de comparer la situation du recourant telle qu'elle se présentait le 31 janvier 2002, date de la décision initiale d'octroi de la rente en sa faveur, et celle qui était la sienne au moment de la décision de suppression de la rente, le 14 mai 2007.
11. Il convient de rappeler que l'assuré avait été mis au bénéfice d'une demi-rente depuis novembre 1996 en raison des troubles cardiaques dont il souffrait et qui l'avaient contraint à réduire son activité professionnelle de moitié. Une rente entière lui avait été accordée dès février 2001, compte tenu de la survenance d'une aggravation de son état de santé. Dans son rapport du 4 avril 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ avait en effet ajouté aux diagnostics précédemment posés celui d'état dépressif chronique. Le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, avait confirmé, le 23 octobre 2001, la présence de troubles dépressifs et anxieux, d'asthénie et d'insomnies.
12. a) Lors de l'instruction menée dans le cadre de la révision initiée par l'OCAI dès mars 2005, il est apparu que, selon le médecin traitant, les problèmes cardiaques s'étaient aggravés, l'assuré ayant souffert en automne 2004 d'épisodes de flutter auriculaire s'accompagnant d'une augmentation de la dyspnée plus particulièrement à l'effort et ayant nécessité l'ablation par radiofréquence de l'isthme cavo-tricuspidien.

Le médecin traitant a ainsi estimé l'incapacité de travail de son patient à 100% ; il ne s'est toutefois pas déterminé quant à une capacité résiduelle de travail dans le cadre d'une activité adaptée, ce malgré la question précise posée par l'OCAI.

Dans son rapport d'expertise le 4 décembre 2006, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que rien ne s'opposerait à ce que l'assuré puisse effectuer un travail de bureau à 50%, si ce n'est qu'il n'a plus exercé d'activité lucrative depuis plusieurs années.

L'OCAI s'est cependant écarté des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_ pour supprimer complètement la rente, considérant qu'en réalité, vu les résultats obtenus lors des

tests d'effort, soit 5,5 METs, l'assuré pourrait travailler à plein temps dans un emploi sédentaires, dans le cadre duquel seuls 2,2 METs sont utilisés.

Or, le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante et que rien ne justifie d'ignorer ses conclusions.

Force est en conséquence de constater que l'état de santé de l'assuré, du point de vue cardiaque, n'a subi aucune amélioration, ni depuis 1996, ni depuis 2001. Les troubles cardiaques qui, seuls, avaient justifié l'octroi d'une demi-rente en 1996, auxquelles s'était ajoutée une atteinte psychique dès 2001, sont toujours présents et entravent la capacité de travail d'une manière identique. Il y a ainsi lieu de constater que les conditions de la révision ne sont pas réunies, et que le droit à une demi-rente doit être pour le moins maintenu.

12. b) Il est par ailleurs apparu que le traitement psychiatrique avait été suspendu d'un commun accord entre l'assuré et le médecin depuis 2003 (cf courrier de l'assuré du 13 mai 2005).

L'OCAI est dès lors vraisemblablement parti de l'idée que l'état psychique de l'assuré s'était amélioré et a considéré que le motif pour lequel la demi-rente avait été remplacée par une rente entière en 2001 avait disparu.

Il convient toutefois de relever que selon le Dr B\_\_\_\_\_, la personnalité de l'assuré présente régulièrement des signes de fragilité nécessitant des consultations et des traitements brefs, et sa santé psychique s'est détériorée. Le médecin a ainsi suggéré qu'il soit procédé à une expertise qui prendrait en compte l'ensemble des atteintes dont souffre l'assuré (rapport du 26 mai 2007).

Dans son préavis du 15 octobre 2007, l'OCAI a conclu à la mise en place d'une expertise psychiatrique. L'assuré, quant à lui, a considéré qu'une telle expertise ne serait pas suffisante.

Le Tribunal de céans est également d'avis, au vu du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 26 mai 2007, que l'aspect psychiatrique mériterait d'être approfondi, les pièces figurant au dossier ne permettant pas en l'état de déterminer si l'assuré présente une atteinte psychiatrique invalidante ou non.

Dans un tel cas, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des

circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206; DTA 2001 p. 169). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

12. c) L'assuré ayant également fait état de lombosciatalgies, une expertise a été confiée à une rhumatologue, la Dresse F\_\_\_\_\_. Celle-ci a retenu certaines limitations fonctionnelles, concluant toutefois que les troubles constatés en relation avec l'appareil moteur n'exerçaient pas d'influence sur la capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu. Il convient à cet égard de constater que le rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ a également valeur probante.
13. Reste à déterminer s'il convient de soumettre l'assuré à une expertise pluridisciplinaire, qui ferait appel à un cardiologue, à un rhumatologue et à un psychiatre. Le Tribunal de céans est d'avis que seule une expertise psychiatrique serait utile, l'atteinte cardiologique et les lombosciatalgies ayant déjà fait l'objet d'expertises récentes, respectivement menées par le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse F\_\_\_\_\_, et les constatations de ces deux experts permettant de conclure que l'atteinte cardiologique justifie toujours, à elle seule, en l'état, l'octroi d'une demi-rente et que les lombosciatalgies en revanche n'impliquent aucune incapacité de travail dans une activité de bureau.
14. Aussi le recours doit-il être admis et le dossier renvoyé à l'OCAI pour qu'il procède à une expertise psychiatrique et notifie à l'assuré une nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Dit que l'assuré a droit en l'état à une demi-rente.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour expertise psychiatrique et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

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