

GE_GERICHTE A/1142/2016 vom 16. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1142_2016

FR: GE_GERICHTE A/1142/2016 du 16 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/1142/2016 del 16 agosto 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.08.2016
A/1142/2016

A/1142/2016 ATAS/626/2016 du 16.08.2016 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve pouvoir judiciaire A/1142/2016 ATAS/626/2016 COUR
DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 août 2016 1 ère Chambre En la
cause Monsieur A_____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT recourant contre OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12,
GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né
le _____ 1959, de nationalité suisse, d'origine kosovare, est titulaire d'un diplôme de
police dans son pays d'origine. Depuis son entrée en Suisse le 21 octobre 1991, il a travaillé
en qualité d'agent de nettoyage de 1991 à 2001 pour diverses entreprises, et en qualité
d'agent de sécurité à plein temps du 23 août 2001 au 31 janvier 2004 pour B_____ SA.
2. À compter du 2 février 2004, l'assuré a été en incapacité de travail à
100%. 3. Le 1 er mars 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations
auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu ensuite l'office de
l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: OAI). 4. Dans un
courrier du 10 juin 2005 à l'assurance perte de gain Zurich, le docteur C_____, spécialiste
FMH en cardiologie, a indiqué que l'assuré se plaignait de sensations vertigineuses
importantes, de dyspnée d'effort, de douleurs du rachis, de douleurs précordiales et d'une
fatigabilité importante. Une reprise de travail à temps partiel était envisageable,
l'hypertension artérielle (ci-après : HTA), quoique difficile à contrôler, n'étant pas en soi
une contre-indication à une activité modérée. Le médecin a toutefois ajouté que son constat
devait être pondéré au vu des autres problèmes rencontrés par l'assuré, soit l'obésité, le
diabète, les dorso-lombalgies et l'état dépressivo-anxieux. 5. Mandaté
par l'OAI pour une expertise cardiologique, le docteur D_____, spécialiste FMH en
cardiologie, a, par rapport du 8 septembre 2006 adressé à l'OAI, considéré que les
diagnostics suivants avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré : obésité,
hypertension artérielle, diabète, douleurs au dos, probable gonarthrose dans le contexte de
l'obésité. Celui-ci pouvait reprendre son activité antérieure d'agent de nettoyage à raison de
4 à 5 heures par jour, ou exercer une activité adaptée à raison de 8 heures par jour, tel qu'un
travail de bureau. 6. Dans son avis du 17 octobre 2006, le service médical
régional AI pour la Suisse romande (SMR) a, sur la base du rapport du Dr D_____, retenu
que l'assuré ne souffrait pas d'une insuffisance cardiaque. De ce fait, l'incapacité de travail
n'était pas durable. 7. Par décision du 14 décembre 2006, l'OAI a refusé
d'allouer des prestations à l'assuré. Celui-ci n'a pas recouru. 8. Dès le 1
er avril 2010, l'assuré a repris son activité d'agent de nettoyage, en dernier lieu pour
E_____ SA (ci-après : l'employeur), à raison de 20 heures hebdomadaires de travail.

9. Par courrier du 18 avril 2010 (recte : 2011), le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a informé l'OAI que l'assuré avait subi le 11 février 2011 une cardiopathie ischémique avec infarctus myocardique sans élévation ST (ci-après : NSTEMI), laquelle avait été traitée par la pose d'un stent actif au service de cardiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). Ce dernier était en arrêt de travail à 100% depuis le 9 janvier 2011. Le Dr F_____ a sollicité des mesures professionnelles précoces, considérant que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'agent de nettoyage.

10. Dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, un entretien d'évaluation a eu lieu le 16 mai 2011. Selon le procès-verbal y relatif, l'assuré a déclaré qu'il était en incapacité de travail à 100% depuis le 9 janvier 2011 en raison de son infarctus, et à 50% depuis le 2 mai 2011 en tant qu'agent de nettoyage, travail qu'il estimait pouvoir continuer à ce taux réduit. Il a ajouté qu'il souffrait d'une hypertension et d'un diabète, qu'il dormait peu la nuit et se sentait très fatigué. En outre, il avait mal au dos depuis une année.

11. Par courrier du 15 juin 2011, l'OAI a informé le Dr F_____ qu'une décision de refus de prestations avait été notifiée en 2006 sur la base d'une expertise cardiologique et qu'en l'état, faute d'élément médical nouveau, il ne pouvait entrer en matière. L'OAI a, de ce fait, invité le médecin à lui fournir un résumé médical attestant d'une aggravation objective de l'état de santé de l'assuré.

12. Le Dr F_____ a répondu à cette invitation par courrier du 11 juillet 2011, dans lequel il a rappelé qu'en raison d'une maladie cardiaque, l'incapacité de travail de l'assuré était entière, et ce, jusqu'au 2 mai 2011, date à laquelle celui-ci avait repris son emploi en tant qu'agent de nettoyage à 50%. Le médecin a posé les diagnostics principaux suivants: infarctus cardiaque NSTEMI avec pose d'un stent actif le 11 février 2011, sub-occlusion de l'artère circonflexe moyenne, sténose de 50 à 70% de la première diagonale ostiale confirmée par PET-Scan du 16 février 2011, insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ventriculaire gauche estimée à 50%, tabagisme ancien, hypertension artérielle traitée, dyslipidémie, diabète de type II non insulino-requérant, obésité, BMI à 36, et troubles d'adaptation au stress.

Dans le rapport du 27 avril 2011, joint audit courrier, le docteur G_____, spécialiste FMH en cardiologie auprès des HUG, a notamment confirmé les diagnostics et les facteurs de risque cardiovasculaires mentionnés par le Dr F_____. Le Dr G_____ a indiqué que l'assuré avait interrompu le programme de réadaptation cardiovasculaire ambulatoire initialement prévu après deux semaines en raison de difficultés liées à la reprise de son travail. Un suivi cardiologique à un an était nécessaire comprenant un test d'effort et une échocardiographie.

13. Par avis du 26 juillet 2011, le SMR a retenu une aggravation manifeste de l'état de santé de l'assuré. Il convenait par conséquent de poursuivre l'instruction. Dès lors, l'OAI a fixé au 26 juillet 2011 la date de la nouvelle demande de prestations.

14. Dans son rapport du 30 août 2011, suite à un contrôle à six mois après la pose du stent, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que l'assuré ne présentait pas de récurrence de douleur thoracique, pas de dyspnée ni palpitation. L'auscultation cardiaque était ainsi dans la norme, sans dysfonction du ventricule gauche ni des oreillettes. Le ventricule droit paraissait de taille normale. La tension artérielle était par contre toujours élevée et le diabète demeurait difficile à contrôler. Le médecin a mentionné que l'assuré pouvait reprendre une activité professionnelle à 100% (sans préciser dans quel domaine).

15. Dans son rapport du 13 septembre 2011 en vue de l'examen du droit de l'assuré à des mesures pour une réadaptation professionnelle, le Dr F_____ a relevé que l'assuré se plaignait de fatigue, de vertiges et d'essoufflement depuis son infarctus en février 2011. La capacité de

travail dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage était évaluée à 50% depuis le 2 mai 2011, étant précisé qu'une activité excédant ce taux-ci était difficile au vu des restrictions physiques précitées. Le médecin ignorait si le rendement était réduit. Il a toutefois indiqué qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas envisageable, sans préciser s'il s'agissait dans son travail habituel ou dans toute activité. ![endif]>![if> 16. Selon le questionnaire du 14 septembre 2011 complété par l'employeur, les tâches faisant partie de l'activité de l'assuré étaient essentiellement les travaux de nettoyage, effectués jusqu'à 5 ¼ heures par jour (à supposer que l'horaire de travail était de 8 heures). Afin de réaliser ses tâches, l'assuré était rarement assis (soit jusqu'à environ ½ heure à supposer que l'horaire de travail était de 8 heures), il marchait et restait souvent debout (soit jusqu'à 5 ¼ heures), il soulevait ou portait parfois des poids variant entre 0 et plus de 25 kg (soit jusqu'à environ 3 ¾ heures). D'un point de vue intellectuel, les exigences journalières étaient grandes quant à la concentration/attention, l'endurance, le soin et la faculté d'interprétation. ![endif]>![if> 17. À compter du 5 janvier 2012, l'assuré a été à nouveau en incapacité de travail totale à la suite d'une chute au travail ayant décompensé les lombalgies. ![endif]>![if> 18. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 26 janvier 2012 a mis en évidence une volumineuse hernie discale postérieure L5-S1 paramédiane gauche développée en direction céphalique. En raison d'une parésie M4 du myotome S1, d'une hyposensibilité du mollet et de vives douleurs lombaires irradiant sur la face latérale du membre inférieur à gauche jusqu'au pied, l'assuré a été hospitalisé aux HUG du 3 février au 1^{er} mars 2012 en rhumatologie pour un traitement antalgique, puis en neurochirurgie le 14 mars et du 22 au 28 mars 2012. Le traitement par morphine et anti-inflammatoires n'ayant pas calmé les douleurs, l'assuré a consenti à une prise en charge chirurgicale, laquelle a eu lieu le 22 mars 2012 et effectuée par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. ![endif]>![if> 19. Par courrier du 24 avril 2012, le Dr F_____ a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'intervention chirurgicale aux HUG le 22 mars 2012 d'une volumineuse hernie discale L5-S1, paramédiane gauche, luxée vers le haut. L'assuré était apte à se déplacer avec des cannes et se trouvait en arrêt de travail à 100%, prescrit par le service de neurochirurgie, jusqu'au 7 mai 2012. ![endif]>![if> 20. À la suite de l'opération, l'assuré a consulté la Dresse I_____ à plusieurs reprises, les lombalgies gauches ayant persisté. Elle lui a recommandé un examen électroneuromyogramme (ci-après : ENMG), ainsi que des infiltrations chez le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie. Des IRM post-opératoires ont par ailleurs été effectuées. ![endif]>![if> 21. L'IRM lombaire réalisée le 18 mai 2012 n'a pas mis en évidence de récurrence de hernie discale sous-jacente, hormis une légère prise de contraste autour de la racine L5 gauche suspectant une inflammation. ![endif]>![if> 22. Dans son rapport du 22 mai 2012, le Dr F_____ a répété que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé au vu des douleurs lombaires persistantes depuis le 5 janvier 2012. Les plaintes étaient compatibles avec l'examen clinique. Dans les limitations fonctionnelles, le médecin a mentionné une promenade maximale d'une heure, la fatigue suite aux médicaments et l'impossibilité de se baisser. En raison de ces douleurs, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle, mais il pouvait reprendre une activité adaptée (dont le médecin ignorait le domaine) à un taux réduit. ![endif]>![if> 23. Dans son courrier du 5 décembre 2012, la Dresse I_____ a noté que l'IRM réalisée le 9 novembre 2012 en comparaison avec celle du 18 mai 2012 montrait des signes d'une amélioration plutôt qu'une aggravation s'agissant d'une possible inflammation. L'ENMG effectué le 31 octobre 2012 excluait des signes de dénervation active aiguë dans les myotomes L3 jusqu'à S1 à gauche.

Cet examen avait seulement montré les séquelles d'une radiculopathie L5 à gauche et mis en évidence une discrète polyneuropathie sensitive compatible avec les comorbidités de l'assuré. Elle en a conclu qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée. Le médecin a conseillé un suivi psychologique ou psychiatrique compte tenu des insomnies et de la possibilité d'une composante dépressive. [endif]>[if> 24. Selon le questionnaire servant à contrôler l'incapacité de gain daté du 13 mars 2013, complété par l'employeur, le contrat était toujours en vigueur à temps partiel, à raison de 20 heures par semaine. L'assuré avait dû interrompre à 100% son activité dès le 5 janvier 2012. Au jour de la signature dudit questionnaire, soit le 13 mars 2013, l'assuré était toujours en incapacité de travail totale. [endif]>[if> 25. Dans son rapport du 15 mars 2013, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré, lequel le consultait régulièrement en raison de douleurs invalidantes lombaires irradiant dans la jambe gauche, s'était aggravé. Le médecin a posé les diagnostics principaux suivants: status post-séquestrectomie d'une hernie discale lombaire L5-S1, discopathie modérée au niveau des vertèbres L3-L4-L5-S1, cardiopathie ischémique, hypertension artérielle, syndrome métabolique avec risque cardio-vasculaire élevé, status post NSTEMI traité par stent de l'artère circonflexe moyenne, vessie hyperactive, neuropathie diabétique sensivo-axonale, status post cure chirurgicale d'une hernie ombilicale. L'assuré était par ailleurs régulièrement suivi par le service cardiologique pour une cardiomyopathie hypertensive avec des décompensations et des crises hypertensives à 240/250 mmHg et tachycardie à 120/min. Les infiltrations intra-facettaires avec le Dr J_____ n'avaient par ailleurs pas amélioré l'état de santé de l'assuré. Pour ces raisons, le Dr F_____ a considéré que l'assuré présentait une capacité de travail nulle, sans toutefois préciser s'il s'agissait dans son travail habituel ou dans toute activité. [endif]>[if> 26. Le 9 avril 2013, l'assuré a été opéré d'une hernie ombilicale avec filet par laparotomie compliquée d'un hématome sous-cutané post-opératoire. [endif]>[if> 27. Dans son rapport du 30 avril 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire en ce qui concernait la rétinopathie diabétique proliférante de l'œil droit. Le médecin a observé une petite limitation du champ visuel suite au traitement rétinien par laser, sans répercussion sur une reprise de travail. Une surveillance ophtalmologique devait se poursuivre. [endif]>[if> 28. Dans un avis du 9 octobre 2013, la doctoresse L_____ du SMR a constaté que quand bien même l'assuré présentait plusieurs comorbidités, les éléments médicaux en sa possession ne lui permettaient pas de comprendre quelles limitations fonctionnelles elles entraînaient ni la raison pour laquelle l'assuré était resté en incapacité de travail totale depuis janvier 2012. Le médecin a ainsi proposé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant les spécialités suivantes: cardiologie, médecine interne, neurologie et psychiatrie. [endif]>[if> 29. Par courrier du 29 janvier 2014, la Dresse I_____ a notamment rappelé les comorbidités de l'assuré, et indiqué que les lombosciatalgies irradiant dans la jambe gauche résistaient aux médicaments. À l'examen clinique du 13 janvier 2014, l'assuré n'avait pas d'amyotrophie et, bien que réalisable, il marchait difficilement sur la pointe et sur les talons. Au vu de l'absence de corrélat à la dernière IRM de la colonne lombaire du 25 novembre 2013, et en l'absence de signe aigu ou chronique de dénervation à l'ENMG du 31 octobre 2013, une opération n'était pas envisagée. [endif]>[if> Par courrier daté du même jour, la Dresse I_____ a informé l'OAI que l'assuré était « loin de ses capacités pour reprendre un travail ». 30. Dans son rapport du 23 mai 2014, le Dr F_____ a informé l'OAI d'une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré. Outre les diagnostics posés dans son précédent rapport du 15 mars 2013, le médecin a ajouté de nouveaux diagnostics, entre

autres, une hernie discale postopératoire persistante L3-L4-L5 en conflit avec la racine L5 gauche, un status post infiltration facette neuroradiologie (qui n'avait pas soulagé la douleur), une rétinopathie proliférative diabétique œil droit traitée par panpho thérapie laser en février 2012, et un failed back surgery IRM lombaire HUG du 25 novembre 2013.

Compte tenu de ces éléments, le médecin a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail à 100%, sans toutefois préciser s'il s'agissait dans son travail habituel ou dans toute activité. 31. Dans un rapport du 28 octobre 2014, établi suite à une IRM de la colonne lombaire du même jour, la docte resse M_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué qu'il existait une récidi ve herniaire L5/S1 sans conflit radiculaire.

32. Par courrier du 7 novembre 2014, le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'ENMG réalisé le même jour montrait des signes de dénervation myotome L5, suggérant une lésion radiculaire de L5 gauche.

33. Par avis du 4 décembre 2014, le SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas nécessaire, considérant, au vu des éléments du dossier, que l'atteinte cardiologique était stable depuis 2011, sans caractère incapacitant, que l'atteinte ophtalmologique était sans conséquence, et qu'aucune atteinte psychiatrique ne ressortait du dossier. Par conséquent, le SMR a mandaté le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et spécialiste de la colonne vertébrale, en vue d'une expertise neurochirurgicale uniquement.

34. Le 3 février 2015, l'assuré a été examiné par le Dr O_____. Dans le rapport qui s'en est suivi, daté du même jour, l'expert a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de « status post cure de hernie discale L5/S1 gauche selon Henry le 22.03.12 » ; et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, suivants : « - Spondylarthrose débutante lombaire, diagnostic posé à la radiographie du rachis lombaire du 08.10.14; - Surcharge mécanique des articulations sacro-iliaques, diagnostic posé au jour de l'expertise, 03.02.15 ». Les atteintes constatées entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités qui impliquaient de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 5 à 15 kg, travailler en position accroupie, ramper, grimper, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, extension ou de torsion de la colonne lombaire, même de faible amplitude, subir de vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale (provoquées par du matériel roulant sans suspension par exemple), monter fréquemment plusieurs escaliers, marcher en terrain accidenté ou glissant. Selon l'expert, la poursuite de l'activité habituelle n'était plus envisageable en raison du port des charges lourdes qu'elle nécessitait (soit la possibilité de transporter plus de 25 kg). La capacité résiduelle de travail était celle qui respectait les limitations fonctionnelles retenues. Cela dit, l'expert était surpris que le port de charges puisse être aussi lourd dans le cadre du nettoyage et que la concentration et les facultés d'interprétation aient été qualifiées de grandes par l'employeur dans le questionnaire du 14 septembre 2011, la description ressemblant plus à celle d'un déménageur ou d'un portefaix qu'à celle d'un nettoyeur. L'expert a ainsi invité l'OAI à vérifier les données fournies par l'employeur. Le Dr O_____ a estimé que l'incapacité de travail était totale du 3 février 2012, date de l'hospitalisation en raison des lombalgies apparues suite à une chute à mi-janvier 2012, au 22 juin 2012, date de fin de la guérison postopératoire suite à l'intervention chirurgicale d'une hernie discale L5/S1 gauche. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables depuis le 22 juin 2012. À la question de savoir depuis quand, au point de vue médical, il y avait une incapacité de travail de 20% au moins dans l'activité habituelle,

l'expert a répondu que le dernier jour de travail effectif était le 9 janvier 2011 (ou le 8 février 2011 ou encore le 5 janvier 2012). Il a noté que l'assuré avait déclaré avoir été licencié en septembre 2011, information, non attestée par un document, que l'expert estimait surprenante, la chute ayant eu lieu au travail selon le rapport d'hospitalisation et l'employeur avait mentionné dans le questionnaire du 14 septembre 2011 que le contrat était toujours en cours. Au vu de ce qui précède, l'expert a considéré que l'assuré présentait une incapacité de travail de 20% au moins dans son activité habituelle depuis septembre 2011, date de licenciement, au jour de l'expertise, soit le 3 février 2015. En revanche, la capacité de travail était entière de septembre 2011 au jour de l'expertise à raison de 42.5 heures par semaine, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles. Le Dr O_____ a indiqué qu'il s'écartait du taux d'incapacité de travail retenu par le médecin traitant pour les raisons suivantes : certaines pathologies, tels que l'obésité ou le déconditionnement musculaire, n'étaient pas visées par le cadre fixé à l'expertise du 3 février 2015, soit l'appareil locomoteur ; les possibles hémangiomes corporeaux ou le signe de Modic ne constituaient pas des diagnostics invalidants, et le diagnostic de failed back surgery syndrom ne présentait pas une argumentation suffisante. De plus, l'imagerie du rachis n'avait pas été fournie. 35. Dans son avis du 30 avril 2015, le SMR, se basant sur le rapport du Dr F_____ du 15 mars 2013, ainsi que sur l'expertise du Dr O_____ du 3 février 2015, a retenu que les principales atteintes à la santé de l'assuré étaient les lombalgies chroniques post-opératoires sur hernie discale L5/S1, une cardiopathie ischémique et une rétinopathie diabétique. Les diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient l'obésité, une hernie ombilicale opérée, HTA, DNID (diabète de type 2) et une dyslipidémie. La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était évaluée à 0%, mais à 100% dans une activité adaptée respectant strictement les nombreuses limitations fonctionnelles à compter du 22 juin 2012. Le SMR a fait sienne les limitations fonctionnelles retenues par le Dr O_____ et a ajouté les limitations fonctionnelles suivantes : pas de position statique assis ou debout, changement de position de préférence à la guise de l'assuré, pas de position en porte-à-faux, pas de position statique debout immobile (piétinement), pas d'activité nécessitant une bonne acuité visuelle, fatigabilité. Le SMR a noté que le contrôle cardiologique à six mois de l'intervention subie en février 2011 montrait une bonne évolution sans dysfonction du ventricule gauche, et rappelé que les atteintes ophtalmologiques (rétinopathie diabétique proliférante de l'œil droit) n'étaient pas considérées comme invalidantes par l'ophtalmologue. 36. Dans une note du 24 juillet 2015, l'OAI a retenu pour l'assuré un statut d'actif. Il a rappelé que celui-ci travaillait à 100% en tant qu'agent de sécurité avant son incapacité de travail, et à 50% en tant qu'agent d'entretien lors de sa deuxième demande de prestations. Sur cette base, l'OAI a considéré que l'assuré travaillerait vraisemblablement à plein temps. 37. Dans un projet de décision du 21 août 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Il a constaté que l'assuré avait présenté deux incapacités de travail, la première du 9 février 2011 au 2 mai 2011, date de la reprise de l'activité habituelle, et la seconde depuis le 5 janvier 2012 (début du délai d'attente d'un an) en raison d'une autre atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle d'agent d'entretien. Toutefois, la capacité de travail de l'assuré était totale depuis le 22 juin 2012 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Lui ayant reconnu le statut de personne active à plein temps, l'OAI a calculé la perte de gain au 22 juin 2012 par une comparaison des gains. Ce faisant, il a retenu un revenu annuel sans invalidité de CHF 65'177.- (selon l'OAI, en l'absence de données salariales concrètes, il convenait de se

baser sur l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS) 2012, TA1, tous secteurs confondus (total), pour une activité à plein temps simple et répétitive (niveau 1)). L'OAI a arrêté le revenu annuel avec invalidité à CHF 55'401.- (ESS 2012, tableau TA1, niveau 1, abattement de 15% afin de tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et des années de service). Ainsi, le degré d'invalidité s'élevait à 15%, soit un degré d'invalidité inférieur à 40%. !endif]>![if> L'OAI a considéré que son intervention n'était pas nécessaire s'agissant d'une orientation professionnelle, compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que comprenaient les secteurs de la production et des services, dont un nombre significatif était adapté aux empêchements de l'assuré. En outre, les conditions quant à un reclassement professionnel n'étaient pas réunies, l'assuré ne présentant pas un manque à gagner de 20% au moins. Enfin, l'aide au placement était exclue, les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié n'étant pas dues à son état de santé. 38. Par courrier du 18 septembre 2015, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision. Il contestait les conclusions de l'expertise du Dr O _____. Il se référait à cet égard aux rapports des Drs I _____ et F _____ respectivement du 29 janvier 2014 et du 23 mai 2014. Outre cela, l'assuré annonçait qu'il était en attente de recevoir des rapports récents de ses médecins, spécialistes et généralistes. !endif]>![if> L'assuré a transmis ultérieurement à l'OAI une échocardiographie transthoracique du 24 novembre 2015, réalisée par le docteur P _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, selon laquelle le ventricule gauche et l'oreillette gauche sont de taille normale, les parois du ventricule gauche étant toutefois discrètement épaissies. La fraction d'éjection ventriculaire gauche est discrètement diminuée, visuellement estimée à 45-50%. Les indices combinés évoquent une pression de remplissage élevée, des anomalies régionales de la cinétique pariétale ont été par ailleurs observées. Il a également versé au dossier le courrier du Dr F _____ du 7 décembre 2015, dans lequel celui-ci a annoncé à l'OAI une nouvelle aggravation de l'état de santé de l'assuré suite à un infarctus de myocarde (NSTEMI sur maladie coronarienne tri-tronculaire) survenu le 26 novembre 2015. Quatre stents actifs ont dû lui être posés. L'assuré a depuis été inclus dans le programme de réadaptation cardiaque à Beau-Séjour. 39. Dans un avis du 16 décembre 2015, le docteur Q _____ du SMR a, sur cette base, considéré que l'état de santé de l'assuré s'était à l'évidence nettement aggravé, ce qui nécessitait de demander les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, ainsi qu'un nouveau rapport médical au médecin traitant et au cardiologue traitant. !endif]>![if> 40. Le 5 février 2016, le Dr F _____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel l'assuré ne pouvait pas exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en raison de multiples pathologies cardiaques, ostéoarticulaires et diabétiques. Le Dr F _____ a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé en urgence en novembre 2015 pour la pose de stents actifs suite à un syndrome coronarien aigu et un infarctus NSTEMI sur maladie coronarienne tri-tronculaire. Il a joint le rapport du service de cardiologie des HUG du 4 janvier 2016, lequel mentionnait l'absence d'une ischémie ou d'une nécrose. !endif]>![if> 41. Dans un avis du 25 février 2016, le SMR a considéré que le Dr F _____ n'avait pas fourni d'éléments médicaux objectifs pour soutenir sa prise de position du 5 février 2016. Les atteintes non cardiologiques retenues par le médecin avaient précédemment fait l'objet du rapport final du 30 avril 2015 et aucun caractère incapacitant ne leur avait été reconnu. S'agissant de l'atteinte cardiologique, les tests de contrôle réalisés en janvier 2016 n'indiquaient pas de séquelles et l'échocardiographie de novembre 2015 montrait une fraction d'éjection du ventricule gauche discrètement diminuée à 45-50%. Au vu des examens de cardiologie au dossier, le SMR a émis une réserve quant aux activités

sportives/explosives/d'endurance et le travail dans des conditions extrêmes chaudes/froides. Pour le surplus, les conclusions du rapport du 30 avril 2015 demeuraient valables.

42. Par décision du 1^{er} mars 2016, reçue par l'assuré le lendemain, l'OAI a confirmé son projet de décision et refusé la demande de prestations de l'assuré, les pièces médicales nouvelles versées au dossier ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas.

43. Par acte du 14 avril 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours, concluant à l'annulation de la décision, sous suite de frais et dépens, à l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité et d'une rente entière. Il a également conclu à ce que soit ordonnée toute expertise ou mesure probatoire utile. Il se référait, en substance, aux rapports des Drs F_____ et I_____ attestant que sa capacité de travail était nulle depuis 2011 et à long terme, et qu'il présentait diverses pathologies (cardiaques, ostéoarticulaires et diabétiques) le limitant fortement dans ses activités quotidiennes et professionnelles, causant par conséquent son incapacité de gain. Compte tenu de son état de santé, il relevait qu'il ne pouvait plus reprendre un travail, même adapté à ses limitations, depuis le 22 juin 2012. En se basant sur les conclusions théoriques du SMR quant aux nombreuses limitations fonctionnelles et la détérioration de son état de santé, l'intimé avait fortement minimisé l'influence des troubles de la santé sur sa capacité de travail et avait ainsi déduit de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail. En conséquence, le SMR et l'intimé avaient substitué leur intuition subjective à l'état de fait réel et n'avaient pas pris en considération l'incidence économique de l'atteinte.

44. Dans sa réponse du 10 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il ressortait des pièces médicales au dossier, examinées par le SMR, que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle d'agent de nettoyage depuis le 9 février 2011 et entière dans une activité adaptée depuis le 22 juin 2012, de telle sorte que l'intimé se ralliait intégralement à l'appréciation du SMR. Le dossier contenant suffisamment d'indications médicales fiables, une expertise ou une instruction complémentaire n'étaient pas justifiées.

45. Dans sa réplique du 2 juin 2016, le recourant a persisté intégralement dans les termes et conclusions de son recours. Les conclusions de l'intimé et du SMR, lesquels reconnaissaient pourtant ses affections et les nombreuses limitations en découlant, ne sauraient être suivies, faute d'objectivité et de cohérence. Son état de santé s'aggravait de façon manifeste et durable depuis fin 2015. Il souffrait de fortes douleurs au dos, au bassin et au thorax et les limitations fonctionnelles le restreignaient dans toute activité. En l'absence de précisions quant au type de travail qu'il pourrait encore accomplir, il était inconcevable de lui reconnaître une pleine capacité de travail depuis juin 2012 dans une activité adaptée alors que les différents spécialistes avaient conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité professionnelle. Ce faisant, l'intimé avait évalué sa situation de façon manifestement inexacte.

46. Dans sa duplique du 24 juin 2016, l'intimé a également maintenu ses conclusions et considéré que le recourant n'avait apporté aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation du cas.

47. Sur ce, 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 - 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions

de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision querellée du 1^{er} mars 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} révision et la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, les trois révisions précitées n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier sur la notion d'invalidité et le cas échéant la manière d'évaluer l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - RS E 5 10]).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité, étant précisé que par décision du 14 décembre 2006, entrée en force, le droit à une rente lui avait été nié.

5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 7. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 8. En l'espèce, avant sa première incapacité de travail en février 2004, le recourant travaillait à

plein temps en tant qu'agent de sécurité. Il aurait ainsi exercé une activité lucrative à 100% si son état de santé le lui avait permis. Partant, l'intimé a à juste titre retenu, dans sa note du 24 juillet 2015, pour le recourant le statut de personne active, étant précisé que ce dernier ne conteste pas cette appréciation. [endif]>![if> 9. 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). [endif]>![if> 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. À 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi, depuis le 14 décembre 2006, un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations. 13. Dans le cadre de sa première décision de refus des prestations du 14 décembre 2006, l'intimé a considéré, sur la base de l'expertise du Dr D_____ du 8 septembre 2006, que le recourant, qui ne souffrait pas d'une insuffisance cardiaque à cette époque, ne présentait pas une incapacité

de travail durable. [endif]>[if> 14. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 26 juillet 2011, l'intimé a retenu, dans sa décision querrellée du 1^{er} mars 2016, que la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle d'agent de nettoyage. Par contre, le recourant serait apte à exercer, à plein temps, une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, ce à compter du 22 juin 2012. L'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du Dr O_____ du 3 février 2015, ainsi que sur l'avis du SMR du 30 avril 2015. [endif]>[if> Dans cet avis, le SMR a retenu que le recourant souffrait de lombalgies chroniques post-opératoires sur hernie discale L5/S1, d'une cardiopathie ischémique et d'une rétinopathie diabétique. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage était nulle, mais une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès le 22 juin 2012. Dans son expertise du 3 février 2015, le Dr O_____ a indiqué s'être fondé sur la documentation fournie par l'intimé, l'iconographie du recourant (étant précisé que celui-ci n'avait apporté aucune IRM) et l'examen clinique au cabinet. Il a résumé les documents médicaux à sa disposition, exposé l'anamnèse du recourant, relaté ses plaintes, posé des diagnostics et fait état de ses constatations. Toutefois, quand bien même le Dr O_____ retient que le diagnostic relatif à la hernie discale L5/S1 a une répercussion sur la capacité de travail, ce qui correspond à l'appréciation des médecins traitants et spécialistes, s'agissant tout particulièrement de la date à partir de laquelle l'expert considère que le recourant dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, soit le 22 juin 2012, équivalant, à ses yeux, à la date de fin de la guérison postopératoire suite à l'intervention chirurgicale de cette hernie, force est de constater qu'aucun rapport versé au dossier ne fixe la guérison postopératoire à cette date. Ensuite, le Dr O_____ considère que l'incapacité de travail était totale du 3 février 2012, date de l'hospitalisation en raison des lombalgies apparues suite à une chute en janvier 2012, jusqu'au 22 juin 2012. Cela dit, il ne motive pas, de façon convaincante, la raison pour laquelle il n'a pas pris en compte dans son analyse les lombosciatalgies apparues depuis la chute du 5 janvier 2012 – soit avant le 3 février 2012 -, devenues chroniques malgré l'opération du 22 mars 2012, et résistantes nonobstant le traitement médicamenteux et les infiltrations intra-facettes. À cet égard, l'expert met en exergue qu'il s'est écarté, faute d'argumentation suffisante, du diagnostic de failed back surgery syndrom (le syndrome du rachis opéré, entraînant une douleur chronique persistante après chirurgie de la colonne vertébrale), retenu par le médecin traitant. On relèvera que faire abstraction dudit diagnostic, qui ressort pourtant du domaine de compétence de l'expert, spécialiste de la colonne vertébrale, « faute d'argumentation suffisante » ne constitue pas une motivation satisfaisante au vu de l'importance de pouvoir se prononcer de façon concluante sur la capacité de travail du recourant. En outre, à la question de savoir à partir de quand le recourant présentait une incapacité de travail de 20% au moins dans l'activité habituelle, l'expert a fait débiter l'incapacité de travail à la date de licenciement. Or, l'incapacité de travail ne se détermine pas par rapport à la résiliation d'un contrat de travail. On ne saurait donc se fonder sur une telle appréciation pour déterminer la date à partir de laquelle le recourant était inapte à travailler dans son travail habituel. Qui plus est, l'expert, dont il convient de rappeler que l'on attend de lui qu'il fournisse des données médicales quant aux atteintes à la santé et leurs répercussions sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, nécessaires en vue de pouvoir juger du droit éventuel aux prestations, est sorti des limites de son mandat en l'occurrence, à tout le moins à deux reprises. En premier lieu, le Dr O_____ estime que le recourant ne peut plus continuer son activité habituelle au vu du port possible des charges lourdes, pouvant

atteindre les 25 kg voire plus. À cet égard, l'expert émet une réserve, disant être étonné que dans le cadre du nettoyage, le port de charge puisse être aussi lourd. Il est par ailleurs surpris que la concentration et les facultés d'interprétation aient été qualifiées de grandes par l'employeur dans le questionnaire que celui-ci était amené à compléter à l'attention de l'intimé en septembre 2011. En deuxième lieu, l'expert relève que le recourant, selon ses dires lors de l'examen, aurait été licencié en septembre 2011. L'expert est d'avis que cette information est singulière, car le questionnaire de l'employeur mentionnait que le contrat de travail était en cours, et aucun document dans le dossier n'attestait la fin des relations de travail. En dépit d'une incertitude à cet égard, l'expert a retenu « septembre 2011 » comme étant la « date de licenciement ». Ces remarques personnelles et non médicales ne sont pas pertinentes et d'aucune aide pour juger du droit éventuel aux prestations. Enfin, l'expert a pris des conclusions tout en soulignant que le recourant ne lui avait pas remis certaines IRM. Force est ainsi de constater que l'expertise, qui repose sur une étude incomplète, comporte des conclusions incohérentes et non motivées. Elle ne répond ainsi pas aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. En conséquence et pour l'ensemble de ces motifs, l'expertise neurochirurgicale du Dr O_____ ne peut être, en l'état, suivie. Elle sera donc écartée. 15. Cela étant dit, sur le plan cardiologique, la Dresse H_____ indiquait en août 2011, à la suite du succès de la pose d'un stent actif en février 2011, que le recourant pouvait reprendre une activité professionnelle (sans préciser le domaine) à 100%. Force est de constater que ce constat est relativement ancien, et que depuis le 5 janvier 2012, le recourant souffre de lombalgies chroniques et a subi une nouvelle angioplastie le 26 novembre 2015. Les Drs F_____ et I_____, respectivement médecin traitant et spécialiste, sont unanimes pour considérer que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité depuis 2011 et à long terme en raison de ses pathologies cardiaques, ostéoarticulaires et diabétiques. Au vu des appréciations desdits médecins quant à la capacité de travail du recourant, sujettes à caution aux termes de la jurisprudence en la matière, et vu le caractère non probant de l'expertise du Dr O_____, la chambre de céans constate qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer sur les répercussions des atteintes que présente le recourant sur sa capacité de travail, et le cas échéant, depuis quand et à quel taux. ![/endif]>![if> Dans ses avis des 4 décembre 2014 et 30 avril 2015, le SMR a considéré que l'atteinte cardiologique était stable depuis 2011, sans caractère incapacitant, et que le contrôle cardiologique à six mois de l'intervention subie en février 2011 montrait une bonne évolution sans dysfonction du ventricule gauche. Cela dit, postérieurement à la pose du stent actif en 2011, et partant après lesdits avis et l'expertise du 3 février 2015, le recourant a subi une nouvelle chirurgie cardiaque le 26 novembre 2015, nécessitant la pose de quatre stent actifs. Dans son avis du 25 février 2016, bien que se référant à l'échocardiographie transthoracique du 24 novembre 2015, mentionnant que la fraction d'éjection du ventricule gauche avait discrètement diminuée à 45-50%, attestant donc d'une anomalie, le SMR a maintenu sa position du 30 avril 2015, tout en émettant une réserve quant aux activités sportives/explosives/d'endurance et le travail dans des conditions extrêmes chaudes/froides. Au vu de l'infarctus subi le 26 novembre 2015, l'intimé ne pouvait statuer sur le droit aux prestations du recourant sans avoir, au préalable, sollicité l'avis d'un spécialiste en cardiologie, ce d'autant plus que l'échocardiographie transthoracique du 24 novembre 2015 fait notamment état d'anomalies. À cet égard, on relèvera que dans son avis du 16 décembre 2015, constatant que l'état de santé du recourant s'était nettement aggravé, le SMR écrivait qu'il fallait demander un nouveau rapport au cardiologue traitant, ce qui n'a pas été fait, un tel rapport ne figurant pas au dossier. Le

recourant ayant été inclus dans un programme de réadaptation cardiaque après son intervention du 26 novembre 2015, il s'avère nécessaire de connaître le résultat d'un contrôle à six mois de la pose des quatre stent actifs, l'évolution de cette atteinte et les répercussions sur les capacités physiques du recourant. Sur le plan neurologique, on relèvera l'appréciation contradictoire, à des dates proches, de deux médecins en lien avec la hernie discale L5/S1. En effet, la Dresse M_____ indiquait le 28 octobre 2014 qu'il existait une récurrence herniaire L5/S1 sans conflit radiculaire. En revanche, le Dr N_____ notait le 7 novembre 2014 la présence de signes de dénervation myotome L5, suggérant une lésion radiculaire de L5 gauche. Sur le plan ophtalmologique, dans la mesure où, bien que le recourant, qui souffre d'une rétinopathie diabétique proliférante, présentait un état stationnaire en avril 2013, le Dr K_____ indiquait qu'une surveillance devait se poursuivre. Son rapport datant de 2013, soit relativement ancien, il convient d'obtenir un rapport récent attestant de l'évolution de cette pathologie. Par ailleurs, le SMR, qui avait reconnu cette atteinte comme étant principale, a retenu dans son rapport du 30 avril 2015 que le recourant ne devait pas exercer une activité nécessitant une bonne acuité visuelle. Enfin, sur le plan psychiatrique, on soulignera qu'en 2005, le Dr C_____ mentionnait l'état dépressivo-anxieux du recourant, et qu'en 2012, la Dresse I_____ notait également la possibilité d'une composante dépressive. Or, le recourant n'a jamais fait l'objet d'une investigation psychiatrique approfondie par un spécialiste en la matière. Il s'avère donc nécessaire de le soumettre à une telle expertise. À défaut d'informations fiables et suffisantes sur les répercussions des diverses atteintes sur la capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure de procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de la première décision de refus de prestations du 14 décembre 2006. Partant, elle ne peut se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité du recourant. 16. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle comprendra au vu des considérations précitées les spécialités suivantes : cardiologie, médecine interne, chirurgie orthopédique, ophtalmologie et psychiatrie. Un renvoi à l'administration se justifie d'autant plus qu'aucune expertise pluridisciplinaire n'a été mise en œuvre par l'intimé. On rappellera à cet égard que le SMR en avait proposé une le 9 octobre 2013 et y a finalement renoncé le 4 décembre 2014. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé du recourant, de décrire les limitations fonctionnelles, de se prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement et enfin, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis le 14 décembre 2006. Sur cette base, l'intimé rendra une nouvelle décision. 17. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants. 18. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 19. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision de l'intimé du 1 er mars 2016. 4.

Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. 5. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens. 6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. 7. 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 Nathalie LOCHER La présidente 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.