

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2049/2011

ATAS/1101/2012

**ORDONNANCE D'EXPERTISE
DE LA COUR DE JUSTICE**

Chambre des assurances sociales

du 7 septembre 2012

8^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à Genève, comparant avec élection recourant
de domicile en l'étude de Maître ABERLE Claude

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE intimé
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président suppléant

EN FAIT

1. Depuis le 30 mai 1983, B_____ (né en 1952, naturalisé en 2003, sans formation professionnelle) a travaillé comme agent de propreté et hygiène chez X_____, à plein temps.
2. Le 18 mai 2005, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal d'assurance-invalidité (OAI), tendant à l'octroi d'une rente.
3. Dans un rapport du 5 juin 2005, le Dr L_____, médecin généraliste traitant depuis janvier 2001, a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail existant depuis le 18 avril 2004, un syndrome coronarien aigu sur maladie des 2 vaisseaux (traité par cathétérisme cardiaque avec pose de stents), état de fatigue, état dépressif. Le patient avait été totalement empêché de travailler du 19 avril 2004 au 28 février 2005, puis à 50% dès le 1^{er} mars 2005, date à laquelle il avait repris son activité de nettoyeur chez X_____. L'état de santé était stationnaire. Au titre des mesures professionnelles, un travail allégé était indiqué. Le patient ne devait pas travailler dans la même position du corps pendant longtemps, ni en position à genoux ou accroupie, ni en hauteur. Une autre activité n'était pas exigible.
4. Dans un rapport du 25 juillet 2006, le Dr M_____, cardiologue traitant depuis le 20 juin 2000, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un infarctus et une insuffisance cardiaque depuis 1988, ainsi qu'un diabète de type 2. L'incapacité de travail était de 50% depuis le 14 avril 2004. L'activité habituelle de nettoyeur était exigible à 50% environ. Une activité de remplacement légère était envisageable, à raison de quatre heures par jour ; à cet égard, il convenait d'être tout particulièrement attentif à l'état psychique de l'assuré. Le médecin a également noté : « va bien, pas de plainte cardiaque, palpitations occasionnelles. Pronostic bon ».
5. Par courrier du 22 août 2006, le Dr N_____, psychiatre, a informé l'OAI qu'il avait été consulté par l'assuré une seule fois, le 22 novembre 2004, et qu'à cette occasion, la demande de ce dernier n'avait pas été claire.
6. Dans un « rapport d'examen » du 16 février 2007, le Service médico-régional de l'AI (SMR, Dr O_____) a estimé que l'assuré pouvait travailler à 50% dans son activité habituelle, et à 100% dans une activité adaptée (légère et sédentaire ou semi-sédentaire, sans exposition au froid). La date du début de l'aptitude à la réadaptation était mars 2005. L'échocardiographie de mars 2006 avait montré une nette amélioration de la fonction systolique du ventricule gauche (fraction d'éjection de 50%), qui n'était donc plus que discrètement abaissée (la norme étant

> 55%). L'assuré présentait un diabète type 2 et une hyperlipidémie qui n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Il avait présenté à la suite de l'épisode coronarien de mars 2004 un probable état dépressif ; toutefois, son traitement ne comportait aucun médicament psychotrope et il n'avait consulté qu'une seule fois un psychiatre. On ne pouvait donc certainement pas retenir une atteinte psychique invalidante. Les répercussions fonctionnelles de l'atteinte étaient clairement quantifiées par des examens objectifs qui montraient qu'elles étaient mineures. Il y avait lieu d'admettre une capacité de travail de 50% dans l'activité de nettoyeur, qui n'était pas parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Par contre, dans une activité totalement adaptée, sans effort physique, il n'y avait strictement aucun argument médical pour admettre une diminution de la capacité de travail.

7. Lors d'un entretien du 24 juillet 2007, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il travaillait toujours à 50% aux H.U.G., qu'il ne voulait pas changer de poste et ne pouvait pas travailler à plus de 50%. Il s'occupait de la désinfection des lits et du changement des pièces défectueuses. Il travaillait essentiellement debout sans « trop de port de charges ». Il songeait à prendre une retraite anticipée d'ici deux ou trois ans.
8. Selon un rapport de réadaptation professionnelle du 17 janvier 2008, le degré d'invalidité de l'assuré a été fixé à 31%, compte tenu d'un salaire sans invalidité de 71'604 fr. par an en 2005 (soit 5'508 fr. par mois, payable 13 fois l'an), et d'un salaire avec invalidité de 57'751 fr. (ESS 2004 actualisé, TA1 secteur production, activité de niveau 4), ainsi que d'un abattement de 15%, compte tenu des années de service, de l'âge et de l'activité légère seule possible. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables, en l'absence d'une aptitude subjective à la réadaptation (défaut de volonté de changer de poste de travail et d'augmenter le taux d'activité).
9. Dans un projet de décision du 21 janvier 2008, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente, le taux d'invalidité étant inférieur à 40%.
10. Par courrier du 5 février 2008, le Dr P_____, cardiologue-conseil aux H.U.G., après avoir examiné le patient, a informé l'OAI que, consécutivement audit projet de décision, celui-ci avait demandé d'être réintégré à 100 %. Lors d'une précédente évaluation, en janvier 2006, la capacité de travail avait été maintenue à 50%, quand bien même, par crainte de dégradation économique, l'intéressé avait demandé d'être réintégré à 75%. Le travail à 50% dans l'activité actuelle était (toutefois) le maximum de ce que l'on pouvait exiger. Une augmentation du taux de travail ne pourrait s'envisager que dans une autre activité, à condition que des

mesures de reconversion pussent avoir des chances de succès, compte tenu des difficultés de langue et d'une formation de base très limitée.

11. Par décision du 18 mars 2008, l'OAI a maintenu sa position.
12. Par courrier du 11 mai 2008, le Dr Q_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas envisageable d'exiger de l'assuré de reprendre une activité à 100%, même allégée. En effet, le patient répétait à chaque consultation qu'après son travail, il n'avait qu'une envie, celle de se coucher, car il se sentait épuisé. Les tests d'effort effectués chaque année ne montraient aucune amélioration et confirmaient ses déclarations.
13. Par acte envoyé le 14 mai 2008, l'assuré a déposé un recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS ; depuis le 1^{er} janvier 2011 : Chambre des assurances sociales de la Cour de justice). Il a exposé en particulier ce qui suit : (...) « je travaille à 50% dans mon poste habituel après beaucoup d'efforts. Si mes problèmes de santé sont stabilisés, c'est aussi probablement grâce à cela. Je suis âgé de 56 ans, j'ai des difficultés avec la langue française, n'ai pas de formation professionnelle. Si j'ai déclaré ne pas pouvoir travailler à un taux d'activité supérieur à 50%, c'est parce que je ne peux pas assumer mon poste au-delà et que je ne peux pas postuler pour un emploi adapté à mon état de santé (...) ».
14. Par arrêt du 18 juin 2008, le TCAS a déclaré le recours irrecevable pour cause de tardiveté.
15. Par acte du 18 février 2009, le Dr L_____ a annoncé son patient en détection précoce auprès de l'OAI.
16. Dans une note du 23 mars 2009, le médecin-conseil de l'AI a estimé que le dossier ne contenait rien de nouveau.
17. Par courrier du 7 avril 2009, l'OAI a indiqué à l'assuré que faute d'une aggravation objective de son état de santé, il ne pouvait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.
18. Par courrier du 10 novembre 2009, le Dr Q_____ a signalé à l'OAI que l'état de santé de son patient s'était « beaucoup aggravé ». Il avait été hospitalisé du 31 août au 18 septembre 2009, en raison d'une resténose occlusive de l'ostium de la coronaire droite proximale au niveau du site d'implantation de plusieurs stents suite à son infarctus en 1998. Une première coronographie s'était soldée par un échec le

4 septembre 2009. Une seconde coronographie, effectuée le 8 septembre suivant, avait permis de poser 3 stents supplémentaires. Malheureusement, le patient souffrait toujours d'angor. De plus, son diabète s'était aggravé et il était actuellement sous insuline. Dans ces conditions, le praticien ne voyait pas son patient reprendre son travail de nettoyeur, ni même un travail allégé à 100%.

19. Dans un avis du 14 décembre 2009, le SMR (Dresse R_____) a estimé que l'assuré avait rendu l'aggravation de son état de santé plausible.
20. Dans un rapport du 20 décembre 2009, le Dr L_____ a attesté que son patient se trouvait en incapacité totale de travailler depuis le 31 août 2009, pour une durée indéterminée, et que le pronostic était réservé. Celui-ci ne pouvait plus exercer son travail de nettoyeur chez X_____. en raison d'une grande fatigue et de crises d'angor. On ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Le patient avait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité uniquement en position assise ou debout ; ni en marchant ; ni avec les bras au-dessus de la tête ; ni accroupi ; ni à genoux ; sans port de charge. Sa capacité de compréhension était limitée par la langue. Sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées.
21. Selon un questionnaire pour employeur du 7 janvier 2010, le salaire mensuel de l'assuré était de 5'753 fr. 40 dès le 1^{er} janvier 2009, versé 13 fois l'an, soit 74'794 fr. par an.
22. Afin de déterminer l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis février 2007, l'OAI a mis en œuvre une expertise cardiologique.
23. Dans son rapport d'expertise cardiologique du 8 mars 2010, le Dr S_____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail et existant depuis 1998, de status post infarctus avec dysfonction ventriculaire gauche discrète à modérée, et de diabète. La capacité de travail à 50% dans l'activité de nettoyeur ne pouvait pas être augmentée. Dans une activité adaptée (sédentaire et sans effort physique), la capacité de travail était complète, sans perte du rendement. Les conclusions du test d'effort étaient les suivantes : test d'effort maximal, cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde pour une fréquence cardiaque sous maximale non atteinte, absence d'arythmie ; comportement tensionnel normal. L'effort avait été mené jusqu'à 100 W, correspondant à environ 6,5 METS (VO₂ estimée à 22,8ml/kg/min.), correspondant à une attitude physique moyenne pour l'âge. L'échocardiographie montrait une diminution discrète à modérée de la fonction ventriculaire gauche, la fraction d'éjection étant estimée à 45%. Il existait, comme décrit par le Dr M_____, une

séquelle de nécrose intéressant les segments basal et moyen des parois inférieure et inféro-latérale, avec une hypokinésie latérale. Il n'y avait pas de valvulopathie. Au niveau des données subjectives, l'expertisé se plaignait d'une fatigue importante dans le cadre de son activité professionnelle à 50% ; on ne retrouvait toutefois pas véritablement de notion de douleur thoracique franche ou d'essoufflement. Au niveau cardiologique, une dysfonction ventriculaire gauche discrète à modérée n'entraînait généralement pas une symptomatologie sévère ; néanmoins, il existait souvent des variations d'un individu à l'autre. Aussi, de prime abord, l'expert proposait-il, puisque le patient se disait très fatigué de son activité de nettoyeur à 50%, une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire (à 100%), sans perte du rendement.

Par ailleurs, compte tenu de la situation psychosociale difficile du patient (avec un enfant atteint de myopathie et en chaise roulante) et d'une possible composante psychiatrique en découlant, l'expert a préconisé une expertise pluridisciplinaire avec un interniste et un psychiatre.

24. Dans un rapport intermédiaire du 27 octobre 2010, le Dr L_____ a attesté que, dès février 2010, le patient avait développé une parésie héli-laryngée gauche d'origine idiopathique. Ce dernier déprimait beaucoup, car il n'avait plus de rentrées d'argent et vivait sur son maigre pécule. Au titre des limitations fonctionnelles, le praticien avait observé des crises d'angor à répétition, des difficultés à parler, une grande fatigue, ainsi qu'une douleur thoracique.
25. Dans un avis du 1^{er} décembre 2010, le SMR (Dr T_____) a préconisé une expertise en médecine interne, afin de déterminer précisément la capacité de travail, ainsi que les limitations fonctionnelles de l'assuré.
26. Le 17 décembre 2010, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage.
27. Dans son rapport d'expertise du 2 février 2011, le Dr U_____, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics suivants, ayant des répercussions sur la capacité de travail : status après infarctus inférieur en 1998 ; status après syndrome coronarien aigu sur maladie des deux vaisseaux (2004) ; status après dilatation et pose de stents de la coronaire droite occluse (2009) ; dysfonction ventriculaire gauche discrète à modérée ; cardiopathie ischémique. Au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a relevé un diabète de type II, une discrète polyneuropathie sensitive débutante des membres inférieures, une surcharge pondérale, une probable colopathie fonctionnelle. Dans son appréciation du cas, l'expert a relevé qu'il n'y avait apparemment pas de signes cliniques d'insuffisance cardiaque, d'arythmie, de syncope ou d'autres évènements permettant de

comprendre l'importance et la durée de l'incapacité de travail. Les raisons de l'incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2010 n'étaient pas clairement explicitées. En conclusion, il n'y avait pas d'argument pour reconnaître l'existence de limitations fonctionnelles autres que celles retenues par l'expert S_____. Celles-ci semblaient être acceptées par l'expertisé, puisqu'il s'était annoncé à l'assurance-chômage (le 17 décembre 2009, sans avoir été licencié par les H.U.G.) visant un emploi complet dans une activité adaptée. Déclarant se rallier aux conclusions du Dr S_____, l'expert a estimé qu'une activité sédentaire avec évitement du port de charges lourdes, sans efforts soutenus, dans un environnement non soumis au froid et aux intempéries, sans utilisation d'engin vibrant, pouvait être considérée comme exigible, sans perte de rendement, et cela probablement dès le début de l'année 2005, sans modification depuis lors. L'activité exercée jusqu'ici était encore exigible si le port de charges n'excédait pas 15 kg, de manière répétée, et cela sans diminution de rendement. L'expert a précisé à cet égard que « du fait de la cardiopathie ischémique, nous reconnaissons, comme le Dr S_____, une certaine diminution de la capacité de travail dans les efforts soutenus ou lors de port de lourdes charges ». L'incapacité de travail à 100% dès le 31 août 2009, signifiée « apparemment » par le Dr L_____ n'était pas justifiée du point de vue somatique. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr S_____ (sédentaire, sans port de lourdes charges, sans exposition au froid et sans utilisation d'un engin vibrant), la capacité de travail était de 100%, sans diminution de rendement.

L'expert n'a pas retenu de limitations au plan psychique.

28. Dans un avis du 15 mars 2011, le SMR (Drs V_____ et T_____) a estimé que l'expertise du Dr U_____ était convaincante et qu'elle confirmait les conclusions de l'expertise cardiologique du Dr S_____. Il a retenu une capacité de 50% dans l'activité habituelle depuis avril 2004 et de 100% dans une activité adaptée, « avec la même évolution d'IT que dans le rapport du SMR du 16 février 2007 ». En conclusion, il n'y avait « pas grand-chose de changé depuis 08 ».
29. Par courrier du 1^{er} avril 2011, l'Hospice général a informé l'OAI que l'intéressé était financièrement assisté depuis cette date.
30. Dans un projet du 1^{er} avril 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de refuser toute prestation, la situation médicale étant restée la même depuis la première demande de prestation déposée en mai 2005.
31. Par opposition du 26 avril 2011, l'assuré a fait valoir qu'il était totalement empêché de travailler depuis le 1^{er} janvier 2010 et que l'assurance-chômage avait également

conclu à une incapacité complète de travail, aussi bien dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. En outre, il souffrait de troubles digestifs aggravés le contraignant à un régime sans gluten ni lactose ; il prenait également du Torem© 10 en raison d'une accumulation de liquide au niveau des jambes.

Il a également produit un certificat du Dr Q_____ du 14 avril 2011 attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2010, et ce pour une durée indéterminée et, d'autre part, une décision de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) du 7 mars 2011, entrée en force, le déclarant inapte au placement depuis le 17 décembre 2010 (premier jour contrôlé). A cet égard, l'OCE a retenu que « bien que l'AI ait considéré que la capacité de travail de Monsieur B_____ était entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, celui-ci a produit des certificats médicaux attestant d'une incapacité totale de travailler depuis le 1^{er} janvier 2010 pour une durée indéterminée ».

32. Dans un avis du 31 mai 2011, le SMR (Drs T_____ et O_____) a estimé que ces nouvelles pièces ne modifiaient pas les conclusions de l'avis du SMR du 15 mars 2011. Le Dr Q_____ attestait une incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2010, alors que l'expertise du Dr U_____ du 14 janvier 2011 était superposable à celle du Dr S_____ de mars 2010, ces experts ayant estimé qu'il n'existait pas de justification médicale du point de vue somatique à l'incapacité totale de travail dans une activité adaptée. L'intolérance au gluten n'était pas incapacitante et le Torem© (diurétique) 10 mg était prescrit à faible dosage.
33. Par décision du 7 juin 2011, l'OAI a confirmé son refus de toute prestation.
34. Dans son recours déposé le 4 juillet 2011, par l'intermédiaire de son avocat, le recourant a conclu à l'annulation de ladite décision, respectivement à l'octroi d'une « rente correspondant à son degré d'invalidité ». Il a en particulier allégué que son état de santé s'était sérieusement aggravé et que le moindre effort aboutissait désormais à un essoufflement rapide et total. Vu sa formation, il ne semblait également pas être reclassable dans une autre activité, malgré son bon vouloir. Il s'est en outre déclaré disposé à collaborer « dans le cadre des mesures d'instruction qu'il plaira au Tribunal d'ordonner, de sorte à déterminer le taux de son incapacité de gain (...) ».

A l'appui de son recours, il a produit les documents complémentaires suivants :

- un courrier de W_____, responsable des ressources humaines chez X_____, du 22 décembre 2009, informant la Caisse de prévoyance du personnel des établissements médicaux du canton de Genève que, suite à son

hospitalisation en août 2009, l'intéressé n'avait pas travaillé en septembre et octobre 2009. Contraint et forcé pour des raisons économiques, il avait, néanmoins, travaillé à 50% en novembre et décembre 2009, ce que X_____ avaient accepté, malgré son faible rendement. Son état de santé le contraignait à arrêter toute activité dès le 1^{er} janvier 2010. Compte tenu de la pathologie de ce collaborateur, il avait été impossible d'envisager une reconversion avec succès, sa connaissance de la langue française, ainsi que sa formation de base extrêmement limitée, ne le permettant pas. Les seules activités que l'employeur aurait pu proposer étaient celles d'employé de cuisine ou de buanderie. Elles étaient toutefois beaucoup trop physiquement exigeantes pour celui-ci.

- un courrier du Dr P_____ du 30 mai 2011, adressé à la responsable des ressources humaines chez X_____, concluant qu'aucune reprise du travail n'était envisageable pour l'intéressé dans la profession antérieure. Quant à une reconversion vers une autre activité, et ceci sans l'aide de l'AI de surcroît, les possibilités semblaient inexistantes. Il fallait trouver une activité sans mise à contribution physique, alors que les possibilités d'apprentissage étaient réduites à quasiment néant, vu le degré de scolarité antérieur et la connaissance plus que rudimentaire de la langue française.
 - un courrier du 26 juin 2011, par lequel le Dr Q_____ « s'est opposé à la décision de l'OAI », au motif que, malgré le traitement cardiologique de septembre 2009, son patient souffrait toujours de crises d'angor et « même les tests d'efforts ne montraient aucune amélioration ». De plus, son patient souffrait de diabète type II insulino-dépendant et de lombalgies basses. A son avis, celui-ci n'était plus en état de reprendre une activité même allégée.
35. Dans un avis du 20 juillet 2011, le SMR a estimé que ces documents n'apportaient pas d'informations nouvelles. En particulier, le courrier du Dr P_____ du 30 mai 2011 « ne mentionne pas de preuve à l'appui pourquoi aucune reprise n'est possible, se base sur le certificat du Dr Q_____, et visiblement pas sur les expertises des Drs U_____ et S_____ ».
36. Par décision du 29 juillet 2011, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance juridique.
37. Dans sa réponse du 2 août 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en particulier relevé que l'avis du médecin traitant avait dûment été pris en compte par les experts en l'occurrence. De plus, selon la jurisprudence, les décisions rendues par les organes de l'assurance-chômage en matière d'inaptitude au placement des

personnes handicapée n'avaient pas d'influence sur l'évaluation de leur incapacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'AI.

38. Dans sa duplique du 27 octobre 2011, le recourant a contesté les conclusions de l'expertise du Dr U_____, laquelle n'était pas, selon lui, « totalement objective ». En effet, dans son rapport, l'expert avait relevé que l'assuré avait vu sa situation « régularisée » par son mariage avec une suisse, « se promène, prend le thé », « joue avec son ordinateur », « n'a pas d'autre hobby », présentait une « surcharge pondérale » et une « petite bedaine », termes que le recourant estimait « non scientifiques et quelque peu connotés ». En outre, à plusieurs reprises, le Dr U_____ avait utilisé le terme 'plainte' lorsqu'il expliquait que le patient rapportait des éléments anamnestiques. L'expert avait mentionné également que celui-ci était « resté sans formation professionnelle », comme s'il n'avait pas développé les efforts que l'on pouvait attendre de lui. Tous ces éléments pris distinctement ne faisaient pas apparaître la partialité du spécialiste, mais, assemblés bout à bout, le Dr U_____ semblait montrer un certain mépris à l'égard du patient. Il en allait de même de l'expertise du Dr S_____, lequel avait relevé, dans son rapport, que le patient n'avait pas suivi la consultation chez le psychiatre N_____ « pour des raisons peu claires », que le patient était dans un « état général conservé » et que l'anamnèse était « peu claire » quant aux douleurs abdominales du patient, alors que ce dernier présentait, de longue date, une dyslipidémie, dont « le symptôme était, entre autre, la souffrance de douleurs abdominales ». Le recourant a par ailleurs reproché à l'OAI de s'être limité à proposer une activité de reconversion abstraite, sans fournir de proposition concrète, à tout le moins un secteur d'activité envisageable, respectivement sans proposer des mesures de reclassement, tels que des cours de français, alors qu'il ressortait des certificats médicaux qu'il ne maîtrisait pas cette langue.
39. Dans ses déterminations du 15 décembre 2011, l'OAI a maintenu sa position, réfutant en particulier toute prétendue partialité de la part des experts. En outre, le marché du travail offrait un éventail d'emploi diversifiés, adaptés à l'état de santé du recourant. Ses difficultés liées à l'âge, à l'absence de formation ou à la méconnaissance du français n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Pour ces mêmes motifs, les mesures de reclassement professionnel sollicitées étaient, selon toute vraisemblance, vouées à l'échec.
40. Par envoi spontané du 16 décembre 2011, le recourant a versé au dossier un scanner cérébral (avec une angiographie des troncs supra-aortiques et des artères intracrâniennes) du 16 novembre 2011, destiné au Dr A_____, neurologue. Etabli à la suite d'un accident vasculaire cérébral hémisphérique droit survenu le 12

novembre 2011, ce document met en évidence un ramollissement ischémique aigu, non hémorragique, de localisation sous-corticale, au niveau du gyrus pré-central à droite, ainsi qu'une petite sténose serrée focale située à la jonction des segments P2 et P3 de l'artère cérébrale postérieure gauche. Selon le recourant, cette pièce « prouvait son état de santé et confirmait son droit à la rente AI ».

41. A la demande de la Chambre de céans, l'OAI a précisé, par courrier du 2 février 2012, que le Dr O_____, auteur du rapport « d'examen » du 16 février 2007, était spécialiste en anesthésiologie et que celui-ci n'avait pas procédé à un examen clinique de l'assuré en l'occurrence.
42. Egalement interpellé par le Chambre de céans, le Dr S_____ a complété son rapport d'expertise du 8 mars 2010, en précisant que, du mois de septembre 2009 (date de l'hospitalisation de l'assuré) au mois de mars 2010, une activité sédentaire à 100% était possible. Durant cette même période, « l'activité habituelle de nettoyeur à 50% devrait être possible, éventuellement avec une perte de rendement de l'ordre de 30% » (courrier du 5 mars 2012).
43. Par courrier du 20 mars 2012, le recourant a estimé que ce complément d'expertise n'était pas probant, faute d'indication sur l'évolution de l'état de santé depuis son hospitalisation de septembre 2009 ; de plus, il existait une apparente contradiction avec le rapport du mars 2010, en ce sens que ce dernier ne précisait pas que l'activité de nettoyeur pouvait être maintenue à 50%.
44. De son côté, l'OAI a relevé que, dans cet avis complémentaire, le Dr S_____ confirmait le rapport d'expertise du Dr U_____ du 2 février 2011, selon lequel l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles. L'office a encore indiqué qu'il n'entendait pas se déterminer sur le rapport du 16 novembre 2011, dans la mesure où son contenu se rapportait à un accident vasculaire cérébral survenu le 12 novembre 2011, soit postérieurement à la décision du 7 juin 2011 (courriers des 29 mars et 10 avril 2012).
45. La Chambre a informé les parties, par courrier du 3 août 2012, de son intention de confier une expertise cardiologique au Pr E_____, du Service de cardiologie du CHUV, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai au 20 août 2012 pour faire part de leurs éventuels motifs de récusation (art. 39 LPA) et/ou questions complémentaires.
46. Se fondant sur un avis du SMR du 10 août 2012, l'OAI a indiqué n'avoir aucun motif de récusation, ni question complémentaire (courrier du 17 août 2012).

47. De son côté, le recourant ne s'est pas déterminé dans le délai imparti, ni à ce jour.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable à la forme (art. 56 et 60 LPGA).

3. A teneur de l'art. 61 let. c LPGA, le juge établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. S'il considère que les faits d'ordre médical ne sont pas suffisamment élucidés, le juge doit en principe mettre lui-même une expertise en oeuvre (cf. changement de la jurisprudence inaugurée par l'ATF 137 V 210), et non plus renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction.

4. En l'occurrence, la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire cardiologique s'impose, afin de trancher la question controversée d'une aggravation éventuelle de l'état de santé du recourant, singulièrement du taux de sa capacité de travail dans une activité adaptée, depuis la décision initiale de l'OAI du 18 mars 2008.

En effet, la décision litigieuse du 7 juin 2011 se fonde à cet égard sur le rapport d'expertise du Dr S_____ (cardiologue) du 8 mars 2010, - aux conclusions duquel le Dr U_____ (spécialisé en médecin interne) s'est expressément rallié dans son rapport d'expertise du 2 février 2011 -, retenant une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeur et de 100% dans une activité adaptée. Il n'apparaît toutefois pas que, dans son expertise du 8 mars 2010, le Dr S_____ se soit prononcé sur l'évolution proprement dite de l'état de santé de l'expertisé durant la période en cause, ni d'ailleurs qu'il ait indiqué clairement les éléments sur lesquels il s'est fondé pour admettre que le recourant était apte à exercer à 100% une activité adaptée, contrairement à l'avis du Dr Q_____ (qui a retenu à cet égard une incapacité de 100%), voire celui du cardiologue traitant, lequel avait

admis, dans son rapport du 25 juillet 2006, qu'une activité de remplacement légère était envisageable à raison de quatre heures par jour seulement (alors même que, contrairement à ce que pourrait laisser entre son intitulé, le « rapport d'examen » du SMR du 16 février 2007, admettant une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, ne repose, quant à lui, sur aucune observation clinique de l'assuré). Au surplus, dans son complément d'expertise du 5 mars 2012, le Dr S_____ s'est non seulement montré moins catégorique, mais a aussi quelque peu modifié son appréciation (sans pour autant motiver son point de vue à cet égard), en ce sens qu'il a estimé que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail « devrait être possible » à 50%, « éventuellement avec une perte de rendement de l'ordre de 30% », ce qui tend à admettre une capacité de travail résiduelle de 20% dans l'activité habituelle (cf. dans ce sens arrêt 8C_585/2011 du 5 avril 2012, consid. 3.3) et, partant, une aggravation de l'état de santé de l'expertisé. A cet égard, on peut du reste observer que si l'échocardiographie de mars 2006 mettait en évidence une fraction d'éjection de 50%, ce taux a été réduit à 45% en mars 2010, la dysfonction ventriculaire gauche étant qualifiée désormais de modérée, et non plus seulement de discrète. Au demeurant, formulées au conditionnel, - ce qui ne suffit pas à établir un fait en matière d'assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b) - ces conclusions ne sauraient emporter sans autre la conviction. A cela s'ajoute que l'expertise du Dr U_____ du 2 février 2011 a été réalisée onze mois après celle du Dr S_____ et que son auteur n'est pas spécialisé en cardiologie. En outre, les conclusions du Dr U_____ apparaissent partiellement en contradiction avec celles du Dr S_____, dans la mesure où le premier semble retenir que l'activité de nettoyeur est exigible à 50% sans diminution de rendement (si le port de charges n'excède pas 15 kg de manière répétée), alors que le second retient une diminution de rendement de 30%. Enfin, contrairement à ce qu'a retenu le Dr U_____, les raisons de l'incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2010 ont bien été expliquées par le Dr Q_____, en l'occurrence. En effet, dans son rapport du 27 octobre 2010, le médecin traitant a mentionné qu'au titre des limitations fonctionnelles, il avait observé des crises d'angor à répétition, des difficultés à parler, une grande fatigue, une douleur thoracique. De plus, il n'est pas pertinent d'opposer à l'assuré le fait qu'il se soit annoncé à l'assurance-chômage visant un emploi complet dans une activité adaptée. En effet, non seulement l'OCE a finalement retenu que l'assuré était inapte au placement pour des raisons médicales, y compris dans des activités adaptées (décision du 7 mars 2011), mais encore, il résulte des différents courriers du médecin-conseil de l'employeur ou du responsable des ressources humaines de X_____, que si l'assuré avait souhaité travailler au-delà de ses capacités médicales, c'était toutefois « contraint et forcé pour des raisons économiques ».

Par ailleurs, il apparaît que l'OAI a statué en l'occurrence sur la base d'un dossier incomplet, puisque celui-ci ne contient pas les avis médicaux ayant conduit l'OCE à prononcer, par décision du 7 mars 2011, l'inaptitude au placement de l'assuré depuis le 17 décembre 2010, et cela y compris, comme ce dernier l'allègue, dans une activité adaptée à son état de santé. Enfin, s'il est vrai que le courrier du Dr P_____ du 30 mai 2011 (faisant état, désormais, d'une incapacité totale de travail également dans l'activité habituelle) est succinct, il émane néanmoins du cardiologue-conseil de l'employeur de l'assuré, - lequel est par ailleurs dûment informé sur les conditions de travail du métier exercé par ce dernier - et non pas d'un médecin traitant (lequel, en cas de doute, est généralement enclin à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui les unit : ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc). Surtout, le Dr P_____ a forgé son opinion après avoir personnellement examiné le patient le 11 mai 2011, et non pas en se basant (uniquement) sur le certificat du Dr D_____ du 22 mai 2011, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 20 juillet 2011. Dans ces conditions, on ne saurait d'emblée dénier toute valeur probante à l'appréciation du Dr P_____, ce d'autant que, dans un avis précédent du 14 décembre 2009, le SMR avait lui-même estimée plausible une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise cardiologique.
2. La confie au Pr E_____.
3. Dit que la mission de l'expert sera la suivante :
 - a. Prendre connaissance du dossier médical de Monsieur B_____.
 - b. Examiner personnellement l'expertisé.
 - c. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des médecins ayant eu connaissance du cas de l'intéressé, en particulier des médecins traitants.
 - d. Etablir un rapport détaillé répondant aux questions suivantes :
 1. Anamnèse.
 2. Données subjectives de l'expertisé.
 3. Constatations objectives.
 4. Diagnostic(s).
 5. Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail de l'expertisé, en pour-cent.
 6. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant.
 7. Préciser l'évolution de la capacité de travail depuis lors (dans l'ancienne activité de nettoyeur, respectivement dans une activité de remplacement), en particulier depuis la décision de l'OAI du 18 mars 2008. Motiver le(s) taux retenu(s).
 8. Indiquer s'il existe une aggravation de l'état de santé, respectivement une diminution correspondante de la capacité de travail, depuis cette date.
 9. Motiver une éventuelle divergence dans l'appréciation de la capacité de travail émise par les médecins traitants, l'expert cardiologue S_____ et le SMR.
 10. Dans une activité de remplacement, quel domaine/quelles activités correspondent à ses éventuelles limitations fonctionnelles ?

11. Evaluer les chances de succès d'une éventuelle réadaptation professionnelle.
 12. La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales ?
 13. Pronostic.
 14. Toute remarque utile et proposition.
4. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais son rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
 5. Réserve le fond.

La greffière

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Jean-Louis BERARDI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le