

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3536/2008

ATAS/1258/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 13 octobre 2009**

En la cause

Monsieur V \_\_\_\_\_, domicilié à MEYRIN, 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, Genève

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur V\_\_\_\_\_, né en 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. Son cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci après : SUVA). Le 23 mai 1995, le Docteur A\_\_\_\_\_, 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%.
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 de recours), alors compétente, considérant que son incapacité de travail est totale et faisant en outre état d'une péjoration de son état de santé depuis 1996.
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 1<sup>er</sup> décembre 2003, l'assuré a sollicité de l'OCAI la révision de son dossier. Le jour même, le Docteur B\_\_\_\_\_ 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 C\_\_\_\_\_ 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 récurrence 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 B\_\_\_\_\_.
11. Le 24 février 2004, suite à une demande de renseignements supplémentaires de l'OCAI, le Docteur C\_\_\_\_\_ 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 D\_\_\_\_\_ 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 4<sup>ème</sup> révision de la loi sur l'assurance-invalidité, le taux d'invalidité de 63% donnait droit à l'assuré, dès le 1<sup>er</sup> 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 B\_\_\_\_\_ avait mentionné une incapacité totale depuis 1996 sans donner aucun argument plaidant en faveur d'une aggravation et, d'autre part, que le Docteur C\_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence de 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

C\_\_\_\_\_, 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 C\_\_\_\_\_ 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 C\_\_\_\_\_ 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.

23. Par ordonnance du 13 décembre 2005, le Tribunal de céans a confié au Dr E \_\_\_\_\_, 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 E \_\_\_\_\_ 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 C \_\_\_\_\_ 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 C \_\_\_\_\_ 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 E \_\_\_\_\_ 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 E \_\_\_\_\_, 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 E \_\_\_\_\_ 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) rend 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 E\_\_\_\_\_ 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. Le Dr E\_\_\_\_\_ 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 E\_\_\_\_\_ y a répondu, complétant en cela son rapport du 27 février 2006.

Le procès-verbal d'audition a été communiqué à un médecin du SMR pour appréciation. Selon la Dresse F\_\_\_\_\_, il résulte des réponses du Dr E\_\_\_\_\_ 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 recourent les limitations orthopédiques (cf. note du 15 juin 2006).

26. Le 1<sup>er</sup> septembre 2006, l'assuré a produit copie d'un courrier du Dr E\_\_\_\_\_ 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 E\_\_\_\_\_ considère que le SMR commet une erreur d'interprétation en estimant que les deux limitations, cardiaque et orthopédique, se recourent. 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".

27. Par arrêt du 28 novembre 2006, le Tribunal de céans constatant que selon l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, laquelle complétée par l'audition du 13 juin 2006, présentait au demeurant une valeur probante suffisante, et le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 25 février 2004, l'assuré avait subi une aggravation de son état de santé depuis 2001, qu'il y avait dès lors matière à révision au sens de l'art. 17 LPG. Il a ainsi partiellement admis le recours, annulé les décisions des 26 mars et 31 mai 2004 et renvoyé la cause à l'OCAI afin que celui-ci mette en œuvre une expertise dans le cadre du COPAI, puis rende une nouvelle décision.

28. Une observation professionnelle a ainsi été réalisée auprès du Centre d'intégration professionnelle du 27 août au 23 septembre 2007.

Les maîtres de réadaptation du COPAI ont conclu que l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 50% sur un plein temps. Les activités adaptées doivent être

légères (avec peu de transport de charges), plutôt sédentaires, pratiques, manuelles, simples (répétitives ou non) et exercées en position non statique (assise ou debout, avec la possibilité d'alterner les positions et de bouger librement). Les orientations d'ouvrier d'usine (ouvrier à l'établi) ou d'employé au conditionnement conviennent théoriquement. Ils ont relevé que la comparaison des résultats de la mesure COPAI effectuée en 1996 avec les résultats de celle effectuée en 2007 ne montrait aucune évidente détérioration de la capacité de travail de l'assuré, étant même précisé que les rendements observés dans l'atelier en 2007 (un peu plus de 50%) sont supérieurs aux rendements observés en 1996 (ils avoisinaient les 30% en atelier, 50% en entreprise et 100% étaient escomptés après la période d'adaptation).

Selon le Dr G\_\_\_\_\_, médecin consultant du COPAI, les lésions aux deux genoux dont souffre l'assuré sont relativement stables puisqu'après toute cette durée d'évolution, aucune proposition de prothèse n'a été finalement faite, contrairement à ce qui était envisagé en 1996. Le traitement est uniquement conservateur, les limitations à la marche et en position debout continuent à contre-indiquer toute activité de chantier ou toute activité physiquement exigeante. Par ailleurs, l'assuré a continué, sans doute à cause de son inactivité, à développer une obésité gênante pour toute activité physique lourde. De plus une cardiopathie hypertensive a été mise en évidence sans conséquence hémodynamique importante, mais qui dans un contexte d'une activité physique prolongée et d'inadaptation cardiovasculaire à l'effort limitait aussi les activités lourdes. Le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que "cette pathologie n'était cependant très certainement pas responsable d'une perte de capacité de travail en ce qui concerne une activité sédentaire et légère". Il en a conclu que le stage a ainsi réaffirmé ce qui avait été dit en 1996, à savoir que l'assuré avait une capacité de travail globale de 50%, étant cependant ajouté qu' "il paraît hautement improbable que ces conclusions aient une quelconque valeur pratique après un arrêt d'activité de plus de quinze ans et à 63 ans (recte 62 ans)..." (note du 28 septembre 2007).

Dans un rapport du 16 novembre 2007, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a ainsi pris note de ce que la décision du 26 mars 2004 devait être confirmée. S'agissant d'éventuelles mesures professionnelles, elle a considéré que ces dernières devaient être refusées, l'assuré ayant écarté les propositions émises par le CIP lors du stage COPAI.

L'OCAI a dès lors transmis à l'assuré un projet de décision le 21 novembre 2007, confirmant l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité, au motif que le stage effectué ne montrait pas de détérioration de l'état de santé et que la situation se superposait à celle qui prévalait lors de la précédente décision du 26 mars 2004, ce malgré la pathologie cardiaque mise en évidence.

L'assuré, représenté par Maître Manuel MOURO, a contesté ce projet. Il a produit plusieurs documents médicaux.

Dans une note du 30 janvier 2008, la Doctoresse H \_\_\_\_\_ constate que dans son rapport succinct du 4 décembre 2007, le Dr C \_\_\_\_\_ ne fait ni anamnèse, ni status, ni copie d'examen cardiologique qui puisse justifier une incapacité de travail. S'agissant de l'avis établi par le Dr C \_\_\_\_\_ le 9 octobre 2007, le médecin du SMR relève qu'il est mentionné que la péjoration de l'état cardiaque par rapport aux constatations de juin 2005 n'est que discrète. Elle constate par ailleurs que le Dr I \_\_\_\_\_ n'a pas soumis son patient à un contrôle cardiologique tous les 6 à 12 mois, alors même qu'il parle d'un risque de mort subite important lié à la cardiopathie congestive. Elle note également qu'il n'y a pas eu d'hospitalisation, donc pas de décompensation de la cardiopathie. Répondant aux reproches du Dr I \_\_\_\_\_, selon lequel les médecins du SMR n'auraient pas pris contact avec les médecins traitants, la Dresse H \_\_\_\_\_ rappelle qu'une discussion de la situation de l'assuré s'est tenue le 28 janvier 2008.

Le 17 avril 2008, l'OCAI a informé l'assuré qu'il allait être procédé à une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et cardiologique) par le CEMED à Nyon. Il résulte du rapport d'expertise établi le 28 juin 2008, que

"l'assuré présente des gonalgies sur troubles dégénératifs, un status après méniscopathie et lésion du ligament croisé antérieur, bilatéral, datant de 1994 au moins. Il présente d'autre part une obésité morbide et des troubles statiques modérés, une cardiopathie hypertensive débutante et une fibrillation auriculaire. Du point de vue ostéo-articulaire, les problèmes sont compatibles avec une activité de type sédentaire. La capacité de travail constatée au COPAI de 50% est au moins exigible. Il n'y a pas d'aggravation de la situation ces dernières années justifiant du point de vue ostéo-articulaire une augmentation de l'incapacité de travail. Sur le plan cardiologique, il est bien sûr impossible d'évaluer l'aptitude physique de l'assuré, l'ergométrie n'ayant pu être réalisée en raison de la gonalgie en flexum mais nous ne voyons pas de contre-indication à une activité professionnelle sédentaire à 50% comme mentionné ci-dessus. La capacité de travail doit être considérée complète mais avec une diminution de rendement de 50%.

(...) La gonarthrose empêche d'exercer une activité en position debout, nécessitant le port de charges, la marche en terrain instable et de s'accroupir. Sur le plan cardiaque une activité sédentaire est possible, l'activité antérieure sur les chantiers est trop lourde.

(...) Il n'y a pas d'aggravation significative de la capacité de travail, la problématique cardiaque diagnostiquée en 2003 n'a pas aggravé la situation antérieure, une capacité de travail dans un poste sédentaire est possible à 50% (capacité 100%, rendement 50%).

Dans une note du 18 août 2008, la Dresse -J \_\_\_\_\_ du SMR a sur cette base pris note que la capacité de travail était nulle dans l'activité antérieure et de 50%

dans une activité adaptée, tant du point de vue cardiologique qu'orthopédique, depuis 1993.

Par décision du 29 août 2008, l'OCAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité et confirmé le droit à un trois-quarts de rente.

L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 30 septembre 2008 contre ladite décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière.

Dans sa réponse du 7 novembre 2008, l'OCAI a rappelé que la décision litigieuse était fondée sur les conclusions du stage d'observation professionnelle du 18 octobre 2007 et sur le rapport d'expertise du 28 août 2008. Il a, partant, proposé de rejeter le recours.

Par courrier du 12 décembre 2008, l'assuré a informé le Tribunal de céans qu'il souhaitait soumettre l'expertise réalisée par le SMR aux Drs K\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. Il sollicite par ailleurs, d'ores et déjà, qu'un complément d'expertise soit demandé au Dr E\_\_\_\_\_.

Le 29 mai 2009, l'assuré a versé au dossier les certificats des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, respectivement datés des 30 mars et 27 avril 2009. Le Dr I\_\_\_\_\_ y a confirmé que "les deux affections principales sont la fibrillation auriculaire avec insuffisances cardiaque et la gonarthrose gauche invalidante. Ces affections justifient l'incapacité de travail totale. Son état physique est aggravé depuis mon certificat de 1995, ainsi que son état psychique suite à une révision inattendue et tardive de l'AI, après plus de 12 ans de vie en Espagne juste avant la retraite; et à des contraintes de stages de la part des autorités de l'AI de Genève." Le Dr K\_\_\_\_\_ a, quant à lui, indiqué que "depuis le contrôle de janvier 2009, l'assuré présente toujours une dyspnée d'effort modérée à sévère, avec activité physique nettement limitée par des gonalgies invalidantes. (...) Il n'y a à mon avis toujours pas de possibilité médicale pour envisager une reprise professionnelle dans cette situation." Il a joint à son certificat un rapport d'échocardiographie.

L'assuré conclut à ce qu'il soit demandé au Dr E\_\_\_\_\_ un complément d'expertise sur la base des nouveaux documents versés à la procédure, afin qu'il soit invité à se prononcer, cette fois clairement, sur la question de la capacité de travail.

Invitée à se déterminer, la Dresse H\_\_\_\_\_ a, dans une note du 23 juin 2009, considéré, sur la base du rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 27 avril 2009, que l'état cardiaque de l'assuré était toujours le même depuis 2007, et que le Dr I\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément suffisant pour justifier une aggravation de l'état de santé.

Par courrier du 10 juillet 2009, l'OCAI a maintenu ses conclusions.

Ce 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 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) qui sont 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le refus de l'OCAI d'augmenter le droit à la rente de l'assuré.
5. Les dispositions légales applicables, soit principalement les art. 8 et 17 LPGA, ainsi que la description des principes relatifs à la valeur probante des documents médicaux, ont déjà fait l'objet de l'arrêt du 28 novembre 2006 (ATAS/1077/2006). Il suffit de s'y référer.

Le Tribunal de céans se bornera à rappeler qu'il s'agit plus particulièrement de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente rendue le 24 mars 1998 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, soit en août 2008 et de déterminer si l'assuré a subi une aggravation de son état de santé.

6. A l'époque de la décision initiale du 24 mars 1998, l'OCAI avait retenu un taux d'invalidité de 63% et accordé 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 4<sup>ème</sup> révision LAI le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

L'assuré a sollicité la révision de sa rente le 1<sup>er</sup> 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. L'OCAI a dès lors confirmé le degré d'invalidité de 63%.

7. Par ordonnance du 13 décembre 2005, le Tribunal de céans a ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr E\_\_\_\_\_. Celui-ci a établi son rapport le 27 février 2006, qu'il a complété lors de son audition le 13 juin 2006. Il a fixé à 100% l'incapacité de travail de l'assuré comme manœuvre ce uniquement pour des motifs liés à la cardiopathie. Il est d'avis, contrairement aux médecins du SMR, que l'atteinte cardiaque s'ajoute aux limitations orthopédiques qui ont, à elles seules, valu à l'assuré un degré d'invalidité de 63%. Il a par ailleurs envisagé la possibilité d'un travail "de bureau", sans toutefois en préciser le taux. Le Tribunal de céans a considéré, dans son arrêt du 28 novembre 2006, que les conclusions du médecin données les 27 février 2006 et 13 juin 2006 présentaient néanmoins une valeur probante suffisante et a renvoyé la cause à l'OCAI à charge pour lui de mettre sur pied un COPAI.
8. Il n'apparaît pas utile à cet égard de solliciter du Dr E\_\_\_\_\_ un complément d'expertise, dans la mesure où celui-ci a précisément eu l'occasion de compléter son rapport d'expertise du 27 février 2006 lors de son audition du 13 juin 2006.
9. Il résulte du rapport du COPAI, daté du 18 octobre 2007, que l'assuré est capable de travailler à 50%. Le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé ce taux, tout en relevant que l'arrêt d'activité avait duré plus de quinze ans et que l'assuré était âgé de 62 ans.

L'expertise CEMED mise en œuvre par l'OCAI a, le 28 juin 2008, également conclu à une capacité de travail complète, avec une diminution de rendement de 50%.

10. Tant dans le rapport du COPAI que dans l'expertise CEMED, il est souligné que l'aptitude physique de l'assuré sur le plan cardiologique n'a pu être évaluée en raison des atteintes orthopédiques, ce qui n'a pas empêché l'expert du CEMED de déclarer que "nous ne voyons pas de contre-indication à une activité sédentaire à 50%" et le Dr G\_\_\_\_\_ que la pathologie cardiaque n'est "très certainement pas responsable d'une perte de capacité de travail en ce qui concerne une activité sédentaire et légère".

Il est ainsi vrai que les termes utilisés par ces deux spécialistes, tels que "nous ne voyons pas" ou "très certainement pas" laissent la place à une certaine marge d'appréciation. On ne saurait cependant en tirer la conclusion que le taux retenu est nécessairement faux.

11. Reste plutôt à examiner l'avis des médecins selon lesquels la capacité de travail est nulle et dont l'assuré a produit les rapports à l'appui de ses allégations, soit ceux des Drs I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_.

Le Dr I \_\_\_\_\_, dans son rapport du 30 mars 2009, a indiqué que l'état physique de son patient s'était aggravé depuis 1995, de même que son état psychique, ce en raison des difficultés liées aux procédures AI.

Le Dr C \_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 avril 2009, a déclaré qu'il continuait à estimer qu'une reprise professionnelle n'était pas envisageable.

Outre le fait que ces deux médecins sont les médecins traitants de l'assuré, dont on peut craindre qu'ils seront d'emblée enclins à parler en faveur de leur patient, il y a lieu de constater que leurs avis, qui n'apportent au demeurant aucun argument médical nouveau, ne permettent pas de s'écarter des conclusions du COPAI ou du CEMED, qui se rejoignent. En effet, il apparaît que l'état de santé de l'assuré sur le plan cardiaque n'a subi aucune modification particulière depuis l'expertise CEMED, laquelle avait notamment tenu compte de la présence d'une dyspnée.

12. Force dès lors est de conclure que malgré la cardiopathie, qui a certes objectivement aggravé l'état de santé de l'assuré, ainsi que le relève le Dr E \_\_\_\_\_, la capacité de travail n'a pas subi de modification sensible par rapport à ce qui avait été retenu lors du dernier COPAI en avril 1996.
13. Aussi le recours est-il rejeté.

**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 de l'assuré.
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

Nathalie LOCHER

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