REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4563/2006 **ATAS/972/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 11 septembre 2007

En la cause

Monsieur B_____, domicilié , 1213 ONEX	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né le 1950, a travaillé comme employé de banque puis comme chauffeur de taxi depuis 1981. Il a déposé, le 13 octobre 1995, une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.

2. Le 27 mai 1997, le Dr A_____, médecin généraliste traitant, a adressé à l'OCAI divers documents médicaux, notamment un rapport de la Clinique genevoise de Montana du 26 novembre 1996, aux termes duquel le diagnostic d'obésité (BMI = 31,3 kg/m^2) avait été retenu, avec les comorbidités suivantes : éthylo-tabagisme chronique, status post infarctus inférieur en 1990, hypercholestérolémie traitée, lombalgies chroniques et intolérance au glucose anamnestique, un rapport du Dr B_____, spécialiste FMH en cardiologie, du 20 octobre 1994, lequel conclut à un résultat satisfaisant après avoir procédé à un électrocardiogramme ergométrique, ainsi qu'un rapport du Dr C_____, spécialiste FMH en radiologie, du 7 juillet 1994, selon lequel l'assuré souffre d'une hernie discale L5-S1 sans effet compressif sur le fourreau dural et les racines, d'une ostéophystose postéromédiane au niveau de S1 et d'une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures.

3. Le Dr D_____, médecin conseil de l'OCAI, a pris connaissance de ces documents et constaté qu'il n'y avait aucune limitation de la capacité de travail dans les métiers exercés (employé de banque ou chauffeur de taxi) en ce qui concerne l'affection cardiaque; il en serait de même pour des activités avec effort physique moyen (port de charges de 20 kg). Le Dr D_____ propose dès lors que l'assuré soit examiné par le Prof. E_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation maladies rhumatismales.

4. Du rapport d'expertise établi par le Prof. E_____, daté du 13 mai 1998, il ressort que "depuis le 8 janvier 1995, l'assuré est en arrêt de travail à 100%. Il signale qu'il a cherché du travail étant donné son état mais n'en a pas trouvé. Il a également suivi des cours d'informatique (…). Actuellement ses douleurs lombo-sciatalgiques l'empêchent de porter des charges et il peut alterner par contre les stations debout et assise, ces dernières étant les plus confortables. Par ailleurs, le status après infarctus peut avoir une certaine restriction sur la charge de travail. Cependant, un test d'effort normal effectué le 31 octobre 1996 indique que le patient a une bonne récupération suite à son infarctus. Il n'a d'ailleurs plus qu'un traitement par Aspirine. Il me semble, d'après l'anamnèse et l'examen clinique ainsi que l'imagerie qui ne nous montre qu'une hernie discale postéro-médiane, donc sans atteinte directe du fourreau ni des nerfs, que le patient serait apte à travailler à 50% comme chauffeur de taxi. S'il nous dit que lorsqu'il fait une course et qu'il a une

douleur cela devient très pénible, nous pensons qu'à 50%, il pourra alterner les moments de repos avec les moments de travail (…)."

S'agissant des possibilités d'améliorer la capacité de travail par un reclassement, le Prof. E_____ relève que l'assuré pourrait peut-être continuer la formation qu'il a entreprise dans l'informatique et avoir un niveau suffisamment élevé pour travailler dans cette spécialité, étant cependant précisé que "là aussi, comme les douleurs sont assez persistante au niveau de la région lombaire, il devrait alterner les stations assise et debout, ce qui fait que cette amélioration de la capacité de travail ne pourrait être que de 25% en plus par rapport à sa possibilité de faire le taxi, donc une capacité de travail de 75%".

5. Par courrier du 20 novembre 1998, constatant que l'assuré avait été incapable de travailler à 100% du 1er juillet 1994 au 30 octobre 1994, à 50% du 31 octobre au 8 janvier 1995, puis à nouveau à 100% du 9 janvier 1995 au 17 novembre 1996, date à laquelle il pourrait, selon le Prof. E_____, reprendre son activité de chauffeur de taxi à 50%, l'OCAI a informé celui-ci qu'une rente entière lui serait servie du 1er juillet 1995 au 31 janvier 1996 et une demi-rente à compter du 1er février 1997.

6. Par décisions des 1er mars 1999, 3 mai 1999 et 20 juillet 1999, l'octroi d'une rente entière dès le 1er juillet 1995 et d'une demi-rente dès le 1er février 1997, assorties de rentes complémentaires pour conjoint et enfant, lui a été confirmé.

7. Le 28 octobre 2004, l'assuré a sollicité de l'OCAI la révision de son dossier, alléguant une détérioration de son état de santé. Il précise en effet que la station assise prolongée (environ deux heures) provoque une paralysie des hanches l'empêchant de marcher, que dès 2001, son état diabétique lui a causé des déchirures musculaires et tendineuses au moindre effort (déchirure du jumeau interne, déchirure du tendon et du biceps) et partant des incapacités de travail de longue durée, que dès 2004, des problèmes circulatoires sanguins dans les jambes ont entraîné douleurs et insensibilités diminuant sa capacité de marcher, et enfin qu'il souffrait de fatigue récurrente engendrée par son état diabétique et son traitement médicamenteux.

8. Par courrier du 13 décembre 2004 adressé à l'OCAI, le Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé que son patient présentait une aggravation de son état de santé, qu'il ne pouvait actuellement pas travailler à plus de 20%, que son diabète avec des complications cardiovasculaires sévères (atteinte cardiaque et artère des membres inférieurs) avaient de graves répercussions sur son état général.

   Dans un rapport du 28 janvier 2005, le Dr F_____ a posé les diagnostics de diabète de type II HTA depuis 2002, d'une maladie coronarienne avec ancien infarctus en 1990, d'une artériopathie périphérique des membres inférieurs dès 2003

et d'une déchirure du tendon du biceps en 2004. Il a évalué l'incapacité de travail de son patient à 75 % depuis le 26 octobre 2004. Il considère que le pronostic est plutôt sombre vu l'atteinte macrovasculaire du patient diabétique. En effet, celui-ci risque fort une récidive d'infarctus et les dilatations des artères périphériques sont connues pour récidiver avec possibilité d'occlusion vasculaire.

Il précise que l'assuré n'est capable d'exercer aucune autre activité, mais qu'il "peut travailler à 20% surtout pour le moral".

9. L'assuré a communiqué à l'OCAI copie de ses bilans et des comptes d'exploitation pour les années 2002 à 2004.

10. Invité à se déterminer, le SMR a constaté qu'il n'y avait pas d'éléments probants convaincants pour une aggravation, surtout subjective relayée par l'empathie du médecin traitant. Il a ainsi considéré que l'activité de chauffeur de taxi indépendant était adaptée et pouvait se poursuivre au même taux. (*cf.* note du 15 mars 2005).

11. Par décision du 25 avril 2005, l'OCAI a informé l'assuré que sa demande d'augmentation de rente était rejetée.

12. L'assuré a formé opposition le 19 mai 2005 et a été entendu le 20 juin 2005. Il a déclaré qu'il était en arrêt de travail à 75% depuis octobre 2004, qu'à l'époque de la première décision, il souffrait essentiellement d'atteintes dorsales, qui se sont empirées. Il rappelle l'existence de problèmes cardio-vasculaires, d'arythmie cardiaque notamment, d'arthérosclérose et de diabète. Il ne peut plus utiliser son bras droit, en raison de la rupture du biceps en 2004, alors qu'il a beaucoup de bagages à porter en tant que chauffeur de taxi. Il souligne enfin que les médicaments qui lui sont prescrits entraînent de la somnolence, des troubles de la concentration, la diminution des réflexes, de l'hypoglycémie, un risque d'infarctus et une diminution de l'acuité visuelle pendant plusieurs heures.

13. L'assuré a versé à son dossier le 13 juillet 2005, copie d'un rapport établi par le Prof. G_____ du Service de rhumatologie des HUG le 4 juillet 2005, lequel confirme la présence de troubles dégénératifs expliquant en partie les plaintes du patient (discret trouble statique du rachis lombaire avec bascule du bassin vers la gauche et une discopathie L4-L5 associée avec une image de hernie latérale gauche touchant probablement la racine L4), et d'un rapport du Dr H_____, radiologue FMH, du 30 juin 2005, dont il ressort que l'assuré présente un canal de dimensions limites inférieures à la norme en L4-L5 où l'on constate une discopathie dégénérative à caractère protrusif d'une part et d'autre part une hernie latérale gauche à composante foraminale et à moindre degré extra-foraminale.

14. Interrogé par l'OCAI, le Dr I_____, spécialiste FMH en cardiologie, a confirmé le 11 août 2005, qu'il suivait le patient depuis novembre 2004 pour des problèmes cardiologiques. Il a confirmé que depuis la fin 2004, il existait une

aggravation de la symptomatologie avec palpitations, douleurs précordiales à l'effort et vertiges, qu'en outre l'assuré présentait une hypertension artérielle et une dyslipidémie contrôlées sous traitement. Le médecin atteste que dans ces conditions, une augmentation de la rente serait justifiée du point de vue cardiologique, en particulier vu l'activité du patient (chauffeur professionnel).

15. Par décision du 13 septembre 2005, l'OCAI a informé l'assuré que la décision du 25 avril 2005 était annulée et que l'instruction du dossier était reprise.

16. Par courrier du 11 octobre 2005, le Dr I_____ a communiqué à l'OCAI le rapport de la coronarographie de l'assuré effectuée le 6 octobre 2005, à l'issue de laquelle les conclusions suivantes ont été posées : maladie coronarienne monotronculaire, atteignant principalement la coronaire droite ; implantation d'un stent dans la coronaire droite avec bon résultat angiographique ; taille et fonction systolique du ventricule gauche normales.

    Le médecin répète que l'octroi d'une rente à un taux de 75% est indiqué, étant donné les changements actuels au niveau de la pathologie coronarienne.

17. Interrogé par l'OCAI, le Service des automobiles et de la navigation a déclaré que le Dr. J_____, médecin conseil, avait considéré l'assuré apte à la conduite de véhicules à moteur après l'avoir examiné le 9 novembre 2005.

18. L'OCAI a confié au COMAI le soin de procéder à une expertise multidisciplinaire de l'assuré. Un rapport a été établi le 11 août 2006.

    Il en ressort que l'assuré travaille actuellement à 25 %, principalement pour s'occuper de sa licence de taxi, c'est-à-dire s'occuper de la gestion centrale, faire les comptes et quelques courses occasionnelles.

    Sur le plan ostéoarticulaire, les médecins ont relevé la présence de lombalgies chroniques avec sciatalgies gauches selon les positions ou les mouvements, une périarthrite de la hanche gauche, une amyotrophie du quadriceps gauche et une discopathie L4-L5 avec hernie discale entrant en conflit avec la racine L4 gauche. Ils ont également constaté que suite à la déchirure du biceps droit, ce muscle subit une diminution de force. L'assuré est ainsi principalement limité dans la position assise prolongée et le port de charges. Il n'y a toutefois pas d'aggravation objective majeure par rapport aux précédentes évaluations décrites dans le dossier ; il n'y a ainsi pas de justification à une diminution de la capacité de travail dans son activité de chauffeur de taxi par rapport aux 50% admis antérieurement.

    Sur le plan somatique général, s'il y a indéniablement une progression des atteintes liées au diabète et à la non correction optimale des facteurs de risques cardiovasculaires, les mesures thérapeutiques entreprises jusqu'à présent permettent

le maintien d'une capacité de travail complète dans une profession comme chauffeur de taxi.

Sur le plan cardiovasculaire, l'assuré présente de multiples facteurs de risques cardiovasculaires polyvasculaire puisqu'il est atteint tant au niveau du cœur avec un infarctus en 1990, puis récemment une angioplastie sur la coronaire droite, qu'au niveau périphérique, puisqu'il a bénéficié d'une angioplastie de l'artère iliaque externe gauche et de l'artère fémorale superficielle proximale gauche. Les médecins ont considéré qu'il n'y avait pas de contre-indication cardiovasculaire à la poursuite d'une activité professionnelle qui devrait tenir compte d'une limitation des aptitudes à la marche.

Sur le plan psychique, l'anamnèse et l'examen clinique permettent de conclure à une structure de personnalité de type borderline caractérisée par une instabilité de l'humeur, une impulsivité et une mauvaise tolérance aux frustrations. Ce type de fonctionnement de personnalité s'avère épuisant et coûteux en énergie psychique et peut conduire à une diminution de rendement professionnel. Les médecins ont dès lors estimé qu'il y avait une diminution du rendement de 30% en raison de ce trouble de la personnalité.

En résumé, les experts ont retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail des lombosciatalgies gauches chroniques, une déchirure du biceps droit en 2004, une périarthrite de hanche gauche, une personnalité de type borderline et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète type II découvert en 2002, une cardiopathie ischémique et hypertensive traitée en 1990 et une artériopathie des membres inférieurs depuis 2003. Aussi ont-ils conclu à une capacité de travail de 50% dans son activité de chauffeur de taxi sur le plan somatique et de 100% avec une diminution de rendement de 30 % sur le plan psychique.

19. L'OCAI a communiqué à l'assuré le 2 octobre 2006 un projet de décision aux termes duquel sa demande d'augmentation de la rente est rejetée, au motif qu' "il ressort des éléments médicaux recueillis dans le cadre de votre demande, ainsi que de l'expertise effectuée au Centre d'expertise médicale, que l'aggravation des lombalgies ne justifie pas une modification de la capacité de travail dans votre activité habituelle (chauffeur de taxi à 50%). Sur le plan du diabète, les mesures thérapeutiques entreprises permettent le maintien de cette capacité de travail. Sur le plan cardiovasculaire, il n'y a pas d'évidence de l'aggravation de l'artériopathie des membres inférieurs. L'aptitude physique est moyenne mais suffisante pour l'exercice de votre profession. Enfin, sur le plan psychiatrique, la baisse de rendement occasionnée a déjà été prise en compte pour l'établissement de la capacité de travail susmentionnée".

20. Par courrier du 27 octobre 2006, l'assuré a contesté ces conclusions et rappelé que tant sur le plan cardiovasculaire que sur celui du diabète, la médicamentation obligatoire traitant ces pathologies engendrait des effets excluant la conduite professionnelle.

21. Par décision du 6 novembre 2006, l'OCAI a confirmé le refus d'augmenter la demi-rente d'invalidité.

22. L'assuré a interjeté recours le 5 décembre 2006 contre ladite décision. Il se réfère expressément à l'avis de ses deux médecins traitants, les Drs F_____ et I_____, lesquels approuvent sa demande d'augmentation de la rente. Il précise que sa demande de révision n'est pas motivée par l'aggravation de ses lombalgies. Il reconnait que le diabète en lui-même n'est pas de nature à empêcher la conduite d'une automobile, mais souligne que dans son cas il s'agit de conduire un véhicule à titre professionnel, ce qui est différent. Il reproche à cet égard à l'OCAI d'ignorer les effets de la médicamentation obligatoire au traitement de ces pathologies. Il constate enfin que l'OCAI ignore les aspects subjectifs des maladies cardiovasculaires et souligne que la conduite automobile professionnelle est génératrice de stress, lui-même facteur de risque d'infarctus pour lequel il est traité médicalement.

23. Dans sa réponse du 5 janvier 2007, l'OCAI se réfère expressément aux conclusions de l'expertise du COMAI et conclut au rejet du recours.

24. L'assuré souligne par courrier du 25 janvier 2007 que sa capacité de travail réduite à 25% reconnue et attestée par ses médecins traitants et ce depuis le 27 octobre 2004, n'est pas imputable à un choix personnel comme le prétend l'OCAI. Il relève du reste que la demande de révision a été déposée par le Dr F_____.

25. Par courrier du 3 avril 2007, l'OCAI a maintenu sa position.

26. 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 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 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).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 6 novembre 2006 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2004, 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. 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).

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

4. Le litige porte sur la question de savoir si le taux d'invalidité de l'assuré s'est modifié de façon notable, à savoir si les circonstances qui ont prévalu à l'octroi d'une demi-rente se sont modifiées dans une mesure justifiant l'augmentation de la rente.

5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a 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).

   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).

6. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il-elle est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il-elle est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il-elle est invalide à 40% au moins.

7. 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. 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 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. 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).

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

   Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

8. Pour pourvoir se déterminer sur le droit à des prestations, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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).

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).

Enfin, 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 patiente 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. A l'époque de la décision initiale de rente, l'assuré souffrait d'une hernie discale postéro-médiane et d'un status post infarctus. Le Prof. E_____ l'avait considéré comme incapable de travailler à 50% dans son activité de chauffeur de taxi. Une demi-rente d'invalidité lui avait alors été accordée.

10. L'assuré a demandé la révision de son dossier en octobre 2004. Il allègue que son état de santé s'est aggravé depuis la décision de l'OCAI lui octroyant une demi-rente. Il a en effet réduit son activité de chauffeur de taxi à 25% depuis octobre 2004, s'occupant principalement de la gestion centrale, de la comptabilité, et de quelques courses occasionnelles.

    Le Dr I_____ a confirmé que depuis fin 2004, la symptomatologie du point de vue cardiologique s'était aggravée et déclaré que vu les changements survenus dans la pathologie coronarienne, l'octroi d'une rente à 75% se justifierait.

    Le Dr F_____ a également déclaré que son patient ne pouvait pas travailler à plus de 20%, le diabète, compliqué d'atteintes cardiovasculaires sévères ayant de graves répercussions sur son état général (cf. courrier du 13 décembre 2004 et rapport du 28 janvier 2005).

11. Les médecins du COMAI, sans du tout nier la survenue de nouvelles atteintes, ont en revanche considéré que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas aggravé au point d'influencer la capacité de travail par rapport à ce qui avait été constaté par le Prof.

E_____ et ont conclu à une capacité de travail de 50% dans l'activité de chauffeur de taxi sur le plan somatique et de 100% avec une diminution de rendement de 30% sur le plan psychique.

Ils ont à cet égard relevé que "sur le plan somatique, même suite à la rupture du biceps à droite, il n'y a pas de modification majeure de sa capacité de travail depuis 1997. L'assuré mentionne une aggravation des lombalgies, mais le status est inchangé depuis l'expertise du Prof. E_____. Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de conclure à une incapacité de travail. En résumé, s'il y a indéniablement une progression des atteintes liées au diabète et à la non-correction optimale des facteurs de risques cardiovasculaires, les mesures thérapeutiques entreprises jusqu'à présent permettent le maintien d'une capacité de travail complète dans une profession comme chauffeur de taxi". Ils n'ont par ailleurs pas trouvé de contre-indication cardiovasculaire à la poursuite d'une activité professionnelle, qui devrait tenir compte d'une limitation des aptitudes à la marche.

12. Dans son recours, l'assuré a quoi qu'il en soit précisé que sa demande de révision n'était en réalité pas motivée par l'aggravation de ses lombalgies, ni par le diabète en lui-même, mais par les effets de la médicamentation qui lui était prescrite pour le traitement des pathologies dont il était atteint, qui réduisait sensiblement sa capacité à conduire professionnellement un véhicule automobile. Il a également reproché à l'OCAI de ne pas tenir compte du stress engendré par la conduite d'un taxi, stress qui constituait précisément pour lui un risque d'infarctus.

13. Le Tribunal de céans constate pourtant que les médecins du COMAI ont pris note des plaintes de l'assuré en relation avec les effets des médicaments pris et les ont décrites dans leur rapport. Force est d'en conclure qu'ils en ont dûment tenu compte dans leur appréciation finale du cas. De même en est-il du stress rencontré par les chauffeurs professionnels.

Il sied de rappeler à ce stade que les conclusions du rapport d'expertise établi par ces médecins ne sauraient être mises en doute en tant que telles. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Leur rapport se fonde sur des examens complets et prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante. Il a été établi en connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Dans ces circonstances, le rapport précité remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le Tribunal de céans constate par ailleurs que les médecins traitants ne font nullement état des effets de la médicamentation prescrite sur la capacité de travail de leur patient.

14. Aussi y a-t-il lieu de considérer que c'est à bon droit que l'OCAI a refusé d'augmenter la rente allouée à l'assuré. Le recours est en conséquence 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 du recourant.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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