

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/88/2007

ATAS/855/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 30 juin 2009

En la cause

Monsieur C_____, domicilié à GENÈVE, comparant par
Maître Karin BAERTSCHI en l'Étude de qui il élit domicile

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis 97,
rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Bertrand REICH et Christine BULLIARD
MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Né en 1960, Monsieur C_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) a travaillé à Genève de 1979 à 1990 en qualité d'aide de cuisine. De 1990 à 1999, il a alterné l'exercice de diverses activités salariées et des périodes de chômage. En 1999, il a à nouveau été engagé en qualité d'aide de cuisine. En dernier lieu, son salaire mensuel brut s'élevait à 3'600 fr.
2. Dès le 10 avril 2002, l'assuré s'est trouvé en incapacité totale de travailler et a perçu des indemnités perte de gain du 13 avril 2002 au 29 mars 2004.
3. Le 19 juin 2003, il a formé une demande de prestations, sous forme d'une rente, à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI ou l'intimé). Il y précisait qu'il souffrait d'ulcères dus à une insuffisance artérielle et veineuse depuis le 12 mars 2002.
4. Dans un rapport du 12 septembre 2003, le docteur L_____, de la Clinique de dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a diagnostiqué une insuffisance artérielle des membres inférieurs, une insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade IV et des ulcères des membres inférieurs d'origine artéro-veineuse. Selon cette praticienne, toute activité avec station debout prolongée était impossible, et l'assuré ne pouvait pas s'agenouiller, s'accroupir, lever, porter ou déplacer des charges, travailler selon un horaire irrégulier, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente. En revanche, dès le début de 2004, il serait capable de rester en position assise quatre heures par jour, en position debout une heure par jour, de maintenir la même position du corps pendant quatre heures par jour et parcourir à pied cent mètres au maximum. L'exercice d'une activité de bureau à raison de quatre heures par jour serait alors exigible, sans diminution de rendement. Pour le surplus, l'état de santé de l'assuré s'aggravait et le pronostic, qui dépendait de la durée de vie du pontage artériel, était réservé.
5. Dans un rapport du 30 août 2004, les médecins de la Clinique de chirurgie cardiovasculaire des HUG ont confirmé les diagnostics déjà posés et constaté une incapacité fonctionnelle du membre inférieur gauche, la capacité de travail de l'assuré, dans l'activité exercée jusque là, pouvant cependant être améliorée. Ils précisaient en outre que celui-ci avait été opéré à plusieurs reprises, la dernière opération ayant été réalisée le 10 juin précédent. L'assuré présentait notamment un ulcère à la malléole interne, avec occlusion du dernier pontage, ainsi qu'une ischémie du membre inférieur gauche. Un essai de revascularisation chirurgicale ou une amputation devaient ainsi être envisagés.
6. Le 6 août 2004, une greffe de peau sur l'important ulcère à la malléole interne gauche a été réalisée.

7. Le 6 octobre 2004, l'assuré a subi une amputation à mi-jambe du même côté.
8. Dans un rapport du 2 novembre 2004, le docteur M_____, interniste à la Clinique d'orthopédie des HUG, a confirmé les diagnostics déjà posés et fait état d'une allergie à l'Augmentin et à la Ciproxine. Il mentionnait une amélioration de l'état de santé de l'assuré, avec une bonne évolution du moignon, et des plaintes au sujet de la présence de douleurs fantômes. Il exposait en outre que l'activité exercée jusque là n'était plus exigible et qu'il y avait une diminution de rendement mais qu'on pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité manuelle avec les membres supérieurs, sans déplacements.
9. Le 29 novembre 2004, l'assuré a subi un lavage-drainage du moignon de la jambe gauche puis, le 6 décembre 2004, une révision de la plaie.
10. Par décision du 13 janvier 2005, l'OCAI a accepté de prendre en charge une prothèse tibiale gauche et le coût de chaussures orthopédiques.
11. Par lettre parvenue à l'OCAI le 22 août 2005, le docteur N_____, chef de clinique aux HUG, a précisé que la situation était stabilisée, que les limitations fonctionnelles consistaient en une amputation à mi-jambe gauche et que le patient était dans l'impossibilité de conserver une station debout prolongée, de sorte que sa capacité de travail dans une activité adaptée était « difficile ».
12. Par attestation du 1^{er} octobre 2005, l'ancien employeur de l'assuré a certifié que le salaire mensuel brut de celui-ci aurait été, pour quarante et une heures de travail par semaine, de 3'700 fr. en 2003.
13. Par décision du 13 octobre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré était complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour le surplus, il s'engageait à étudier la possibilité de mettre en œuvre une aide au placement sur demande écrite et motivée.
14. Le 28 octobre 2005, l'assuré a formé opposition contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et demandant à être mis au bénéfice de l'assistance juridique. À l'appui de ses conclusions, il a produit un rapport dressé le 26 octobre 2005 par le docteur O_____, généraliste.

Ce praticien diagnostiquait une insuffisance veineuse stade III et artérielle du membre inférieur droit stade III et IV avec reperméabilisation de l'axe iliaque le 30 mai 2002, endartériectomie fémorale commune le 3 juin 2002 et pontage fémoro-poplité bas par homogreffe artérielle et mise en place d'une prothèse au niveau du carrefour aorto-bi-fémoral le 20 juin 2002, une insuffisance artérielle du membre inférieur gauche stade IV avec plusieurs tentatives de revascularisation par pontages artériels en 2003 et 2004, une amputation gauche à mi-jambe le 6 octobre 2004, une

hypertension artérielle traitée, une hypercholestérolémie, un tabagisme actif et une polyallergie (Augmentin, Ciproxine, caoutchouc, latex, Bétadine et chlorures divers).

Il précisait que le patient devait s'arrêter de marcher après quelques minutes en raison des douleurs éprouvées, qu'il ne pouvait pas soutenir la même position, qu'il ne pouvait pas rester en position assise plus d'une heure parce qu'il devait s'allonger pendant vingt à trente minutes pour permettre une circulation sanguine adéquate au niveau des jambes et qu'en raison d'un inconfort au niveau de la prothèse, il devait enlever celle-ci cinq à six fois par jour. À l'examen clinique, il avait constaté la présence d'une dermite ocre avec coloration cutanée violacée et de légers œdèmes. En raison de sa maladie vasculaire sévère et évolutive, l'assuré subissait un handicap certain quant à la possibilité d'assumer des obligations dans le cadre d'une activité professionnelle quelconque.

À cet égard, le praticien a, dans une annexe du 29 décembre 2005, encore précisé que, s'agissant d'une maladie évolutive, une aggravation du status artériel était possible à moyen terme. On ne pouvait pas exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité et il fallait s'attendre à une diminution du rendement de 100%. D'autre part, la formation professionnelle de son patient était peu importante et l'exigence d'une formation professionnelle pour une activité intellectuelle était dès lors trop élevée. Pour le surplus, celui-ci était notamment dans l'impossibilité de s'agenouiller, d'incliner le buste, de s'accroupir, de se lever, de porter ou de déplacer des charges, de se baisser, d'effectuer des mouvements avec les membres ou le dos, d'exercer un horaire de travail irrégulier et de travailler en hauteur ou sur une échelle.

15. Par décision du 6 janvier 2006, l'OCAI a admis la requête de l'assuré tendant à l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans la procédure d'opposition et désigné son mandataire.
16. D'un rapport établi le 7 juillet 2006 par le docteur P_____, médecin au Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, il ressort notamment que la prothèse de l'assuré présentait un certain nombre de problèmes d'ajustement qui auraient des conséquences sur sa capacité d'exercer une activité où il devrait se lever fréquemment. Il n'y avait cependant pas d'indication à ce qu'il se couche à plusieurs reprises dans la journée pour assurer la circulation sanguine ; la position assise pouvait dès lors être maintenue huit heures par jour. Partant, une activité sédentaire pouvait, sur le plan orthopédique strict, être pratiquée à plein temps. Pour le surplus, l'état de santé de l'assuré s'améliorait puisqu'il devenait de plus en plus indépendant avec la prothèse ; il marchait cependant encore avec des cannes à l'extérieur.
17. Selon le rapport d'examen orthopédique établi le 25 juillet 2006 par le docteur Q_____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), dont

la teneur sera précisée plus avant dans la mesure utile, il était en outre fait état de cervicalgies sans substrat radiologique et de lombalgies. L'assuré pouvait exercer un métier sédentaire dans lequel de courts déplacements à pied étaient possibles ; il devait éviter la position debout prolongée et les longues marches ainsi que le port de charges supérieures à dix kilogrammes. Il était encore précisé que l'assuré ne pouvait pas exercer son métier d'aide de cuisine et d'ouvrier depuis le 9 avril 2002 et qu'il était apte à travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à partir du septième mois après l'amputation, soit à partir de février (*recte* : mai) 2005.

18. Le 6 septembre 2006, l'OCAI a communiqué le rapport d'examen du SMR au recourant et lui a imparti un délai pour faire part de ses ultimes remarques.
19. Dans sa prise de position du 24 octobre 2006, l'assuré a formellement contesté pouvoir travailler à plein temps dans une activité adaptée. À l'appui de sa thèse, il a produit un rapport établi le 20 octobre 2006 par le docteur O_____, selon lequel il ne pouvait alors pas maintenir une position stable pendant plusieurs heures, ni debout, ni assis, la marche étant instable puisqu'elle s'effectuait à l'aide de cannes anglaises. Une péjoration de son état dans le futur était très probable.

Du point de vue orthopédique, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles importantes et irréversibles, reconnues par le SMR, qui rendaient difficilement imaginable une activité professionnelle nécessitant une bonne aptitude physique. Sa capacité de travail était nulle en tenant compte de l'évolution obligatoirement défavorable de la maladie métabolique, des limitations fonctionnelles importantes et du niveau de sa formation professionnelle.

20. Par décision du 28 novembre 2006, l'OCAI a partiellement admis l'opposition et reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril 2003 au 31 août 2005. Il a en substance estimé que l'avis du médecin-traitant ne saurait remettre en question l'appréciation médicale de la capacité de travail résiduelle déterminée par le SMR, étant donné que ce praticien tenait compte, dans son appréciation de ladite capacité, d'éléments étrangers à l'invalidité et de l'évolution future de la situation. Quant au calcul de la rente d'invalidité, il a établi le revenu d'invalidé en 2005 sur la base du salaire statistique dans une activité simple et répétitive en procédant à un abattement de 20%. Il a réduit le revenu d'invalidé de 18% dans la mesure où le revenu sans invalidité était inférieur dans cette mesure au revenu moyen de la branche considérée. En définitive, il a retenu un taux d'invalidité de 16% qui n'ouvre pas le droit à une rente.
21. Par acte adressé le 10 janvier 2007 au Tribunal de céans, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il concluait notamment, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2003 et sans limitation dans le temps, et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision.

À l'appui de ses conclusions, le recourant contestait la valeur probante du rapport du SMR en tant que ses médecins n'étaient ni neutres, ni indépendants et que l'avis de son médecin-traitant remettait sérieusement en cause les conclusions du docteur Q_____. De plus, il se disait totalement incapable de travailler en se référant à l'avis du docteur O_____ et à sa description des limitations fonctionnelles, dès lors qu'aucune activité ne permettait de respecter lesdites limitations.

Annexé à ses écritures figurait notamment une attestation établie le 4 janvier 2007 par le docteur O_____, aux termes de laquelle, suite à des investigations cardiaques, il avait été mis en évidence que le recourant avait présenté un infarctus du myocarde non datable. Ceci faisait suspecter que le recourant présentait une maladie coronarienne qui devait être confirmée. En attendant, il convenait d'ajouter un infarctus du myocarde inféro-latéral ancien à la liste des diagnostics déjà posés.

22. Par lettre du 30 janvier 2007, l'intimé a déclaré conclure au rejet du recours. Il faisait notamment valoir que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise orthopédique n'était nullement nécessaire, étant donné que le recourant n'avait rapporté aucun élément objectif de prévention du médecin lié à l'institution d'assurance.
23. Par ordonnance du 14 février 2007, le Tribunal a accordé un délai aux parties pour se déterminer sur la question de sa compétence en matière de taxation d'honoraires d'avocat. Le 18 avril 2007, il a communiqué à chacune des parties les déterminations de sa partie adverse et gardé la cause à juger.
24. Par arrêt du 29 mai 2007, le Tribunal a déclaré irrecevables les conclusions du recourant relatives à la taxation des honoraires d'avocat. Pour le surplus, il a rejeté le recours au motif que le recourant avait présenté un degré d'invalidité de 100% dans toute activité jusqu'à la mise en place puis à l'adaptation de la prothèse de la jambe gauche, soit jusqu'au 30 avril 2005, date à compter de laquelle s'était produite une amélioration notable tant de son état de santé que de sa capacité de gain. Dans le cadre de l'appréciation des preuves d'ordre médical versées à la procédure, le Tribunal a fait prévaloir l'appréciation du docteur Q_____ sur celle du docteur O_____ en tenant notamment compte du fait que ce dernier praticien, dont les propos avaient pu être influencés par la relation de confiance particulière qui l'unissait au recourant, avait outrepassé les limites de son mandat en y incluant des considérations d'ordre économique et conjecturales. À cet égard en effet, l'hypothèse d'une possible aggravation du status artériel du recourant à moyen terme n'était pas pertinente dès lors que le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Pour le surplus, rien ne permettait de douter de la valeur probante du rapport du SMR.
25. Par arrêt du 6 mai 2008, le Tribunal fédéral (TF) a admis le recours en matière de droit public interjeté par le recourant contre l'arrêt du Tribunal de céans, la cause

étant renvoyée à celui-ci pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

À cet égard, le TF considérait que, dans un premier temps, les diagnostics posés par les docteurs Q_____ et O_____ se recoupaient dans une large mesure, même si le médecin traitant avait évoqué des facteurs de risques cardio-vasculaires et une évolution défavorable et rapide de la maladie métabolique présentée par le recourant. Dans son rapport du 4 janvier 2007, le docteur O_____ avait toutefois fait état d'un nouveau diagnostic, en indiquant que le recourant avait été soumis à des investigations cardiaques qui avaient mis en évidence un infarctus du myocarde inféro-latéral ancien. Rendu postérieurement à la décision litigieuse du 28 novembre 2006, ce rapport faisait cependant partie des pièces dont avait à tenir compte le Tribunal de céans dès lors qu'il avait trait à un fait survenu avant le moment où cette décision avait été rendue, même si la survenance de l'atteinte n'était pas datée avec exactitude.

Au regard de cette nouvelle observation médicale, les constatations du Tribunal sur l'état de santé de l'assuré fondées sur le rapport du docteur Q_____ apparaissaient incomplètes, ce qui revenait à une violation du droit. Ces constatations ne tenaient en effet pas compte d'un élément médical supplémentaire qui pourrait avoir une influence dans l'appréciation de l'état de santé du recourant et des effets de celui-ci sur sa capacité de travail. Même si le médecin traitant ne s'était pas prononcé sur ces aspects dans son avis du 4 janvier 2007, le Tribunal de céans ne pouvait exclure d'emblée que le nouveau diagnostic modifiât l'évaluation du médecin du SMR, qui s'était prononcé essentiellement sur la situation du point de vue orthopédique sans avoir connaissance de la problématique cardiaque. Il lui appartenait tout au moins d'interroger le docteur Q_____ à cet égard.

Compte tenu du nouveau diagnostic, on pouvait par ailleurs se demander si une nouvelle expertise pluridisciplinaire ne devait pas être réalisée, afin de déterminer si les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport du 25 juillet 2006 étaient compatibles avec les facteurs de risque cardio-vasculaire évoqués par le médecin traitant. À ce sujet, et en l'état du dossier, on constatait qu'au regard des limitations décrites par les docteurs Q_____ et O_____ et des difficultés propres au port d'une prothèse, les possibilités de réinsertion professionnelle qui seraient directement accessibles au recourant sans l'aide de l'assurance-invalidité semblaient restreintes. Dans une telle situation, il appartenait en règle générale à l'administration de mettre en œuvre des mesures de réadaptation d'ordre professionnel compatibles avec l'état de santé de l'assuré ; cet aspect devait donc également être pris en considération dans le cadre du complément d'instruction.

26. Suite à une ordonnance rendue par le Tribunal le 22 mai 2008, les mandataires des parties ont comparu le 17 juin suivant. À cette occasion, le conseil du recourant a

signalé une sérieuse aggravation de l'état de santé de son mandant, le docteur O _____ ayant posé un pronostic de vie fatal.

Sur quoi, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes.

27. Du 12 août au 2 septembre 2008, le recourant a séjourné dans le Service de chirurgie cardio-vasculaire des HUG, une ischémie aiguë des deux membres inférieurs sur occlusion du carrefour aorto-bi-fémoral et un anévrisme thrombosé de l'homogreffe du pontage fémoro-poplité bas droit étant diagnostiqués.

Du résumé établi le 24 septembre suivant, il ressort notamment que le recourant avait alors bénéficié d'une intervention chirurgicale en urgence, qui s'était bien déroulée, sans complications péri- ou postopératoires. Après l'opération, il avait présenté un membre inférieur droit chaud avec un œdème de revascularisation en diminution et regagné sa sensibilité. Pendant son séjour, il avait bénéficié d'une physiothérapie de mobilisation avec de très bons résultats, et présenté une évolution lentement favorable, le bilan angéiologique étant dans les limites de la norme avant son transfert à la Clinique de la Lignière, où il poursuivait une réadaptation cardio-vasculaire.

28. Entendu en qualité de témoin à l'audience d'enquêtes du 26 août 2008, le docteur O _____, médecin traitant du recourant depuis 2005, a confirmé que l'état de santé de son patient était stationnaire en décembre 2005 et qu'une péjoration future était très probable en octobre 2006.

Les investigations menées par le Service de cardiologie des HUG en mars 2007 avaient confirmé l'existence de la maladie coronarienne suspectée dès le mois de janvier précédent, et une endoprothèse de l'artère coronaire circonflexe avait été réalisée, les autres coronaires étant en bon état. Cette maladie existait déjà depuis plusieurs années, ce que l'infarctus, qui était peut-être survenu lors d'une opération entre 2002 et 2004, aurait révélé s'il avait été perçu. De plus, cette maladie était généralisée, de sorte que le cœur du recourant était en sursis, de même que son cerveau, une attaque cérébrale étant à craindre dans les trois à cinq ans à venir.

Le recourant souffrait clairement d'un vieillissement des artères bien plus rapide que la population en général. Il avait subi de multiples pontages aux membres inférieurs droit et gauche et une amputation à mi-jambe gauche en 2004. Récemment, il avait souffert de fortes douleurs dans la jambe droite et au niveau de la cuisse gauche, et il avait été hospitalisé en urgence. Avaient été diagnostiquées une thrombose au niveau de la prothèse vasculaire à droite et une thrombose du carrefour de l'aorte et des artères bi-fémorales des deux côtés. Malgré la revascularisation de la jambe droite, le recourant souffrait d'une ischémie résiduelle, deux ulcères s'étant formés sur le pied droit, dont le docteur R _____, aux HUG, n'excluait pas l'amputation. À cela s'ajoutait l'inquiétude de ce praticien quant aux reins du recourant, qui avaient souffert de la dernière intervention chirurgicale.

Sur le plan de la capacité résiduelle de travail, on pouvait certes retenir qu'une activité ne sollicitant que les bras et les mains était possible en théorie.

Pour le surplus, s'il est vrai que l'exercice physique est en principe conseillé, il fallait toutefois distinguer le type d'effort. L'effort nécessité par la marche est bon de façon générale, mais le recourant ne pouvait plus l'effectuer. Au contraire, l'effort effectué par les bras était contre-indiqué dans la mesure où il stimule le cœur sans l'aider, ce qui était risqué dans le cas du recourant du fait de sa maladie coronarienne. Il convenait en outre de distinguer le sport, qui, par le biais d'un entraînement progressif, peut se révéler favorable, de l'exercice d'une activité lucrative qui ne peut en aucun cas être assimilée au sport, ne serait-ce que par les contraintes qui lui sont propres. À cela s'ajoutait que le recourant devait régulièrement changer de position, assise, debout ou couchée, ce qui s'expliquait parfaitement par le fait qu'il souffre d'insuffisance non seulement artérielle mais également veineuse. Enfin, par « pronostic de vie fatal », le praticien avait voulu indiquer, d'une part, que l'espérance de vie du recourant était raccourcie par rapport à la moyenne et, d'autre part, qu'il risquait à tout moment un événement aigu qui lui serait fatal.

29. Suite à un avis du SMR, le Tribunal a, par lettre du 6 octobre 2008, sollicité du docteur S_____ la remise de tous les rapports radiologiques ou d'hospitalisations qui lui paraîtraient utiles.
30. Par pli daté du 2 décembre 2008, ce praticien a produit les documents relatifs aux dernières hospitalisations du recourant ainsi qu'un examen de résonance magnétique nucléaire cardiaque et une scanographie cervico-lombaire. À cet égard, il tenait à souligner que le rapport de la dernière hospitalisation, au mois d'août 2008, témoignait du caractère évolutif de la maladie vasculaire diagnostiquée.
31. Le 15 mai 2009, un avis médical a été établi par le docteur T_____, du SMR, après diverses demandes de renseignements complémentaires.

Il ressort notamment de ce document que l'aggravation de l'état de santé du recourant au mois d'août 2008, sous la forme d'une ischémie aiguë des deux membres inférieurs sur une occlusion du carrefour aorto-bi-fémoral avec une ischémie qui prédominait à droite et un ulcère récidivant et persistant, constatée par le docteur O_____ dans son rapport médical du 4 mars 2009, était confirmée. Cette aggravation entraînait une incapacité totale de travailler depuis le début d'août 2008 et ce, pour une durée indéterminée.

32. De l'avis de l'OCAI, adressé le même jour au Tribunal, il convenait par conséquent de reconnaître la totale incapacité de travail du recourant, dans toute activité, du 9 avril 2002 au 5 mai 2005, puis sa capacité totale de travail dans une activité adaptée du 6 mai 2005 au mois d'août 2008.

Dans la mesure où elle était apparue postérieurement à la décision du 28 novembre 2006, l'aggravation constatée ne pouvait être prise en considération dans le cadre du litige portant sur cette décision, de sorte que l'intimé confirmait ses conclusions.

33. Invité à se déterminer à ce propos, le recourant a, par lettre du 4 juin 2009, déclaré contester sa capacité de travail du 6 mai 2005 au mois d'août 2008. Non seulement la maladie cardiaque était apparue avant la décision du 28 novembre 2006 et aurait dû être alors prise en considération, mais encore une amélioration de son état de santé ne pouvait pas être mise en évidence durant la période en question.

D'autre part, compte tenu du pronostic de vie fatal émis par le docteur O _____, de l'aggravation inexorable de son état de santé et de la durée de la procédure, il serait choquant de le soumettre encore à une révision d'ores et déjà programmée dans dix-huit mois. Ainsi que l'avait également relevé ce praticien, une nouvelle expertise n'était dès lors pas nécessaire.

En conclusion, c'est un droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} avril 2003, incluant la maladie cardiaque et l'ischémie aigüe des membres inférieurs, qui devait lui être reconnu sans limitation dans le temps.

34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 9 juin 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier

la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

3. Les autres questions de nature procédurale ont été tranchées par l'arrêt rendu par le Tribunal de céans le 29 mai 2007, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. Qu'il suffise de constater que le recours interjeté le 10 janvier 2007 est recevable dans la mesure alors déterminée.
4. Suite à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 6 mai 2008, le litige porte exclusivement sur le droit du recourant au versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2005, son droit au versement d'une telle rente du 1^{er} avril 2003 au 31 août 2005 ayant été établi. Singulièrement, il s'agit d'examiner la question de savoir si le diagnostic d'infarctus du myocarde ancien, posé en janvier 2007, était de nature à modifier l'évaluation de l'état de santé du recourant au moment de la reddition de la décision de l'OCAI en novembre 2006, compte devant être tenu des possibilités concrètes de réinsertion professionnelle dans une telle situation.
5. Ainsi qu'il a déjà été dit par ailleurs, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 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).

En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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.

Conformément à l'art. 29 al. 1^{er} aLAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

D'autre part, conformément à l'art. 8 aLAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1^{er}). Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (al. 3 let. b).

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^{er} LPGA et 4 al. 1^{er} 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).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (voir ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (ATF 125 V 351).

Cela étant, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF précité, consid. 3b/bb et cc).

En l'espèce, le docteur Q_____ a établi son rapport du 25 juillet 2006 en se basant base tant sur l'examen clinique et les plaintes du recourant que sur l'étude du dossier assécurologique et radiologique, et en pleine connaissance de l'anamnèse. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, et il a dûment expliqué et motivé son point de vue. En conséquence, ainsi qu'il a été établi par ailleurs, le reproche de prévention élevé à l'encontre du docteur Q_____ était infondé dans la mesure où il ne reposait sur aucun élément objectif.

À cet égard, l'opinion divergente du docteur O_____, qui porte moins sur les constatations recueillies que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences, n'est pas de nature à mettre en cause les conclusions relatives à la capacité rési-

duelle de travail du recourant, laquelle avait d'ailleurs été notamment confirmée par le docteur P_____.

Pour le surplus, la valeur probante des avis médicaux exprimés dans le cadre du complément d'instruction requis par le TF n'est pas contestée.

7. S'agissant en effet du status cardiaque et angéiologique de recourant, sur lequel devait porter l'instruction complémentaire, force est de constater que, selon les avis concordants du docteur S_____ et du SMR, une activité professionnelle qui tînt compte des limitations fonctionnelles du recourant, c'est-à-dire une activité sédentaire ne sollicitant que l'usage de ses membres supérieurs, était, en théorie, parfaitement exigible de lui dès le mois de mai 2005.

La réserve, décisive pour le docteur S_____, consiste en l'extrême fragilité de l'état de santé de son patient, que l'exercice effectif d'une activité professionnelle, d'ailleurs probablement impossible à trouver, pouvait mettre radicalement en péril. Mais, comme il a été dit dans l'arrêt rendu précédemment par le Tribunal de céans, l'aggravation de la maladie vasculaire ou le risque d'un événement aigu constituaient des faits hypothétiques qui ne pouvaient alors être pris en considération comme tels, sinon peut-être, comme l'a rappelé notre Haute Cour, pour évaluer l'opportunité de mesures de réadaptation. Même rétrospectivement, force est cependant de constater qu'au vu des résultats de l'instruction complémentaire, les troubles cardiaques diagnostiqués en janvier 2007 n'ont pas eu de conséquences dommageables mesurables sur la capacité de gain du recourant.

Car, s'il est désormais établi que les craintes du docteur S_____ se sont en parties réalisées, en ce sens que la maladie vasculaire a, dès le 12 août 2008, entraîné des conséquences dommageables concrètes puisqu'une revascularisation des membres inférieurs du recourant a dû être réalisée une nouvelle fois en urgence, il n'apparaît pas que des complications aient été à déplorer avant ou depuis le traitement, en mars 2007, des troubles cardiaques et de la maladie coronarienne diagnostiqués deux mois plus tôt.

Force est donc de constater que le recourant était apte à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles qu'évaluées successivement par les docteurs L_____, M_____, O_____, P_____, Q_____ et T_____. Dès lors que le diagnostic supplémentaire n'a pas eu d'incidence, autre que le traitement prodigué en mars 2007, sur la capacité de travail du recourant, il y a lieu de confirmer que cette capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux dites limitations à compter du mois de mai 2005 et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel particulières ne se justifiaient pas.

Pour le surplus, l'examen de la question de savoir si de telles mesures, compatibles avec l'état de santé réévalué du recourant, pourraient être prises pour l'avenir est

devenue sans objet puisque sa capacité de gain est désormais unanimement considérée comme nulle par les médecins et ce, pour une durée indéterminée.

8. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie donc la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. 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 les références).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1^{er}). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Cette dernière disposition prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1^{er} LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

En l'espèce, il a été établi que la capacité de travail (et la capacité de gain) du recourant était, dès le mois de mai 2005, totale dans une activité adaptée. C'est donc à bon droit que l'OCAI a supprimé le versement de la rente d'invalidité à partir du 1^{er} septembre 2005. Cela étant, l'OCAI a constaté une aggravation de l'état de santé du recourant et une nouvelle incapacité totale de travail à compter du mois d'août 2008, pour une durée indéterminée.

Il conviendra par conséquent que l'intimé se prononce formellement sur les conséquences de l'aggravation constatée, de sorte qu'il y a lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle décision au sens des considérations qui précèdent.

9. Pour le surplus, il sera renoncé à la perception, à la charge du recourant, de l'émolument prévu par l'art. 69 al. 1^{bis} LAI en considération du fait qu'il a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OCAI pour nouvelle décision au sens du considérant 8 du présent arrêt.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Brigitte BABEL

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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