REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/367/2005 **ATAS/1070/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 30 novembre 2006

En la cause

Monsieur S_____, domicilié , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MAGNIN	recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, GENEVE	intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____, né le 1954, sans formation, a déposé le 11 septembre 1992 une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), en invoquant des lombalgies. Il souhaitait se voir octroyer la prise en charge du reclassement dans une nouvelle profession et une rente.

2. Après un stage d'observation professionnelle qui s'est déroulé du 15 novembre au 10 décembre 1993, l'OCAI a estimé que les conditions de la reconnaissance d'une invalidité n'étaient pas réunies. L'assuré a d'ailleurs repris une activité professionnelle en date du 14 janvier 1994 et sa demande de prestations a été rejetée par l'OCAI par décision du 16 juin 1994.

3. L'assuré a travaillé en tant que coffreur pour l'entreprise X_____SA puis a commencé, au début de l'année 1995, à souffrir d'allergies.

4. Le 12 juin 1995, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI.

5. Dans un rapport daté du 12 juin 1996, le Dr. A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assuré souffrait d'eczéma de contact allergique aux chrome, ciment et fragrances depuis le début de l'année 1995, ce qui avait entraîné une totale incapacité de travail depuis le 16 janvier 1996 dans sa profession de maçon. Le problème dermatologique s'était très nettement amélioré avec la corticothérapie locale. L'assuré souffrait par ailleurs d'hypertension et de douleurs lombaires apparaissant surtout lors d'efforts physiques soutenus. L'hypertension avait été traitée avec succès au moyen d'un béta-bloquant. Le médecin a émis l'opinion qu'une rééducation professionnelle dans une activité n'exposant pas le patient aux allergènes qui déclenchaient son eczéma serait indiquée.

6. Par la suite, l'assuré a retrouvé une activité à 100% dans le génie civil, malgré la persistance de lombalgies.

7. A compter de 1999, il a travaillé en tant que vendeur magasinier dans le commerce de sa fille et de son beau-frère jusqu'au 5 mai 2001, date à laquelle il a fait un infarctus du myocarde nécessitant une dilatation coronaire.

8. Par courrier du 3 août 2001, l'OCAI a récapitulé la situation. Il a indiqué que, pour examiner si des mesures professionnelles pouvaient être prises en charge, il avait mandaté un collaborateur spécialiste de la réadaptation, que malheureusement en raison du départ de cette personne, le dossier de l'assuré n'avait pu faire l'objet d'une nouvelle enquête qui aurait permis d'examiner si, ayant travaillé en qualité de manœuvre sans formation spécifique, il était en mesure de reprendre une autre

activité ne nécessitant pas de formation préalable, à quel taux et à quel rendement, qu'il ressortait du dossier que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, qu'il avait pu reprendre une activité adaptée en novembre 1998 (vendeur dans un commerce de détail appartenant à un membre de sa famille), que l'instruction du dossier avait été reprise au début de l'année 2000 suite à une demande de renseignements de l'OCPA, que l'assuré n'avait pas donné suite à la lettre que l'OCAI lui avait adressé en date du 31 mai 2000 ni au rappel qui avait suivi. Dès lors, l'OCAI a demandé au conseil de l'assuré, Me BASSAN, de bien vouloir encourager son mandant à lui répondre afin qu'une décision puisse intervenir dans les meilleurs délais.

9. Par courrier du 25 septembre 2001, l'OCAI a relancé Me BASSAN.

10. Par courrier du 16 octobre 2001, ce dernier a répondu qu'il avait essayé à de nombreuses reprises de joindre son mandant, en vain.

11. A compter du 22 janvier 2002, l'assuré a été suivi par le Dr. B_____, spécialiste FMH en neurologie.

12. Ce dernier a établi un rapport à l'intention de l'OCAI le 17 décembre 2002. Il en ressort que l'examen général de l'assuré a mis en évidence une obésité importante et une hypertension artérielle, que sur le plan cardiaque, la situation paraissait bien stabilisée, que l'état dépressif anxieux présent en janvier 2002 s'était bien amélioré sous médicaments et qu'en mai 2002, l'assuré avait été examiné par le Dr J. C_____ qui avait estimé qu'il était apte à reprendre une activité légère. Le Dr B_____ a confirmé qu'à son avis, l'assuré était effectivement apte à reprendre une activité professionnelle légère mais à 50% seulement pour commencer, précisant que la difficulté serait surtout de trouver une telle activité, l'assuré ayant affirmé qu'il n'avait pas la possibilité de retravailler dans le commerce familial.

13. Un rapport adressé le 20 mars 2003 par le Dr. D_____, spécialiste FMH en neurologie, au Dr.. E_____, fait état d'un examen neurologique normal sans déficit sensitovo-moteur, d'un syndrome algique diffus cervical-lombaire et des quatre membres et d'un examen des membres inférieurs normal. Le médecin a conclu à des lombo-sciatalgies en rapport avec des anomalies radiologiques lombaires tout de même assez marquées avec discopathie, hernie discale et canal constitutionnellement étroit.

14. Par courrier du 29 avril 2003, l'assuré a indiqué à l'OCAI par le biais de son conseil qu'aucune modification n'était intervenue dans son état civil depuis le dépôt de sa demande, que son état de santé et sa capacité de travail étaient stationnaires avec une tendance à l'aggravation, qu'il consultait toujours le Dr E_____, qu'il n'avait plus d'activité professionnelle, aucun revenu, n'était plus bénéficiaire d'une assurance maladie perte de gain et ne bénéficiait pas non plus de prestations de l'assurance-chômage; il était aidé financièrement par l'assistance publique.

15. Dans un rapport daté du 23 septembre 2003, le Dr E_____, de la permanence Vermont-Grand-Pré, a posé les diagnostics suivants : lombalgies invalidantes, syndrome sciatique droit sur la base d'une hernie discale L4-L5, protrusion discale étagée et arthrose interfacettaire, important état anxio-dépressif, obésité morbide (BMI = 45). Il a estimé que ces diagnostics, présents depuis décembre 2001, avaient des répercussions sur la santé du travail du patient et a conclu à une totale incapacité de travail dans la profession de vendeur à compter du 5 mai 2001. Au nombre des limitations de l'assuré, il a énuméré : une impossibilité de rester assis plus de vingt minutes, une impossibilité de marcher plus de quatre cents mètres sans s'arrêter, un état très anxieux, agressif, avec des périodes de déprime et des crises de désespoir.

16. Le 23 mars 2004, le Dr F_____, du service médical régional AI (SMR) a préconisé un examen bi-disciplinaire.

17. Ce dernier a été pratiqué en date du 19 mai 2004 par les Drs. G_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et. H_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

    Il ressort de leur rapport que l'histoire ostéo-articulaire remonte à 1990, date à laquelle un des collègues machiniste de l'assuré l'a coincé avec son outil de chantier contre un mur, le touchant au flanc droit; un traitement de six mois de physiothérapie avait alors été instauré, suite auquel des douleurs résiduelles avaient persisté qui n'avaient cependant pas empêché l'assuré de travailler à 100% sur les chantiers. En 1992, l'assuré est tombé d'un camion avec choc sur la région occipitale; la prise en charge s'est limitée à la prise de médicaments et la reprise du travail a été possible. L'évolution a été marquée par la persistance de douleurs multiples mais la SUVA n'a pas retenu l'existence d'un lien de causalité avec l'accident. En 1995, est apparue une allergie au ciment. Par la suite, l'assuré a retrouvé une activité à 100% dans le génie civil, malgré la persistance de lombalgies. En 1999, il a commencé à travailler dans le magasin de sa fille et de son beau-frère jusqu'au 5 mai 2001, date à laquelle il a fait un infarctus myocardique. Depuis lors, il dit ne plus pouvoir travailler "à cause de la tête, du souffle et du cœur". Son travail dans le magasin de sa fille consistait principalement à vendre des produits alimentaires, des cassettes vidéo notamment.

    Selon l'assuré, les douleurs lombaires sont localisées dans la région L3 à S1, décrites en barre, prédominant à droite et irradiant dans le membre inférieur homolatéral. L'intensité des douleurs est évaluée à 5 sur 10. L'assuré considère le repos comme néfaste pour la symptomatologie. Sur le plan des limitations fonctionnelles, il assure ne pouvoir marcher plus de 15 minutes, ne pouvoir conserver la position assise que 5 minutes, ne pouvoir monter qu'un seul étage d'escalier et ne pouvoir porter de charges supérieures à 5 kilos. A noter que la cause principale des limitations est selon lui liée à la dyspnée.

Il a été indiqué qu'à l'époque de l'examen, l'assuré n'était plus sous traitement antidépresseur. Ont été retenus à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail en tant que magasinier : des rachialgies chroniques (pondylo dorso-lombaire, canal lombaire étroit, hernie discale médiane), un infarctus myocardique, une hypertension artérielle traitée, un diabète non insulino-dépendant et une obésité morbide. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été posé. Les médecins ont précisé que les limitations fonctionnelles, subjectives, étaient principalement en relation avec la marche, la station assise ainsi que le port de charges.

L'examen "établissement hospitalier" a mis en évidence des limitations modérées à importantes du rachis dorso-lombaire et, dans une moindre mesure, du rachis cervical. Les médecins n'ont cependant mis aucun syndrome lombo-vertébral clairement en évidence. Ils ont en revanche relevé une gestuelle théâtrale et des postures anti-ergonomiques. Finalement, ils ont constaté une collaboration plus que restreinte dans l'examen "établissement hospitalier" analytique de la part de l'assuré, précisant à cet égard que les autolimitations et les refus de collaborer avaient été tels que seule une petite partie des tests fonctionnels et neurologiques avait pu être réalisée.

Les examens radiologiques à disposition avaient mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs de type arthrosique du rachis dorso-lombaire. On notait également une protrusion discale de type herniaire entrant en contact avec le fourreau dural au niveau L4-L5. Les médecins ont constaté que les observations ostéo-articuliares et fonctionnelles ne s'étaient que peu modifiées au cours des dix dernières années. Selon eux, aucun élément rhumatologique nouveau, hormis bien entendu le vieillissement normal du rachis, ne s'est manifesté dans l'intervalle. La seule pathologie nouvelle est celle d'un infarctus myocardique bénéficiant d'une prise en charge par dilatation durant cinq semaines à la "établissement hospitalier" de Genolier.

Un autre point important à relever selon eux était la probable mauvaise compliance générale de l'assuré. A cet égard, ils ont fait remarquer qu'il était difficile de croire qu'une prise régulière quotidienne de bétabloquants puisse expliquer une hypertension artérielle et une tachycardie aussi manifestes que celles retrouvées au moment de l'examen, c'est-à-dire en début d'après-midi.

Les médecins n'ont pas mis en évidence de troubles dépressifs ou anxieux justifiant une incapacité de travail : selon eux, en dehors d'une irritabilité liée à sa personnalité frustre à traits caractériels, l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles déterminantes sur le plan psychiatrique.

En conclusion, les médecins ont jugé que les limitations fonctionnelles théoriques basées sur les constatations anatomopathologiques et biomécaniques avérées concernaient uniquement le rachis dorso-lombaire et concernaient principalement le

port de charges de plus de quinze kilos, la station assise ou debout prolongée de plus de quarante-cinq minutes, le besoin d'alterner les positions, les longs déplacements à pied de plus de soixante minutes et le travail en flexion maintenue du tronc. Selon eux, il n'y a pas de limitation d'ordre rhumatologique depuis 1993 dans l'activité de magasinier et la capacité de travail exigible, dans une telle activité, est de 100%, tout comme dans toute activité tenant compte de manière rigoureuse et complète des limitations fonctionnelles énoncées.

18. Par décision du 5 août 2004, l'OCAI a nié le droit de l'assuré à des prestations. Après examen du dossier, il a constaté que l'assuré présentait certes une atteinte allergique au ciment qui l'empêchait d'exercer sa profession de maçon mais qu'il avait cependant pu retrouver par la suite une activité adaptée à son état de santé sur le plan médical en tant que vendeur dans l'entreprise familiale et ce, jusqu'en mai 2001, que c'était donc avec succès qu'il s'était réadapté professionnellement de manière appropriée, que l'évolution de son état de santé, après son infarctus avait été favorable de façon telle qu'il ne subsistait plus d'incapacité de travail dans l'activité de vendeur-magasinier et que la capacité de travail de l'assuré était donc entière. L'OCAI s'est référé à cet égard à l'examen du SMR et a retenu que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations et ne nécessitant pas de formation particulière.

19. Le 14 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision.

20. Par décision sur opposition du 17 janvier 2005, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations. Il a rappelé l'obligation de l'assuré d'entreprendre tout ce qu'on est en droit d'exiger de lui pour atténuer le plus possible les effets de l'atteinte à la santé et, se basant sur le résultat de l'expertise bi-disciplinaire pratiquée par les médecins du SMR, a conclu que l'évolution de l'infarctus avait été favorable et n'entraînait aucune incapacité de travail dans l'activité de vendeur-magasinier ainsi que dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles. Quant à l'obésité diagnostiquée, il a été relevé qu'elle n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

21. Par courrier du 17 février 2005, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Préalablement, il demande que soit mise en place une double expertise médicale, physique et psychique, principalement que lui soit accordée une rente entière, subsidiairement des mesures de reclassement professionnel. Il se réfère au rapport du Dr E_____ du 7 août 2003 et estime choquant qu'il n'ait pas été pris en compte. Il conteste pourvoir exercer l'activité de vendeur-magasinier qui implique qu'il se trouve de manière prolongée en station assise ou debout, voire qu'il ait à porter des charges supérieures à quinze kilos. Il fait valoir que son état s'aggrave et se réfère à cet égard au rapport médical du Dr "établissement hospitalier" du 13 septembre 2004.

22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 5 avril 2005, a conclu au rejet du recours. En substance, il fait valoir que l'on ne peut s'écarter d'une expertise médicale qui revêt toute valeur probante.

23. Dans sa réplique du 13 mai 2005, l'assuré a fait valoir que son état de santé s'est dégradé tant sur le plan psychique que physique, qu'il a subi notamment une sérieuse aggravation suite à une paralysie du nerf facial périphérique survenue au mois de mars 2005. Il produit à l'appui de ses dires des certificats médicaux émanant des Drs I_____, psychiatre, et J_____, ophtalmologue.

    Le Dr J_____ indique avoir examiné le patient à plusieurs reprises, du 21 février au 11 mai 2005, suite à une paralysie faciale droite apparue en février 2005. Il conclut à une épithéliopathie punctate à l'œil droit suite à la paralysie faciale droite.

    Quant au Dr D. I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, il certifie que l'assuré souffre d'un problème psychique sous forme de troubles anxio-dépressifs d'intensité moyenne dans le cadre de nombreuses maladies physiques (hypertension, diabète, obésité), qu'après une relative stabilisation sous traitement psycho-pharmacologique, une aggravation de l'état psychique et physique est survenue après une récente paralysie du nerf facial périphérique droit au début du mois de mars 2005, que depuis cet événement, le patient reste encore plus centré sur ses problèmes de santé, qu'il s'inquiète, a peur de mourir, ne croit pas les propos rassurants des médecins, rumine, surtout la nuit, que son sommeil est très perturbé, qu'il fait des cauchemars, se réveille plusieurs fois par nuit angoissé, que son humeur dépressive est désormais d'intensité sévère et reste difficilement stabilisée sous traitement. Il conclut à une incapacité totale et réserve son pronostic.

24. Par courrier du 25 novembre 2005, l'assuré a encore produit un rapport du Dr E_____ daté du 21 novembre 2005 indiquant que le patient a souffert d'une paréysie périphérique du nerf facial droit dont l'évolution a été lente mais favorable, que depuis le mois d'avril 2005, il s'est plaint de fréquentes crises de vertiges, de céphalées persistantes accompagnées de désorientation temporo-spaciale passagère, de fourmillements et d'hyposensibilité également passagers du visage et du corps, du côté gauche. Le médecin a retenu le diagnostic d'ischémie cérébrale transitoire, qui a été confirmé par une IRM pratiquée le 13 octobre 2005. Il conclut à une incapacité totale de travail de 100% et ce, pour une durée indéterminée. Il ajoute que, selon lui, un éventuel recyclage professionnel n'est pas envisageable.

EN DROIT

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

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à 3 juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Le présent recours concerne une demande de prestations déposée en 1995. Étant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, 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). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont

pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1er janvier 2004.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) 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). 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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.

c) 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, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). 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 p. 87).

d) Il y a encore lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

7. 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).

Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou – condition alternative – qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 127 V 298 consid. 4c in fine , 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b ; VSI 2000 p. 153 consid. 2a ; VSI 1996 p. 318 consid. 2a, p. 321 consid. 1a, p. 424 consid. 1a ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références citées).

L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (ATFA I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2 ; RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

Les troubles psychiques provoqués principalement par des circonstances extérieures telles que les particularités comportementales de nature socioculturelle, ethnique ou familiale ainsi que les difficultés psychiques causées en premier lieu par l'émigration (déracinement et acclimatation) n'ont pas, en eux-mêmes, valeur d'invalidité (ch. 1015 CIIAI). De telles circonstances peuvent toutefois constituer des facteurs aggravants d'importance variable selon les individus et favoriser l'apparition de troubles psychogènes. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le TFA a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294) : il a estimé que de tels facteurs ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité.

8. 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (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). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

Enfin, 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).

9. En l'espèce, force est de constater qu'après avoir déposé sa demande de prestations et malgré ses lombalgies, l'assuré a retrouvé un poste, d'abord dans le génie civil, puis dans un commerce et qu'il a pu ainsi travailler à plein temps durant plusieurs années, jusqu'au moment de son infarctus, en mai 2001. Durant cette période, on ne saurait donc admettre l'existence d'une invalidité.

   S'agissant de la période postérieure à l'infarctus, le Dr K_____, en mai 2002, a jugé que l'assuré était apte à reprendre une activité légère - telle que celle exercée auparavant - à plein temps, ce qu'a confirmé quelques mois plus tard le Dr B_____, qui a précisé par ailleurs que l'état dépressif anxieux apparu en janvier 2002 s'était bien amélioré.

Certes, le Dr E_____, médecin traitant, a jugé, dans un rapport daté du 23 septembre 2003, que son patient était dans l'incapacité totale de travailler comme vendeur et ce, depuis mai 2001. Son avis est toutefois contredit, pour le passé, par ceux des Drs B_____ et K_____, ainsi que cela vient d'être rappelé. Quant aux Drs G_____ et H_____, ils ne sont pas parvenus aux mêmes conclusions que le médecin traitant non plus, puisqu'à l'issue d'une expertise bidisciplinaire approfondie, dont il est à relever qu'elle remplit tous les réquisits de la jurisprudence, ils ont conclu à une capacité de travail de 100%, même dans l'activité de vendeur magasinier et ce, malgré les atteintes lombaires. Ces conclusions sont convaincantes dans la mesure où une telle activité, légère, parait compatible avec les limitions fonctionnelles de l'assuré. C'est par conséquent à juste titre qu'au moment de la décision litigieuse, l'intimé a nié le droit aux prestations du recourant.

Quant aux certificats des Drs "établissement hospitalier" et J_____ produits par le recourant, ils font état de nouvelles atteintes, postérieures à la décision litigieuse, qui ne sauraient donc être examinées dans le cadre du présent litige. Il appartiendra à l'assuré, le cas échéant, de déposer une nouvelle demande en faisant valoir une aggravation de son état de santé.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

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

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

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