
EN FAIT

1. Dès le 30 mai 1983, A_____ (né le _____ 1952, naturalisé en 2003, sans formation professionnelle) a travaillé d'abord comme employé de cuisine, puis, depuis 1997, comme agent de propreté et d'hygiène chez B_____, 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 docteur C_____, généraliste traitant depuis janvier 2001, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail existant depuis le 18 avril 2004, un syndrome coronarien aigu sur maladie des deux vaisseaux, un état de fatigue et un 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 B_____. L'état de santé était stationnaire. Une autre activité n'était pas exigible. Le patient ne devait pas travailler dans la même position pendant longtemps, ni en position à genoux ou accroupie, ni en hauteur.

Le médecin notait également qu'après son hospitalisation du mois de mars 2004, le patient avait développé un état anxieux accompagné d'un état dépressif grave, et qu'il avait ensuite consulté le Dr D_____.

4. Dans un rapport du 25 juillet 2006, le docteur E_____, 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 docteur D_____, psychiatre, a indiqué à l'OAI qu'il avait été consulté par l'assuré une seule fois, le 22 novembre 2004. La demande de ce dernier n'avait pas été pas claire.

Le Dr D_____ n'a établi aucun rapport médical à la suite de cette consultation.

6. Dans un « rapport d'examen » du 16 février 2007, le Service médico-régional de l'AI (SMR, docteur F_____, spécialiste en anesthésiologie) 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 montrait 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. A la

suite de l'épisode coronarien de mars 2004, celui-ci avait présenté 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 à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il travaillait toujours à 50% chez B_____, 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 CHF 71'604.- par an en 2005 (soit CHF 5'508.- par mois, payable 13 fois l'an), et d'un salaire avec invalidité de CHF 57'751.- (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 docteur G_____, cardiologue-conseil aux H.U.G., a informé l'OAI que, consécutivement au projet de décision, le patient 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%. Il apparaissait contraire aux règles de déclarer l'assuré comme complètement apte à exercer son activité lucrative ; son poste de travail n'était pas parfaitement adapté ; dans une activité lucrative respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière. Le médecin s'opposait à toute augmentation du taux d'emploi dans l'activité exercée jusqu'ici. Une augmentation ne pourrait s'envisager que dans une autre activité, à condition que des mesures de reconversion puissent 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, notifiée sous pli simple, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
12. Par acte du 6 mai 2008, posté le 14 mai suivant, l'assuré a interjeté 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). En particulier, il a exposé 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 (...) ».
13. Par courrier du 11 mai 2008, le Dr H_____ a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas envisageable d'exiger de l'assuré qu'il reprenne 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.
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 C_____ 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. Le 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 H_____ a signalé à l'OAI que l'état de santé de son patient s'était « beaucoup aggravé ». Ce dernier 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 trois 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 I_____) a estimé que l'assuré avait rendu plausible l'aggravation de son état de santé.
20. Dans un rapport du 20 décembre 2009, le Dr C_____ 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 B_____. 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 le questionnaire pour employeur du 7 janvier 2010, le salaire mensuel de l'assuré était de CHF 5'753.40 dès le 1^{er} janvier 2009, versé 13 fois l'an, soit CHF 74'794.- 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 du 8 mars 2010 (tenant compte des résultats d'une échographie et de tests d'effort effectués le 5 mars précédent), le docteur J_____, cardiologue, 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. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une dyslipidémie. La capacité de travail à 50% dans son 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. Il existait au maximum une limitation dans les activités nécessitant un effort physique. Les conclusions du test d'effort du 5 mars 2010 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 précédemment par le Dr E_____, une séquelle de nécrose intéressant les segments basal et moyen des parois inférieures et inféro-latérales, 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, sans perte du rendement. Il existait une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2004.

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

24. Dans un rapport intermédiaire du 27 octobre 2010, le Dr C_____ a attesté que, dès février 2010, le patient avait développé une parésie hémilaryngée 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, il avait observé des crises d'angor à répétition, des difficultés à parler, une grande fatigue, une douleur thoracique.
25. Dans un avis du 1^{er} décembre 2010, le SMR (docteur K_____) 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 docteur L_____, 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 inférieurs, une surcharge pondérale et une probable colopathie fonctionnelle.

Dans son appréciation du cas, l'expert a constaté 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 cardiologue.

Déclarant se rallier aux conclusions du Dr J_____, 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 (à 100%), sans perte de rendement, et probablement dès le début de l'année 2005, sans modification depuis lors. Ces limitations semblaient en outre acceptées par l'expertisé, qui s'était spontanément présenté à l'office du chômage visant un emploi complet dans une activité adaptée. 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 J_____, 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 par le Dr C_____ n'était pas justifiée du point de vue somatique.

Concernant les limitations au plan psychique, l'expert a relevé que « l'assuré nous indique présenter des appréhensions légitimes concernant sa maladie et sa responsabilité de père de deux enfants à charge dont l'aîné souffre d'une myopathie le rendant impotent. Il est également anxieux par rapport à sa situation économique. Il n'y a pas eu de suivi psychiatrique spécialisé, à part un contact isolé chez un psychiatre il y a quelques années. Il ne lui est pas prescrit d'anxiolytique ou d'antidépresseur ».

28. Dans un avis du 15 mars 2011, le SMR (docteurs M_____ et K_____) a estimé que l'expertise du Dr L_____ était convaincante et qu'elle confirmait les conclusions de l'expertise cardiologique du Dr J_____. 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 qu'il assistait financièrement l'intéressé 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 produit, d'une part, un certificat du Dr H_____ du 14 avril 2011 attestant une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2010, pour une durée indéterminée, et, d'autre part, une décision de l'office cantonal de l'emploi du 7 mars 2011, entrée en force, le déclarant inapte au placement depuis le 17 décembre 2010. L'OCE a retenu à cet égard que « bien que l'AI ait considéré que la capacité de travail de Monsieur A_____ 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 (docteurs K_____ et F_____) a estimé que ces nouvelles pièces ne modifiaient pas les conclusions du SMR du 15 mars 2011. Le Dr H_____ attestait une incapacité de travail depuis le 1^{er} janvier 2010, alors que le rapport d'expertise du Dr L_____ du 14 janvier 2011, superposable à celui du Dr J_____ de mars 2010, concluait à l'absence de justification médicale du

point de vue somatique à l'incapacité totale de travail. 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 ». Son état de santé s'était sérieusement aggravé et le moindre effort aboutissait désormais à un essoufflement rapide et total. Vu sa formation, il ne semblait pas être reclassable dans une autre activité, malgré son bon vouloir. Il était 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 suivants :

- un courrier de M. N_____, responsable des ressources humaines chez B_____, 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 B_____ avait accepté, malgré son faible rendement. Son état de santé l'avait contraint 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 physiquement beaucoup trop exigeantes pour celui-ci.

- un courrier du Dr G_____ du 30 mai 2011, concluant qu'aucune reprise du travail n'était envisageable 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 H_____ 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 que « même les tests d'effort ne montraient aucune amélioration ». De plus, son patient souffrait de diabète type II insulino-dépendant et de lombalgies basses. A son avis, ce dernier n'était plus en état de reprendre une activité, même allégée.

35. Par décision du 29 juillet 2011, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire.

36. 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 handicapées n'avaient pas d'influence sur l'évaluation de leur incapacité de travail et de gain effectuée par les organes de l'AI.
37. Dans sa duplique du 27 octobre 2011, le recourant a contesté les conclusions de l'expertise du Dr L_____, laquelle n'était pas, selon lui, « totalement objective ». 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 L_____ 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, ils montraient un certain mépris à l'égard du patient. Il en allait de même de l'expertise du Dr J_____, lequel avait relevé, dans son rapport, que le patient n'avait pas suivi la consultation chez le psychiatre D_____ « 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 même que ce dernier présentait, de longue date, une dyslipidémie dont « le symptôme était, entre autres, la souffrance de douleurs abdominales ».

Le recourant a par ailleurs reproché à l'OAI de s'être limité - en violation de son obligation légale visant à éliminer ou atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée -, 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.

38. Dans ses déterminations du 15 décembre 2011, l'OAI a maintenu sa position, réfutant en particulier toute prétendue partialité de la part des experts. Le marché du travail offrait un éventail d'emplois 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.
39. 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 docteur O_____, 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. Sur le reste du parenchyme cérébral, il n'y avait pas de séquelle ischémique objectivable ou de signe de leuco-encéphalopathie vasculaire. Sur le plan vasculaire, il n'y avait pas de calcification ou de sténose significative des troncs supra-aortiques.

Selon le recourant, cette pièce « prouvait son état de santé et confirmait son droit à la rente AI ».

40. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a précisé, par courrier du 2 février 2012, que le Dr F_____, auteur du rapport « d'examen » du 16 février 2007, n'avait pas procédé à un examen clinique de l'assuré en l'occurrence.
41. Interpellé par la chambre de céans, le Dr J_____ a complété son rapport d'expertise du 8 mars 2010, en précisant que de septembre 2009 à 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).
42. Par courrier du 20 mars 2012, le recourant a estimé que le 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 8 mars 2010 en ce sens que ce dernier ne précisait pas que l'activité de nettoyeur pouvait être maintenue à 50%.
43. De son côté, l'OAI a relevé que, dans cet avis complémentaire, le Dr J_____ confirmait le rapport d'expertise du Dr L_____ du 2 février 2011, selon lequel l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles. Par ailleurs, 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).
44. Par ordonnance du 7 septembre 2012, la chambre de céans a confié un mandat d'expertise cardiologique au professeur P_____, chef de service de cardiologie du CHUV. En particulier, il convenait de déterminer si une aggravation de l'état de santé, respectivement une diminution correspondante de la capacité de travail, étaient survenues depuis la décision de l'OAI du 18 mars 2008.
45. Dans son rapport du 8 juillet 2013, cet expert a posé les diagnostics suivants : status après infarctus dans le territoire inférieur, thrombolysé en 1998 ; status après infarctus inférieur en 2009 pour une resténose occlusive de la coronaire droite (angioplastie et mise en place de trois stents DES) ; insuffisance cardiaque compensée sous traitement avec insuffisance mitrale légère à modérée ; dyspnée

stade II à III selon la NYHA ; hypertension artérielle traitée ; diabète de type II mal compensé ; ischémie résiduelle (test d'effort positif) ; état dépressif.

En 2004, la fraction d'éjection était calculée à 34%. Lors des échographies effectuées en 2006 et 2009, la fraction d'éjection était de 50%. En 2012, l'expertisé avait présenté une dyspnée avec des signes de décompensation cardiaque, soit une insuffisance mitrale 3/6 qui avait nécessité un traitement médical supplémentaire. L'évolution avait été favorable. Le fait que l'expertisé présentait au moment de l'expertise un test à l'effort pathologique dans le territoire latéral V5-V6 en fin d'exercice et lors de la phase de récupération indiquait une possible ischémie résiduelle dans le territoire latéral, fait qui semblait nouveau dans ce contexte. La dysfonction ventriculaire gauche était désormais évaluée à un stade II à III selon la NYHA avec un NT-proBNP à 695 pg/ml en mars 2012 (normes jusqu'à 198 pg/ml). De nouveaux tests devraient être effectués pour évaluer l'étendue de l'ischémie myocardique résiduelle.

La capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité chez B_____, depuis son hospitalisation pour récurrence d'infarctus en 2009 (ie : du 31 août au 18 septembre). Dans une activité adaptée, sans activité physique majeure (p. ex. surveillance dans un parking ou un chantier) la capacité de travail était de 50% depuis 2009, date de son deuxième infarctus. Ensuite, l'évolution avait été défavorable avec l'apparition de signes de dysfonction ventriculaire gauche, associés à une insuffisance mitrale ayant entraîné une décompensation cardiaque, laquelle avait entraîné des oedèmes dans les membres inférieurs. Le traitement médicamenteux alors instauré avait permis de rétablir une fonction cardiaque légèrement diminuée avec akinésie dans le territoire inférieur et hypokinésie dans le territoire antéro-apical. Il était clair qu'après de tels événements, la reprise d'une activité de technicien de surface dans un hôpital était difficilement envisageable. Il était impensable qu'il reprît son activité comme transporteur à plein temps. Certes, le patient avait une capacité fonctionnelle modérément diminuée au repos, mais ceci sous un traitement maximal bien conduit, avec un status post deux infarctus aigus du myocarde, une décompensation cardiaque avec insuffisance mitrale ayant nécessité un réajustement de traitement, de multiples facteurs de risque cardio-vasculaire, dont une hypertension artérielle et un diabète mal compensé dans un contexte d'état dépressif, le tout dans un contexte socio-économique difficile, la famille vivant avec pour seule ressource, une rente allouée pour un fils atteint d'une myopathie de Duchêne.

Contrairement à ses confrères, il estimait que, dans ces conditions, l'expertisé ne pouvait pas reprendre une activité à 100% comme transporteur dans un hôpital, au vu du nombre de kilomètres parcourus et des efforts très importants exigés par ce type de travail. Celui-ci avait cessé son activité habituelle en raison de fatigue, d'oedème dans les membres inférieurs, de sensation de ballonnement abdominal, d'une dyspnée avec une marche devenant très difficile après 20 à 30 minutes

d'activité. Après un double infarctus, ce patient n'avait pas pu reprendre son travail de transporteur chez B_____.

Etant donné la situation, un travail à 50%, dans une activité compatible ne nécessitant pas d'efforts trop importants, aurait été envisageable avec une rente AI de 50% dès 2009. Compte tenu du manque de formation professionnelle de M. A_____, et dans un contexte général difficile, le choix d'une activité compatible avec ses capacités était certes difficile. Toutefois, il aurait pu pratiquer des travaux de surveillance (parking, etc.) après son deuxième infarctus.

Au vu du contexte psychosocial, il n'y avait aucune chance que l'expertisé retrouvât un travail à l'âge de 61 ans. Il était regrettable qu'il n'ait pas bénéficié, depuis son deuxième infarctus (2009) d'une prise en charge qui lui aurait permis d'effectuer une activité professionnelle à 50%, compatible avec ses capacités, accompagnée d'une rente AI de 50%.

46. Par courrier du 11 septembre 2013, le recourant a indiqué qu'il n'avait pas d'autres actes d'instruction à solliciter.
47. Dans ses observations du 16 septembre 2013, l'OAI a maintenu sa position, s'appuyant sur un avis complémentaire du SMR du 6 septembre 2013 (docteur Q_____). Les conclusions du Pr P_____ ne pouvaient être suivies, au vu de l'absence de séquelles significatives, avec une FEVG discrète de 50% qui se maintenait stable, alors qu'elle était de 45% en 2010 selon l'échocardiographie du Dr J_____. Les experts J_____ et L_____ avaient évalué l'assuré à une date proche de la décision, alors que le Pr P_____ ne l'avait fait que trois ans plus tard. En dehors de l'évolution naturelle de la maladie, il n'y avait pas de fait nouveau. Le rapport d'expertise était dénué de toute valeur probante. Il était contradictoire de retenir l'absence de séquelles significatives suite aux deux infarctus subis et de considérer la capacité de travail comme réduite à 50% dans toute activité. Les conclusions « sur le plan cardiologique » n'étaient pas motivées. L'expert ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, « dans l'ancienne activité de nettoyeur, respectivement dans une activité de remplacement », ni sur les limitations fonctionnelles susceptibles de restreindre ladite capacité de travail. La réponse à la question de l'aggravation éventuelle de l'état de santé était lacunaire, « puisque l'aggravation invoquée est liée au fait que le recourant ait présenté un test à l'effort pathologique en fin d'exercice. Or, dans le cadre d'un recours concernant l'assurance-invalidité, il eût été essentiel de connaître l'éventuelle aggravation de l'état de santé ayant des répercussions essentiellement dans le cadre de l'exercice d'une activité sédentaire ».

L'expert n'avait pas non plus valablement motivé ses conclusions divergentes de celles des Dr L_____ et J_____. En particulier, il ne s'était pas déterminé par rapport aux limitations fonctionnelles retenues par les experts précédents. Ces derniers s'étaient uniquement exprimés au sujet de la capacité de travail dans des activités adaptées (légères et sédentaires) et non pas dans l'activité habituelle de

nettoyeur, si bien qu'en retenant que l'assuré aurait pu pratiquer des travaux de surveillance (parking, etc.) après son deuxième infarctus en 2009, on devait comprendre de l'expertise qu'une activité adaptée aurait été possible théoriquement à plein temps. Pareille constatation était en contradiction avec les conclusions de l'expert au sujet de la capacité de travail résiduelle. Si, après la récurrence d'infarctus en 2009, l'évolution avait été, dans un premier temps, défavorable avec l'apparition de signes de dysfonction ventriculaire gauche, associés à une insuffisance mitrale ayant entraîné une décompensation cardiaque, le traitement médicamenteux alors instauré avait néanmoins permis de rétablir une fonction cardiaque légèrement diminuée, avec akinésie dans le territoire inférieur et hypokinésie dans le territoire antéro-apical. Le manque de formation professionnelle de l'expertisé et le contexte général difficile n'étaient pas pertinents et sortaient du cadre de la mission d'expertise. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle n'était ni motivée ni argumentée par rapport aux limitations fonctionnelles constatées et le rapport d'expertise ne mentionnait à aucun moment les limitations fonctionnelles susceptibles de restreindre la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Pr P_____ n'avait pas fait valoir d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par les deux précédents experts. Il s'agissait donc d'une appréciation différente d'un même état de fait retenu par le Dr J_____ en mars 2010 et par le Dr L_____ en février 2011. Les conclusions de l'avis du SMR du 20 juillet 2011 restaient valables. L'expert n'avait mentionné aucune dégradation notable et durable de l'état de santé (pas de séquelles significatives) dans une activité adaptée, légère et sédentaire, postérieurement à la décision de l'OAI du 18 mars 2008. Or, seule une telle aggravation aurait été déterminante en matière de révision de la rente.

48. Dans sa réplique du 21 octobre 2013, le recourant a estimé que l'expertise était probante et a invité la chambre de céans à soumettre à l'expert « les doléances » de l'OAI, de sorte que ce dernier puisse, le cas échéant, fournir des éléments complémentaires.
49. Par courrier du 15 avril 2014, le Pr P_____ a indiqué qu'il avait donné son avis en tant qu'expert cardiologue et que cet avis ne devait pas forcément rejoindre celui de ses autres collègues. Il avait dûment motivé ses conclusions sur le plan cardiologique. En 1998, l'expertisé avait fait un premier infarctus inférieur. La fonction ventriculaire gauche était alors inférieure à la limite puisque calculée à 50%. L'activité de transporteur de lit chez B_____ nécessitait des efforts physiques importants. Une récurrence en 2004 avait nécessité une nouvelle hospitalisation pour angor instable. L'expertisé avait alors bénéficié d'une nouvelle coronographie avec mise en place d'un nouveau stent. Sa fraction d'éjection était calculée à cette époque à 34%.

L'expert s'est expressément abstenu de poursuivre la description de la prise en charge ultérieure, car « déjà à cette date, une reprise de l'activité à 100% n'était alors pas envisageable ». Une maladie coronarienne récidivante, plusieurs coronographies, plusieurs mises en place de stents et une fonction ventriculaire

gauche de 36% (recte : 34%) étaient des arguments suffisants pour qu'une reprise de l'activité professionnelle antérieure fût impossible chez ce patient. Depuis 2004, ce patient aurait « dû être au bénéfice d'une rente AI d'au moins à 50% ».

50. Par courrier du 15 mai 2014, le recourant s'est rallié à l'avis complémentaire du Pr P_____ et a persisté dans les conclusions de son recours.
51. Dans ses observations du 2 juin 2014, l'OAI a maintenu sa position, s'appuyant sur un avis complémentaire du SMR du 22 mai 2014. Le Pr P_____ n'avait répondu en rien aux critiques formulées le 16 septembre 2013. Une description des limitations fonctionnelles éventuellement constatées, essentielles à la définition de l'incapacité de travail, faisait toujours défaut. L'expert n'avait pas « décrit pour quelles raisons médicales » une activité légère et sédentaire ne pourrait pas être exercée par le recourant. Son évaluation de la capacité de travail n'avait été effectuée que dans le cadre de l'ancienne activité exercée, mais aucunement dans celui d'une activité adaptée. Il n'appartenait pas au médecin expert d'évaluer la quotité de la rente qui devrait être éventuellement accordée à l'assuré, car cette question faisait appel à des notions économiques qui n'étaient pas de sa compétence. Le Pr P_____ n'avait apporté aucun élément nouveau permettant de modifier les précédent avis du SMR des 20 juillet 2011 et 6 septembre 2013.
52. Lors de l'audience d'enquêtes du 11 juillet 2014, le Pr P_____ a confirmé les conclusions de son rapport d'expertise du 8 juillet 2013 et de son complément du 15 avril 2014. Une force de contraction cardiaque de 55% et plus au repos était normale. Chez l'expertisé, la force de contraction avait varié (depuis 2004) de 35% à 50% en fonction du traitement médical. La fraction d'éjection ne pouvait être mesurée lors du test d'effort. Le test d'effort réalisé le 5 février 2013 avait montré des signes de mauvaise vascularisation du muscle cardiaque, avec l'apparition de modifications de l'électrocardiogramme. Dans son ancienne activité de transporteur de lit, sa capacité de travail était nulle, contrairement à l'avis de l'expert cardiologue J_____ qui avait retenu une capacité de 50%. En effet, le test d'effort avait montré des signes d'angine de poitrine (ischémie). A lui seul, cet élément suffisait à exclure toute capacité de travail dans ce type d'activité, sans compter les antécédents cardiaques de l'expertisé (pose de sept stents lors de trois coronographies en 1998, 2004 et 2009). Lors du test d'effort effectué par le Dr J_____ le 5 mars 2010, la capacité fonctionnelle était de 6,5 METS, alors que lors du test d'effort effectué le 5 février 2013, il était de 8,2 METS. Il n'y avait pas eu de modifications de l'électrocardiogramme en fin d'exercice. Il était impossible de déterminer la date de l'aggravation de la maladie, soit l'apparition de l'ischémie, car celle-ci était asymptomatique. Seul un test d'effort aurait permis de l'objectiver. Les diabétiques avaient classiquement tendance à être asymptomatiques.

L'expertisé souffrait d'une ischémie silencieuse, ce qui impliquait un danger supplémentaire, en ce sens qu'il n'était pas sensible à la douleur. Il en résultait que s'il devait reprendre une activité nécessitant un effort, qu'il soit modéré ou conséquent, cela mettrait sa vie en danger, car il pourrait faire un trouble du rythme

cardiaque sans s'en rendre compte. Même un test d'effort ne permettrait pas de déclencher chez lui une douleur. Lors du test du 5 février 2013, il n'avait pas présenté de douleur thoracique durant les minutes où il avait montré des modifications de l'électrocardiogramme. Le terme « dysfonction ventriculaire de stade 2 » impliquait que le patient avait du mal à respirer dès qu'il faisait un effort. L'expertisé avait atteint ce même stade lors de l'expertise du Dr J_____. Vu la gravité de l'atteinte à la santé (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, trois infarctus, anamnèse familiale, résultats du test d'effort), l'expertisé était un patient à risque, sujet à tout moment à une mort subite suite à des complications cardiovasculaires.

La capacité retenue de 50% dans une activité adaptée tenait compte des facteurs psychosociaux, c'est-à-dire manque de formation, manque d'intégration, état dépressif, de même que des troubles mnésiques survenus relativement récemment. Il n'y avait pas d'autres limitations fonctionnelles que celles résultant du dossier et du test d'effort. L'appréciation des limitations fonctionnelles chez un coronarien était complexe et cela l'était encore plus s'agissant d'un asymptomatique comme l'expertisé. L'état dépressif s'expliquait par l'état de santé de son fils et par l'arrêt de l'activité professionnelle. Vu son état psychologique, une prise en charge psychiatrique aurait peu de chance d'aboutir.

Une dysfonction ventriculaire gauche légère à modérée avec une fraction d'éjection gauche à 50% et sans ischémie pourrait laisser envisager une limitation fonctionnelle légère. Toutefois, le test d'effort de l'expertisé était pathologique, ce qui impliquait des limitations fonctionnelles bien plus élevées qu'un patient avec une même fraction d'éjection et un test d'effort normal.

L'expertisé pouvait exercer une activité sédentaire à 100%, ne nécessitant aucun effort, sans port de charges, sans stress, sans vibrations et à l'abri des intempéries, cela sous réserve de l'affection psychique.

En indiquant que l'assuré devait bénéficier d'une rente AI de 50% depuis 2009, il avait entendu en réalité porter une appréciation sur la capacité de travail, sans évaluation de la capacité de gain.

53. A la suite de cette audience, la chambre de céans a décidé de confier une expertise psychiatrique au docteur R_____, en vue de déterminer en particulier l'évolution de la capacité de travail depuis la décision de l'AI du 18 mars 2008 (ordonnance du 31 octobre 2014).
54. Dans son rapport d'expertise du 27 janvier 2015, le Dr R_____, après s'être entretenu en particulier avec la doctoresse S_____, interniste et diabétologue, a diagnostiqué une démence vasculaire cérébrale débutante (F01.9), un trouble cognitif léger (F06.7), d'origine vasculaire existant depuis le 12 novembre 2011 au moins ; un trouble de l'adaptation (F43.22) en relation avec les problèmes de santé physique qui avaient marqué son parcours depuis 1998.

Même si le courrier du Dr D_____ du 22 août 2006 était laconique et ne permettait pas de se faire une idée précise de l'observation que ce psychiatre avait pu faire, il était permis d'en déduire qu'il n'avait pas observé de trouble psychique grave chez le patient en 2004. Les experts qui l'avaient vu par la suite n'avaient pas observé de pathologie significative du registre dépressif. La lecture du dossier donnait l'impression que l'expertisé avait réussi à faire face à la situation difficile qui était la sienne en mobilisant les ressources sur lesquelles il pouvait compter (intelligence pratique, « bon sens paysan », piété religieuse impliquant aussi une forte adhésion à des valeurs de dévouement et de loyauté familiale). Les descriptions que l'on trouvait au dossier jusqu'au début de l'année 2011 permettaient difficilement d'objectiver une pathologie psychiatrique plus grave qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). La définition d'un tel trouble selon la CIM-10 ne permettait pas de le considérer comme invalidant, même s'il pouvait impliquer une certaine altération du fonctionnement quotidien. A l'heure actuelle, il n'y avait toujours pas chez l'expertisé de symptômes d'anxiété ou de dépression suffisamment marqués pour retenir un diagnostic spécifique de trouble anxieux ou dépressif.

Par contre, le tableau psychiatrique actuel était clairement celui d'un trouble cognitif correspondant sans doute à un syndrome psycho-organique en relation avec une problématique vasculaire cérébrale. Les signes cliniques de ce trouble allaient au-delà de ce qu'on observait dans un trouble cognitif léger (F06.7) et avaient par certains aspects le caractère d'une démence vasculaire au moins débutante (F01.9). Cette problématique n'avait pas été prise en compte dans les précédentes évaluations de l'intéressé. Le Dr L_____ avait certes mentionné le fait que l'expertisé avait présenté en février 2010 une parésie hémilaryngée gauche dont il avait qualifié l'origine de « peu claire » et dont le patient avait récupéré avec l'aide d'une rééducation logopédique. Compte tenu de l'évolution ultérieure, il était vraisemblable que ce premier épisode avait déjà correspondu à un accident vasculaire cérébral. Le Pr P_____ n'avait apparemment pas eu connaissance de l'accident vasculaire cérébral documenté en novembre 2011 qui avait certainement eu des répercussions durables au plan du fonctionnement mental de l'expertisé. Il avait par contre observé un aspect négligé dans la présentation de l'expertisé qui n'avait jusqu'alors été rapporté par aucun examinateur, aspect que l'expert avait lui-même retrouvé et qui était à considérer comme un des signes du développement depuis 2011 en tout cas d'un syndrome psycho-organique. L'état de santé global de l'expertisé semblait s'être constamment aggravé depuis qu'il avait présenté un premier infarctus du myocarde en 1998. La rétinopathie diabétique importante décrite dans le rapport du service d'ophtalmologie des HUG du 2 octobre 2014 suggérait également une mauvaise perfusion du tissu cérébral comme la cause des troubles cognitifs manifestes au plan clinique. Un examen IRM pourrait permettre de documenter plus précisément l'atteinte vasculaire cérébrale, mais il ne paraissait pas indiqué d'un point de vue médical, dans la mesure où il n'entraînerait aucune modification de la recommandation déjà émise à répétitions reprises d'une

équilibration aussi bonne que possible du diabète, équilibration rendue difficile par le fait même des troubles cognitifs dont souffrait l'expertisé, lequel avait aussi clairement dit qu'il n'accepterait plus aucune investigation en relation avec la procédure.

Sur la base de l'ensemble des informations à disposition, on pouvait retenir que l'expertisé avait présenté, depuis novembre 20011 en tout cas – l'appréciation de la situation antérieure au plan d'un éventuel trouble organique cérébral d'origine vasculaire étant impossible rétrospectivement – un trouble cognitif au moins léger d'origine vasculaire. Un tel trouble était selon la littérature médicale caractérisé par une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et une réduction de la capacité à se concentrer sur une tâche, sauf pendant des périodes de courte durée.

Au plan « psychiatrique », depuis le 12 novembre 2011 au moins, la capacité de travail de l'expertisé dans une activité adaptée était de 50% en raison de son trouble cognitif léger, et cela même dans les activités particulièrement simples comme celles que l'on pouvait encore considérer comme exigibles compte tenu des limitations physiques dont il souffrait. Depuis le 3 décembre 2014 au moins (date de l'examen de l'expertisé), sa capacité de travail était définitivement nulle dans toute activité, en raison du diagnostic de démence vasculaire débutante, respectivement des limitations fonctionnelles importantes consécutives aux troubles graves dont souffrait ce dernier (troubles de l'attention, de la mémoire et de la concentration, diminution marquée de la flexibilité cognitive).

55. Par courrier du 16 février 2015, le recourant a indiqué que cette expertise n'appelait pas de remarques de sa part.
56. Dans ses déterminations du 26 février 2015, l'OAI a fait valoir que l'instruction complémentaire confirmait en tous points les circonstances sur la base desquelles la décision litigieuse du 7 juin 2011 avait été rendue. Aucun droit aux prestations n'était dès lors ouvert à cette date. Pour le surplus, l'office intimé a admis les conclusions du rapport d'expertise du Dr R_____, que le SMR avait estimé convaincantes, selon un avis du 18 février 2015.

Les frais de cette expertise ne pouvaient pas être mis à sa charge, dès lors que l'OAI avait statué sur la base de deux expertises (cardiologique et médecine interne) et de nombreux rapports médicaux de médecins traitants, dont aucun ne mentionnait de troubles psychiatriques. Il en allait de même des frais de l'expertise du Pr P_____, laquelle n'avait amené aucun élément nouveau par rapport à celle du Dr J_____.

57. Au vu des éléments nouveaux postérieurs à la décision litigieuse du 7 juin 2011, éléments apparus à la lecture du rapport de l'expertise judiciaire, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de procéder à une extension de l'objet du litige et de constater en particulier le droit du recourant à trois quarts de rente dès le 1er novembre 2012, respectivement à une rente entière dès le 1er décembre 2014.

58. Par courrier du 18 mai 2015, l'OAI a implicitement accepté d'étendre l'objet litigieux. L'assuré avait droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} novembre 2012 (taux d'invalidité arrondi de 64%, compte tenu d'un abattement de 15% sur le salaire statistique) et à une rente entière dès le 1^{er} mars 2015.
59. Par courrier du même jour, le recourant a également accepté cette extension. Compte tenu de son âge, de ses faibles connaissances en français, de ses limitations fonctionnelles et de son manque de formation, un abaissement de 25% se justifiait, lui donnant droit à une rentière dès le 1^{er} novembre 2012. Par ailleurs, les frais d'expertise devaient être mis à la charge de l'intimé en tant que ce dernier n'avait pas procédé à une instruction complète en levant toutes les zones d'ombre sur les faits pertinents eu égard aux diverses informations médicales en sa possession.
60. A la demande de la chambre de céans, l'OAI a précisé, par courriers des 11 et 22 juin 2015, les éléments sur lesquels il s'était fondé pour fixer les revenus avec et sans invalidité pour 2012.
61. Après délibération du 28 août 2015, la chambre de céans a requis du Dr R_____ des explications complémentaires quant au contenu de son rapport d'expertise du 27 janvier 2015.
62. Par courrier du 6 septembre 2015, celui-ci a précisé qu'il était en réalité seulement possible, et non pas vraisemblable, que l'épisode de parésie hémilaryngée gauche présentée par l'expertisé en février 2010 eût déjà correspondu à un accident vasculaire cérébral. Selon la littérature médicale, lorsqu'on pouvait mettre en évidence la cause d'une parésie du larynx, il s'agissait souvent d'une atteinte mécanique (compression par une tumeur, lésion iatrogène durant une intervention chirurgicale). Des causes neurologiques et vasculaires pouvaient également entrer en ligne de compte, mais plus rarement, et étaient considérées comme relativement peu probables dans les cas de parésie unilatérale, comme cela avait été le cas chez l'expertisé. Un tiers environ des parésies laryngées étaient d'origine idiopathique, (dont la cause précise n'avait pas pu être mise en évidence). L'opinion la plus répandue était que la plupart des cas « idiopathiques » correspondaient à un processus viral et/ou inflammatoire. Dans ces conditions, on ne pouvait manifestement pas retenir avec un degré de vraisemblance prépondérante que les troubles vasculaires cérébraux de l'expertisé aient déjà eu en février 2010 une ampleur telle qu'ils justifiaient une incapacité de travail à 50%. Il demeurait ainsi correct d'affirmer l'impossibilité d'une appréciation de la situation antérieure à novembre 2011.
- Pour le reste, l'expert a maintenu ses conclusions.
63. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. L'examen du droit à des prestations selon la LAI est régi par la teneur de la LAI au moment de la décision entreprise eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 136 V 24 consid. 4.3). En l'occurrence, les dispositions de la 5ème révision de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008 sont applicables, vu le signalement du Dr H_____ à l'OAI du 10 novembre 2009, qu'il convient de considérer comme une nouvelle demande de prestations, bien que le recourant n'ait pas déposé une demande formelle et expresse (cf., mutatis mutandis, arrêt du Tribunal administratif fédéral C_858/2013 du 19 mars 2014).
4. En dérogation à l'art. 24 LPGA, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de 6 mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Concrètement la chambre de céans peut donc se limiter à examiner si le recourant avait droit à une rente le 10 mai 2010 (6 mois après le dépôt de la nouvelle demande du 10 novembre 2009) ou si le droit à une rente était né entre cette date et le 7 juin 2011, date de la décision attaquée marquant la limite dans le temps du pouvoir d'examen de l'autorité de recours (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Dans ce contexte, on précisera que la documentation médicale postérieure au prononcé de l'acte attaqué ne sera prise en considération que si elle se rapporte à la période déterminante et qu'elle est de nature à influencer le jugement de la cause pour cette période-là (ATF 129 V 1 consid. 1.2).
5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 4 aRAI (dans sa teneur en vigueur à la date de la décision litigieuse du 7 juin 2011, remplacé, dès le 1^{er} janvier 2012, par le nouvel art. 87 al. 3, dont le contenu est substantiellement identique) ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'alinéa 3 de cette disposition sont remplies. Ainsi, dans sa nouvelle demande, le recourant doit établir de façon plausible que le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer ses droits. En cas d'entrée en matière, l'autorité procède de façon analogue à un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit examiner si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré s'est effectivement produite depuis la dernière décision déterminante. Si tel n'est pas le cas, elle rejettera le recours. Dans le cas contraire, elle devra encore déterminer si la modification constatée est suffisante pour conclure au droit à une rente d'invalidité et prendre une décision en

conséquence. En cas de recours, il incombe au juge de procéder au même examen matériel (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 71).

La révision a lieu d'office ou sur demande (art. 87 al. 1 RAI). La demande de révision doit établir de manière plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Quant au fait de savoir si cette demande de révision doit être examinée, il convient d'appliquer par analogie les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande. Ainsi, l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 aRAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est – comme en l'espèce - entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid.3.1)

6. Dès lors que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du recourant par sa décision du 7 juin 2011, le litige porte uniquement sur le point de savoir si, en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et de ses effets sur le plan économique, le degré d'invalidité a subi une modification significative depuis la décision de refus de rente du 18 mars 2008 et atteint désormais le taux de 40 % justifiant l'octroi d'une rente (art. 28 al. 2 LAI).

Le point de savoir si un changement important des circonstances s'est produit doit donc être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de rente du 18 mars 2008 et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 7 juin 2011 (ATF 133 V 108 consid. 5).

7. a. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a).

b. Le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait en principe être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_306/2010 du 25 février 2011 consid. 6). Cette règle jurisprudentielle s'applique notamment lorsque l'administration fonde sa décision sur une prise de position de son service médical rendue sur la base des actes du dossier sans examen personnel de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_689/2010 du 19 janvier 2011 consid. 3.1.3). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c. En ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, on relèvera que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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 125 V 353 consid. 3a).

d. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. C'est le lieu de rappeler que le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre, moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc), et autorisé sur un cas particulier.

e. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

8. a. A l'appui de sa décision du 18 mars 2008, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR du 16 février 2007 pour retenir que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle chez B_____ et d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité sédentaire, sans port de charges ni efforts physiques.

b. Dans son rapport d'expertise cardiologique du 8 mars 2010, complété le 5 mars 2012, le Dr J_____ a confirmé que l'expertisé disposait d'une capacité de travail de 50% dans son ancienne activité de nettoyeur et de 100% dans une activité sédentaire, sans perte de rendement. L'expert L_____ (spécialiste en médecine interne) s'est rallié à cette appréciation, précisant que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, depuis « probablement » début 2005 (rapport du 2 février 2011) ; l'activité habituelle était encore exigible à 100% si le port de charges n'excédait pas 15 kg, de manière répétée. Dans son rapport d'expertise judiciaire du 8 juillet 2013 (complété par courrier du 15 avril et lors de l'audience du 11 juillet 2014), le Pr P_____ a confirmé que, sur le plan strictement cardiologique, le recourant disposait depuis 2009 d'une pleine capacité de travail dans une activité légère, sous réserve de l'affection psychique. Dans son rapport d'expertise judiciaire du 27 janvier 2015, qui revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée, le Dr R_____ a estimé à cet égard que les descriptions que l'on trouvait au dossier jusqu'au début de l'année 2011 permettaient difficilement d'objectiver une pathologie psychiatrique plus grave qu'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). La définition d'un tel trouble selon la CIM-10 ne permettait pas de le considérer comme invalidant. En revanche, depuis le 12 novembre 2011, la capacité de travail de l'expertisé dans une activité adaptée était de 50%. Depuis le 3 décembre 2014, elle était nulle dans toute activité.

c. Dans ces conditions, il n'apparaît pas que l'état de santé du recourant, singulièrement sa capacité de gain, ait subi - durant la période litigieuse du 18 mars 2008 au 7 juin 2011 - une modification déterminante.

Partant, il conviendra de rejeter le recours, en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision entreprise.

9. a. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2).

b. En l'occurrence, au vu du rapport d'expertise judiciaire du Dr R_____ du 27 janvier 2015, et de son complément du 6 septembre 2015, établissant une incapacité de travail pour raison « psychiatrique » (compte tenu d'une atteinte neurologique, a priori distincte des troubles vasculaires cérébraux survenus en février 2010) à 50% dans une activité adaptée depuis le 12 novembre 2011 au moins, et à 100% dans toute activité depuis le 3 décembre 2014 au moins, il convient d'étendre l'objet de la contestation à cet aspect. Au demeurant, l'intimé a d'ores et déjà expressément admis les conclusions de cet expert dans ses déterminations du 26 février 2015. La question du droit à la rente du recourant est ainsi en état d'être jugée, étant observé qu'il convient encore uniquement d'actualiser à 2012 (le 1^{er} novembre 2012 étant la date du début du droit à la rente : art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI) les revenus sans et avec invalidité retenus par l'OAI à l'appui de sa décision du 18 mars 2008 (comp. ATAS/212/2011 du 21 février 2011 consid. 12) – opération pouvant sans autre être effectuée par l'autorité de céans sur la base des données statistiques publiées. Enfin, les parties se sont dûment exprimées sur la question d'une telle extension dans leurs écritures du 18 mai 2015.

c. Indexé à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2012 (http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/nominal_und_real.html), le revenu sans invalidité de CHF 74'794.- pour 2009 (cf. questionnaire de l'employeur du 7 janvier 2010) correspond à CHF 76'755.- (+ 0,8% en 2010 ; + 1,0% en 2011 et + 0,8% en 2012), et non à CHF 76'615.- comme calculé par l'OAI.

d. S'agissant du revenu avec invalidité, le salaire mensuel obtenu en 2012 par un homme exerçant des activités simples et répétitives (niveau 4) - « accomplissant des tâches physiques ou manuelles simples, de niveau de compétence 1 », selon la nouvelle terminologie adoptée par l'OFS depuis 2012 - est de CHF 5'210.- pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, Secteur privé, TA1).

Selon la jurisprudence, il convient de réduire le montant du salaire ressortant des données de l'ESS en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie

d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces empêchements sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret, est nécessaire, étant précisé que la jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 76). Lorsque la juridiction cantonale examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, elle doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25 %) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

e. En l'occurrence, dans sa prise de position du 18 mai 2015, l'OAI a consenti une réduction de 15%, soit le même taux que celui-ci initialement retenu dans sa décision du 18 mars 2008. Or ce taux ne tient pas compte de l'âge de l'assuré au moment de la date déterminante du 12 novembre 2012 (60 ans et 4 mois), âge proche du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé (cf. notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_918/2008 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 consid. 4 ; 9C_612/2007 consid. 5.1). Il ne tient pas d'avantage compte du fait que depuis le 12 novembre 2011 au moins, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée a été réduite à 50% en raison de son trouble cognitif léger, et cela même dans les activités particulièrement simples comme celles que l'on pouvait encore considérer comme exigibles compte tenu des limitations physiques dont il souffrait. Il se justifie dès lors d'appliquer en l'occurrence le taux maximal de 25%.

Ajusté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures de travail dans les entreprises en 2012 (La Vie économique, 7-8/2013, p. 94, B 9.2), compte tenu d'une incapacité de travail de 50% et d'un abattement de 25%, on obtient un revenu annuel d'invalidé de CHF 24'441.- pour 2012 (CHF 65'177.- : 2 x 25%). Comparé à un revenu sans invalidité de CHF 76'755.-, on aboutit à un degré d'invalidité de 68%, correspondant à trois quarts de rente (art. 28 al. 2 LAI), dès le 1^{er} novembre 2012 (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI).

d. L'incapacité de gain étant désormais totale dans toute activité dès le 3 décembre 2014, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, et doit être reconnu à hauteur de 100%. En conséquence, le recourant a droit à une entière d'invalidité depuis le 1er mars 2015, dans la mesure où l'aggravation durable de son état de santé aura duré trois mois depuis le 3 décembre 2014 (art. 88 a al. 2 RAI), et cela quand bien même le Dr R_____ laisse entendre – mais sans autre motivation – que cette aggravation devait remonter à une date largement antérieure à décembre 2014 (« au moins »).

10. Aucune indemnité à charge de l'intimé ne peut être allouée au recourant dès lors que celui-ci succombe sur l'objet de la contestation initiale, la décision litigieuse

devant être confirmée (comp. arrêt du Tribunal fédéral 9C_967/2009 du 2 juin 2010).

11. Même si le recourant succombe, il n'y a pas lieu de percevoir en l'occurrence des frais de procédure, dès lors que celui-ci a été mis au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA ; E 5 10.03).
12. En revanche, les frais de l'expertise psychiatrique du 27 janvier 2015 (CHF 4'160,80) seront mis à la charge de l'intimé, conformément à la jurisprudence (ATF 139 V 496). En effet, la question de l'état de santé psychique de l'assuré n'a pas été investiguée à satisfaction de droit par l'administration lors du traitement de la demande de prestations déposée par l'intermédiaire du Dr H_____ le 10 novembre 2009. Dans son rapport d'expertise du 8 mars 2010, le Dr J_____, mandaté par l'OAI, avait en effet retenu l'existence d'une intrication médicale et psychiatrique possible découlant de la situation psychosociale difficile du patient. A ce titre, l'expert avait expressément préconisé une expertise pluridisciplinaire, associant un interniste et un psychiatre. Toutefois, l'administration n'a pas suivi cette recommandation, sans fournir aucune explication à cet égard. Or, conformément à la jurisprudence, lorsqu'une indication au sujet d'une éventuelle souffrance psychique se trouve dans le dossier, une investigation psychiatrique est nécessaire, afin de clarifier la situation et de définir clairement l'état de santé de l'assuré (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 260/00 du 29 novembre 2000 consid. 3a). Certes, cette clarification ne se justifie pas en cas de simple divergence entre les plaintes subjectives de l'assuré et les observations objectives. On peut également y renoncer s'il apparaît avec certitude que les troubles psychiques sont purement réactifs à l'état somatique (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-3124/2009 du 24 août 2011 consid. 8.2). Il n'apparaît toutefois pas que tel aurait été le cas en l'occurrence, les experts J_____ et P_____ ayant tous deux retenu que l'affection psychique résultait de la situation psychosociale et économique difficile dans laquelle l'assuré, qui avait en particulier un enfant atteint de myopathie et en chaise roulante, évoluait depuis plusieurs années.

A cela s'ajoute que, dans son avis du 16 février 2007, le SMR (Dr F_____) avait retenu l'existence d'un probable état dépressif à la suite de l'épisode coronarien de mars 2004. Certes, contrairement aux avis des Dr H_____ et Dr E_____ des 5 juin 2005 et 25 juillet 2006 (cf. § 3 de la partie « en fait »). le Dr F_____ avait exclu à cet égard une atteinte psychique invalidante dans la mesure où le traitement suivi par l'assuré ne comportait aucun médicament psychotrope et où celui-ci n'avait consulté qu'une fois un psychiatre (en novembre 2004). Outre qu'elle ne reposait pas sur l'avis d'un médecin spécialisé en psychiatrie, le Dr F_____ étant spécialiste en anesthésiologie, cette appréciation, qui datait de plus de quatre ans avant la décision attaquée du 7 juin 2011 (et de plus de deux ans et demi avant la nouvelle demande du 10 novembre 2009), apparaissait, en toute hypothèse, trop ancienne pour constituer une base convaincante. L'avis du SMR du 16 février 2007

n'autorisait dès lors pas l'administration à renoncer à instruire plus avant cette question dans le cadre de la nouvelle demande. Au demeurant, l'absence d'un suivi psychiatrique ou de traitement psychotrope ne traduisent pas forcément une amélioration de la situation médicale. Quant au Dr L_____ (non spécialisé en psychiatrie, mais en médecine interne), il ne s'est pas d'avantage prononcé, dans son expertise du 2 février 2011, sur la question de savoir s'il existait des limitations au plan psychique, se bornant à rapporter, sur ce point, les déclarations de l'expertisé concernant son « appréhensions légitimes » par rapport à sa maladie, à sa situation économique et à sa responsabilité de père de deux enfants à charge dont l'aîné souffrait d'une myopathie le rendant impotent, ainsi que l'absence de traitement psychiatrique.

Dans ces conditions, et conformément à la maxime inquisitoire, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique apparaissait nécessaire à l'appréciation de la situation médicale de l'assuré. A noter que l'expert psychiatre R_____ a, finalement, confirmé la présence d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) antérieurement à 2011, même s'il a conclu qu'un tel trouble n'avait vraisemblablement pas revêtu un caractère invalidant en l'espèce.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Dit que le recourant a droit à trois quart de rente dès le 1^{er} novembre 2012 et à une rente entière dès le 1^{er} mars 2015.
4. Met à la charge de l'OAI les frais d'expertise judiciaire psychiatrique du 27 janvier 2015 (CHF 4'160.80).
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président suppléant

Irène PONCET

Jean-Louis BERARDI

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