

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3878/2011

ATAS/666/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mai 2012

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur B _____, domicilié c/o Mme C _____, à
Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Diane BROTO

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1953, a été mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2004, en raison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique. L'assuré présentait notamment une diminution de l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité associée à une diminution de l'estime et de la confiance en soi, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des troubles du sommeil et des traits de la personnalité narcissiques. Le conflit conjugal puis le divorce, les dettes, la perte de travail et l'infarctus avaient représenté diverses blessures successives qui avaient conduit à un effondrement narcissique et à l'apparition du trouble dépressif récurrent. En sus de ses problèmes psychiatriques, il présentait une cardiopathie ischémique consécutive à un infarctus du myocarde, une sténose subtotale et un excès pondéral, diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Au titre des limitations fonctionnelles, il ne pouvait plus faire de gros efforts, porter des charges supérieures à 15kg, monter des escaliers et marcher de manière prolongée en montée. Néanmoins, une remise progressive dans le circuit professionnel était recommandée, pour lui permettre de reprendre confiance en lui. Il fallait néanmoins tenir compte du fait que l'assuré avait toujours travaillé de manière indépendante, sans patron, dans une activité valorisante sur le plan narcissique. L'assuré était dès lors jugé apte à reprendre son activité habituelle de pianiste ou toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 50%.
2. Le 6 novembre 2008, l'assuré a présenté une demande de révision de sa demi-rente d'invalidité à l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une aggravation de son état de santé. Il avait notamment subi un deuxième infarctus en juillet 2008. Cette demande s'est soldée par une décision négative du 6 octobre 2009, l'OAI ayant considéré que cet infarctus n'avait pas eu de conséquences graves et que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire.
3. En date du 25 octobre 2010, l'assuré a demandé une nouvelle fois la révision de sa rente, motif pris qu'il avait notamment subi une troisième attaque cardiaque l'obligeant à se faire poser un stent coronarien en avril 2010. À l'appui de sa demande, il se prévalait d'un certificat établi le 1^{er} octobre 2010 par le Dr L_____, cardiologue et médecin traitant, selon lequel la maladie coronarienne avait progressé. Malgré un traitement correctement suivi, on notait une aggravation de la maladie, le plaçant dans l'impossibilité de travailler dans son ancienne profession de pianiste ou dans une autre activité. Son incapacité de travail étant ainsi estimée à 100%, il fallait considérer que son état de santé s'était aggravé.
4. Dans un nouveau rapport du 15 décembre 2010, le Dr L_____ a rappelé que la capacité de travail de son patient était nulle.

5. Dans un rapport du même jour, le Dr M_____, généraliste, a estimé que l'état de santé de son patient s'était aggravé depuis une année. Il n'y avait pas de nouveaux diagnostics mais l'assuré requérait une aide régulière par une tierce personne pour les gestes quotidiens de la vie, de sorte que sa capacité de travail était jugée nulle.
6. Dans un rapport du 4 février 2011, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a considéré que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité avec des traits anxieux, antisociaux et évitants. Il présentait notamment des difficultés de sommeil sous forme d'insomnie d'endormissement. Il était très isolé, sans relation sociale et peu communicatif, ne supportant pas les gens. S'agissant d'un pronostic, le praticien se trouvait dans l'impossibilité de répondre, le temps d'observation - du 29 janvier au 7 avril 2010 - ayant été trop court. On ne pouvait néanmoins pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.
7. Dans un courrier du 18 février 2011, le Dr L_____ a considéré que d'un point de vue strictement cardiologique, l'activité habituelle de pianiste n'était plus envisageable. Une activité physique ou modérée était également contre-indiquée. Seule une activité physique légère devait être envisagée, sans stress et avec des horaires réguliers. Le pourcentage de cette activité était estimé à 50%. Quoi qu'il en soit, en tenant compte de l'ensemble des problèmes de santé de son patient, et notamment du fait qu'il avait développé un diabète en 2010 et qu'il n'avait plus repris le travail depuis 2002, une rente AI à 100% se justifiait dans son cas.
8. Le 1^{er} avril 2011, le Dr L_____ a rappelé que l'état de santé de son patient s'était notablement aggravé au cours du printemps 2010, lors de son troisième événement coronarien. Sa capacité de travail résiduelle de 50% avait diminué de manière significative. En raison du caractère avancé de la maladie coronarienne de l'assuré, de ses multiples récurrences et des autres affections dont il souffrait telles que le diabète, sa capacité de travail était nulle.
9. Dans un avis du 4 avril 2011, le Service médical régional (SMR) a adhéré aux conclusions du rapport du 18 février 2011 du Dr L_____. Il a dès lors estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle mais qu'elle atteignait un taux de 50% dans une activité adaptée à partir du 6 juillet 2010.
10. Le 5 août 2011, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour tenir compte de son âge, de ses limitations fonctionnelles et du fait que, selon les statistiques, les personnes travaillant à temps partiel ou avec un rendement diminué gagnent généralement moins, un abattement de 15% a été retenu, laissant apparaître un degré d'invalidité de 57,5%.

11. Par projet de décision du 30 août 2011, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assuré, considérant qu'il présentait une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 6 juillet 2010. Le calcul d'invalidité laissait apparaître un degré d'invalidité de 57,5%, soit le droit à une demi-rente, telle que précédemment octroyée. S'agissant des mesures professionnelles, elles n'apparaissaient pas indiquées, l'assuré se considérant totalement invalide et incapable de travailler.
12. Par décision du 14 octobre 2011, l'OAI a confirmé sa position.
13. Le 15 novembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre ladite décision. Il a contesté disposer d'une quelconque capacité de travail, compte tenu de ses problèmes de santé, notamment sur le plan cardiologique. Il a dès lors conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à des mesures de réorientation professionnelle.

Le 20 décembre 2011, le recourant a complété son écriture. Il a rappelé que selon son médecin-traitant, sa capacité résiduelle de travail était nulle, si l'on tenait compte de l'ensemble de ses problèmes de santé. Or, sur le plan cardiologique, l'intimé n'avait pas tenu compte de l'aggravation avérée de son état de santé suite à son troisième infarctus. Sur le plan psychiatrique, un trouble de la personnalité avait été diagnostiqué par le Dr N_____, sans que l'intimé n'investigue cette affection ni même l'influence de celle-ci sur sa capacité de travail. Il se justifiait dès lors de mettre en œuvre une expertise psychiatrique pour déterminer les conséquences du trouble de la personnalité qu'il présentait sur sa capacité de travail. S'agissant de son pourcentage de rendement, fixé à 15% par l'intimé, il fallait convenir qu'il était bien plus élevé en réalité, compte tenu de l'aggravation de son état de santé sur le plan cardiologique, de l'apparition de troubles psychiques, de son âge et du fait qu'il avait quitté le monde professionnel depuis de nombreuses années.

14. Dans sa réponse du 27 janvier 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant en particulier de l'allégation du recourant selon laquelle une affection psychiatrique n'aurait pas été prise en considération dans la détermination du calcul d'invalidité, il apparaissait que le Dr N_____ avait posé le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision, existant depuis l'adolescence. Ce trouble n'avait pas empêché le recourant de travailler jusqu'à la date de sa première incapacité de travail en 2000 et postérieurement. Aucune symptomatologie de la lignée dépressive n'avait été mise en évidence et le tableau clinique du recourant ne faisait pas apparaître qu'une pathologie d'ordre psychiatrique serait devenue incapacitante depuis la dernière décision. Il n'y avait pas non plus eu de prescription médicamenteuse sur le plan psychique, seul avait été recommandé un suivi *"pour autant que le patient le considère utile"*. À ce titre, le médecin traitant du recourant avait estimé que son patient n'avait pas besoin d'être suivi psychiatriquement et

dans son dernier rapport du 18 février 2011, il n'avait fait état d'aucune atteinte incapacitante de nature psychique. Ses conclusions avaient d'ailleurs été strictement suivies par le SMR, de sorte qu'il ne se justifiait pas de mettre en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

15. Lors d'une audience du 20 mars 2012, la Cour de céans a entendu le Dr N_____. Celui-ci a déclaré que : *"L'assuré m'a consulté du 29 janvier au 7 avril 2010. C'est son avocate qui lui a conseillé de me voir. J'ai pu constater qu'il vivait de façon très isolée, qu'il n'avait pas de contacts sociaux. Il a le sentiment qu'il n'a pas besoin d'aide, ni de soins ; il ne va en tous cas pas en chercher. J'ai toutefois pu déceler qu'il souffrait, qu'il a une personnalité pathologique. Il présente un désintérêt pour l'extérieur, a l'impression que "ça ne sert à rien". J'ai pu conclure à un dysfonctionnement sur le plan psychologique qui l'a amené à cet isolement ; il a un rythme de vie décalé. Je l'ai revu hier, c'est lui qui a pris contact en relation avec l'audience d'aujourd'hui. Il m'a confié qu'il ne voyait plus sa fille depuis plus d'une année, à présent. En avril 2010, il a subi son troisième infarctus et a été hospitalisé. Cette rupture a fait qu'il n'est plus revenu à ma consultation.*

Après l'avoir vu hier, et compte tenu des consultations en 2010, je dirais que l'assuré souffre d'un trouble de la personnalité avec trait schizoïde (détachement affectif, incapacité à exprimer les émotions, indifférence à autrui, intérêt réduit pour les relations sociales, incapacité à éprouver du plaisir, préférence marquée pour des activités solitaires, absence de relations sociales). Je pense que l'infarctus a aggravé ces traits et partant l'isolement.

Je n'ai pas eu le temps de prévoir un traitement pour lui. Il n'était pas question de lui donner des antidépresseurs du fait qu'il ne souffrait pas d'un état dépressif marqué. Il aurait surtout fallu agir sur le plan social de façon à rompre l'isolement.

Je considère qu'au moment où je l'ai vu, il était incapable de travailler à 100%. Il est incapable déjà de chercher un emploi. Je lui avais proposé de contacter une association du genre REALISE. Il ne l'a pas fait. Ce qui serait bien pour lui, c'est de pouvoir faire une évaluation dans un cadre protégé.

Je n'ai pas de raison de penser qu'il fait preuve de mauvaise volonté. Il ne tire en effet aucun bénéfice de son état.

Le trouble que j'ai diagnostiqué suffit à expliquer l'état actuel, en plus des idées dépressives. Je ne pense pas qu'il y ait d'autres troubles ou atteintes sur le plan psychiatrique qui n'auraient pas été diagnostiquées.

Je confirme n'avoir eu aucun contact avec la mandataire du patient, je ne lui ai en particulier pas communiqué de rapport. Le patient ne m'en a pas demandé non plus. "

Le même jour, le recourant a quant à lui indiqué : *"Je ne vois pas de psychiatre depuis avril 2010. Je ne pense pas qu'il soit utile que j'aie recours à la consultation du Dr N_____, parce qu'il ne peut rien faire pour moi. Je confirme que je ne vois plus ma fille depuis une année en tous cas. Je crois qu'elle a fait exprès de changer de numéro de téléphone. J'ai essayé de la joindre en vain.*

Je suis allé dans une association à Carouge. Mon assistante sociale m'avait envoyé à cet endroit. Il y avait là des dames âgées qui s'occupaient de travaux de couture. On m'a demandé ce que je venais faire là."

16. Invité à se déterminer, l'intimé a estimé qu'une mesure d'aide au placement pouvait être indiquée dans le cas du recourant, sous la forme de conseils, d'entretiens en vue de la rédaction d'un curriculum vitae et d'offres d'emploi et d'un suivi des postulations, pour autant qu'il démontre un certain intérêt et qu'il bénéficie d'un soutien suffisant de la part d'autres organismes ou institutions sociales. Le recourant était dès lors invité à formuler une demande d'aide au placement, s'il souhaitait qu'elle soit mise en œuvre.
17. Dans ses observations du 19 avril 2012, le recourant a fait valoir qu'il ressortait des déclarations du Dr N_____ que son état de santé s'était aggravé depuis le 1^{er} juillet 2010. Dans ce sens, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise en milieu neutre. À l'issue de cette mesure d'instruction, si les experts lui reconnaissaient une capacité résiduelle de travail, il envisagerait de demander une aide au placement.
18. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables.

3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 30 août 2011, qui a été confirmé par la décision du 14 octobre 2011, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant la Chambre des assurances sociales le 23 février 2009.

c) Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'assuré a droit à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente.
5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas

(ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. En l'occurrence, le recourant a fait état d'une aggravation de son état de santé sur le plan cardiologique. Il s'est notamment prévalu des certificats médicaux de son médecin-traitant, le Dr L_____, pour dire que, depuis son 3^{ème} épisode coronarien en avril 2010, il ne peut plus travailler dans son activité habituelle de pianiste ou dans toute autre activité.

Il ressort des pièces versées au dossier que le recourant a effectivement été victime d'un troisième infarctus, de sorte qu'il se justifie de déterminer si son état de santé s'est modifié dans une mesure notable, suffisamment incapacitante pour ouvrir droit à une rente entière d'invalidité.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est

invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

9. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à

établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI

5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. En l'espèce, le recourant allègue que son état de santé s'est sensiblement aggravé dans le courant de l'année 2010, suite à un troisième infarctus. Il considère que l'intimé n'a pas tenu compte de cet événement, ni même de l'ensemble des affections dont il souffre, pour rendre la décision litigieuse. Il reproche plus particulièrement à l'OAI de n'avoir pas retenu comme incapacitant, en sus d'une cardiopathie ischémique, un trouble de la personnalité avec des traits anxieux, antisociaux et évitants, alors même que le Dr N_____ a estimé que cette affection le plaçait dans l'impossibilité totale de reprendre une quelconque activité. De même, son médecin traitant, le Dr L_____ avait attesté qu'en raison de l'ensemble des ses problèmes de santé, il était totalement incapable de reprendre tant son activité habituelle que toute autre activité. Il a enfin conclu à la mise en œuvre d'une expertise en milieu neutre, pour démontrer qu'il ne présentait aucune capacité résiduelle de travail, et ceci même dans une activité adaptée.

Pour sa part, l'intimé a expliqué ne pas avoir pris l'affection psychiatrique en considération dans la détermination du calcul d'invalidité, au motif que le diagnostic de trouble de la personnalité avait été posé par le Dr N_____ sans précision aucune. Par ailleurs, cette affection existait depuis l'adolescence déjà et elle n'avait jamais empêché le recourant de travailler jusqu'à la date de sa première incapacité de travail en 2000. Enfin, le tableau clinique du recourant ne démontrait pas que ladite pathologie était devenue incapacitante ou qu'elle s'était aggravée depuis la dernière décision de l'OAI.

13. Il s'agit dès lors de déterminer si l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure significative depuis la dernière décision de l'OAI, de sorte que son droit à la rente mérite d'être revu.

Figurent en particulier au dossier les rapports des Dr L_____, N_____ et M_____ ainsi qu'un avis du SMR. Dans ses analyses, le cardiologue traitant du recourant est parvenu à la conclusion que l'état de santé de son patient s'était aggravé au cours du temps et plus particulièrement depuis une année. Le Dr M_____ a également abondé dans ce sens. Bien qu'il n'y avait pas de nouveaux diagnostics, la capacité de travail du recourant était jugée nulle, en raison notamment de l'aggravation des troubles existants. Si l'on prenait son état de santé dans son ensemble, le recourant n'était pas en mesure de reprendre une quelconque activité. Sur le plan strictement cardiologique, le recourant présentait néanmoins une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 50% dans une activité légère, sans stress et avec des horaires réguliers.

Le psychiatre a quant à lui estimé que le recourant souffrait d'un trouble de la personnalité avec traits schizoïdes. L'infarctus avait probablement aggravé ces traits ainsi que l'isolement. Le praticien a considéré, malgré le court laps de temps d'observation, que le recourant se trouvait dans l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Si le praticien ne pouvait pas donner de pronostic, il a néanmoins estimé qu'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail du recourant.

Le SMR enfin s'est rallié aux conclusions du cardiologue traitant, estimant que d'un point de vue purement cardiologique, le recourant présentait toujours une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité légère, adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De l'avis de la Cour, si les praticiens consultés par le recourant ont certes estimé qu'il était inapte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, en raison d'une aggravation de son état de santé, ils n'ont pas démontré en quoi consistait ladite péjoration. S'agissant plus particulièrement du rapport du Dr L_____, il sied de relever que le cardiologue s'est contenté de dire que son patient ne pouvait plus travailler, sans définir les limitations résultant du troisième infarctus dont le recourant a été victime en 2010. Certes le recourant a subi trois épisodes coronariens. Son cardiologue traitant est néanmoins parvenu à la conclusion que sur un plan strictement cardiologique, il pouvait travailler à 50% dans une activité peu stressante et avec des horaires réguliers. La Cour ne saurait dès lors retenir l'appréciation du Dr O_____ relative à l'ensemble des problèmes de santé du recourant, ladite appréciation sortant d'ailleurs de son domaine de compétences.

En ce qui concerne l'analyse du psychiatre, ce dernier n'a pas posé de nouveau diagnostic, par rapport à la situation qui prévalait lors de la dernière prise de position de l'intimé. En effet, sur un plan strictement psychiatrique, l'OAI avait retenu un trouble dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique en 2004. L'intimé avait également mis en avant que l'intéressé présentait une diminution de

l'intérêt et du plaisir, une augmentation de la fatigabilité associée à une diminution de l'estime et de la confiance en soi, une attitude morose et un pessimisme face à l'avenir, des troubles du sommeil et des traits de la personnalité narcissiques. Lors de son audition du 20 mars 2012, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble de la personnalité avec des traits anxieux, caractérisé par un détachement affectif, une incapacité à exprimer les émotions, une indifférence à autrui, un intérêt réduit pour les relations sociales et une incapacité à éprouver du plaisir. Il a posé que son patient vivait de façon très isolée et avait une préférence marquée pour les activités solitaires. Il n'a pas retenu d'état dépressif marqué, considérant que les problèmes de son patient étaient avant tout à mettre sur le compte de son isolement social. Il n'a pas non plus préconisé la prise d'antidépresseurs, estimant qu'il fallait avant tout agir sur le plan social, de façon à rompre l'isolement. Il apparaît dès lors que l'analyse du Dr N_____ ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la situation préexistante en 2004, ni même une incapacité totale de travail dans une activité adaptée. La Cour relève au contraire que la réinsertion en milieu professionnel, dans une activité adaptée à ses problèmes de santé, peu stressante et à un taux réduit, permettrait au recourant de rompre l'isolement dans lequel il se trouve. Il ne se justifie pas non plus de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, le dossier ne comportant aucun élément en faveur d'une modification de la symptomatologie présentée par l'intéressé.

14. La Cour de céans note enfin que l'intimé a reconnu que le recourant pourrait être mis au bénéfice d'une aide au placement, s'il en faisait la demande (art. 18 al. 1 LAI).

En l'occurrence, il apparaît que le recourant n'a pas repris d'activité lucrative depuis plusieurs années. Malgré sa volonté exprimée en audience de réintégrer le milieu professionnel, son isolement l'empêche d'entreprendre des démarches en ce sens.

L'aide au placement telle que suggérée par l'intimé semble être une mesure appropriée pour que le recourant réussisse à mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Il est dès lors encouragé à formuler une demande en ce sens à l'OAI.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.
16. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986, RSG E 5 10.03).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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