

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3779/2017

ATAS/1229/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 décembre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en _____ 1959, a travaillé dans la restauration, en dernier lieu en qualité d'aide de cuisine et d'employé de restaurant jusqu'au 31 juillet 2004, date à laquelle son contrat de travail a été résilié.

En arrêt de travail depuis le 17 février 2004, l'intéressé, invoquant une cirrhose et un diabète, a déposé en mai 2005 une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 22 novembre 2006, faute d'atteinte à la santé invalidante.

Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a rejeté (cf. ATAS/442/2007 du 25 avril 2007).

L'instruction avait permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport rédigé le 25 août 2005 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant de l'assuré, retenant les diagnostics de cirrhose hépatique ascitogène avec hypertension portale et de diabète insulino-dépendant ; le médecin attestait d'une totale incapacité de travail depuis le 17 février 2004, précisant que si l'activité habituelle n'était plus exigible, il n'en allait pas de même dans une profession plus légère (petits travaux de manutention, par exemple) ; l'assuré devait éviter les positions statiques, la position agenouillée, les horaires de travail irréguliers, le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente ; le médecin-traitant évaluait la capacité à exercer une activité adaptée à 30-40% ;
- un rapport ultérieur de ce même médecin médical rédigé le 20 octobre 2005, relatant que son patient se plaignait d'asthénie persistante et évaluant la capacité de travail dans une activité adaptée telle que la manutention simple à 50% ;
- un rapport d'examen de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne auprès du Service médical régional (SMR), du 25 août 2006, ne retenant aucune atteinte invalidante ; étaient mentionnés une cirrhose hépatique avec hypertension portale stabilisée sous sevrage strict, un diabète de type II insulino-requérant bien équilibré, une hypertension artérielle (HTA) traitée et une hypercholestérolémie anamnestique sans répercussion sur la capacité de travail ; l'assuré avait souffert d'une unique crise d'épilepsie dans un contexte d'alcoolisme chronique, en février 2004 ; la seule limitation fonctionnelle était une possible tendance à la chute vers l'arrière, yeux fermés, raison pour laquelle il était préconisé d'éviter les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, le travail en hauteur ou sur une échelle et tout travail dangereux de manière générale ; l'activité d'employé de restaurant était déconseillée, l'assuré étant un ancien alcoolique ; d'un point de vue psychiatrique, aucun trouble invalidant n'a

été constaté ; de l'avis de la Dresse C_____, il n'y avait pas d'incapacité de travail en dehors des périodes durant lesquelles l'assuré avait été hospitalisé.

2. Le 14 février 2013, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant cette fois une pathologie lombaire et radiculaire.

Par décision du 26 juin 2014, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- un rapport rédigé le 8 avril 2013 par le Dr B_____, retenant le diagnostic d'arthrose lombaire pluri-étagée avec hernie-discale L4-L5 gauche depuis octobre 2011, dont il a estimé qu'elle justifiait une totale incapacité de travail, au contraire de la cirrhose hépatique et du diabète insulino-requérant qui, eux, n'avaient pas d'impact sur ce plan ; l'assuré rencontrait des difficultés à se mouvoir et à conserver une même position longtemps ;
- un courrier du Dr B_____ du 4 juillet 2013 décrivant les limitations fonctionnelles comme suit : " douleurs lombaires, pelviennes et fessières à la marche après 300 mètres, aux stations assises prolongées, aux levers – port de charges impossible, fatigabilité musculaire aux activités même légères" ; le médecin exprimait l'avis qu'au vu des difficultés de son patient à rester longtemps assis ou debout et à se déplacer, il était difficile d'envisager la moindre activité ;

Le rapport d'expertise rendu par le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, en date du 24 février 2014, après un examen de l'assuré pratiqué le 5 décembre 2013 ; l'expert indiquait avoir déjà reçu l'assuré en consultation en décembre 2008 et avoir alors diagnostiqué des lombalgies chroniques sur des troubles de la posture pour lesquels il avait prescrit une physiothérapie posturale ; un bilan radiologique très approfondi avait été effectué entre avril et mai 2013 ; au status clinique, l'expert a souligné que l'assuré se déplaçait normalement, montait les escaliers et se déshabillait sans difficulté ; l'expert a confirmé le diagnostic précédemment posé (lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose étagée) et préconisé une rééducation posturale de longue haleine ; il a estimé que si l'assuré ne pouvait plus travailler en tant qu'aide-cuisinier ou plongeur - activités supposant des mouvements répétés du rachis, le port de charges lourdes et des positions statiques prolongées, contre-indiqués en cas de lombalgies chroniques -, il pouvait en revanche, depuis décembre 2008, exercer à plein temps toute profession n'impliquant ni port de charges de plus de 10 kg., ni position debout prolongée, ni travail de nuit, ni mouvements répétés du rachis, ni travail en hauteur, ni horaires irréguliers ; l'expert a réservé son pronostic en expliquant que l'assuré paraissait très passif et semblait se refuser aux activités physiques suggérées ;

-
- un bref certificat complémentaire du Dr B_____ concluant à un syndrome douloureux chronique lié à une pathologie complexe lombo-sacrée et sacro-iliaque et suggérant la mise sur pied d'une expertise.

Saisi d'un recours de l'assuré, la Cour de céans l'a partiellement admis, a annulé la décision du 26 juin 2014 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cf. ATAS/719/2015 du 16 septembre 2015).

La Cour a constaté que les diagnostics retenus par l'expert et le médecin traitant n'étaient pas en tous points identiques, le Dr D_____ ne retenant notamment pas celui de hernie discale L4-L5 gauche. Quant à leurs conclusions relatives à la capacité de travail de l'assuré, elles divergeaient totalement.

La Cour a considéré que le rapport d'expertise rhumatologique méritait d'être complété sur certains points nécessaires à l'appréciation du cas d'espèce :

L'expert n'avait pas eu connaissance de l'intégralité du dossier de l'assuré - l'OAI ne lui ayant pas transmis le dossier constitué par ses soins lors de la demande initiale déposée le 7 juin 2005 -, de sorte qu'il s'était prononcé sur la base d'un dossier incomplet, irrégularité suffisamment grave pour remettre en cause la valeur probante de son rapport, bien que l'expert ne fût pas en cause. Le Dr D_____ n'avait pu ainsi se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis novembre 2006.

L'expert disait avoir examiné l'assuré une première fois en décembre 2008, sans préciser à quel titre, ni quelles avaient alors été ses constatations exactes et les traitements éventuellement prescrits.

L'expert n'avait discuté ni le diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche posé par le Dr B_____, ni ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail de l'assuré.

Enfin, il ne s'était pas non plus exprimé quant à une éventuelle diminution de rendement dans une activité adaptée, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles.

Les rapports et certificats établis par le Dr B_____ étaient quant à eux lacunaires et insuffisamment motivés.

Force était cependant de constater que, tant du point de vue de l'expert que de celui du médecin traitant, la situation de l'assuré avait évolué depuis la décision initiale du 22 novembre 2006, puisqu'une nouvelle atteinte à la santé s'était manifestée sur le plan lombaire, qui induisait de nombreuses limitations fonctionnelles, susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de gain et, par voie de conséquence, sur le degré d'invalidité.

L'OAI était par conséquent invité à transmettre le dossier complet au Dr D_____ et de requérir de ce dernier un complément d'expertise.

3. Conformément aux instructions de la Cour de céans, l'OAI a demandé un complément d'expertise au Dr D_____, lequel a rendu son rapport le 6 mars 2017.

Après avoir énuméré les documents médicaux sur lesquels il basait son expertise, s'être livré à une anamnèse détaillée (personnelle, familiale, médicale, professionnelle et psychosociale), l'expert s'est fait l'écho des plaintes de l'assuré (lombalgies basses irradiant dans les fesses, douleurs évaluées à 8/10, blocages lombaires, difficultés à dormir et raideurs matinales). Selon l'assuré, la situation ne s'était pas améliorée depuis l'expertise de 2013.

L'expert a ensuite décrit ses constatations cliniques. Il a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques sur troubles de la posture (important relâchement de la sangle abdominale), discopathies (dessiccation discale L1-L2 et L4-L5) et discarthrose étagée L3 à S1. Il a également mentionné une obésité, un diabète insulino-dépendant et une cirrhose hépatique.

L'expert a constaté qu'une IRM lombaire pratiquée le 30 septembre 2016 s'était révélée superposable à la précédente, pratiquée en avril 2013 (dessiccation discale L1-L2 et L4-L5 avec déchirure de l'anneau discal fibreux et discopathies circonférentielles, souffrance articulaire de L3 à S1, plus importante en L4-L5).

Il a souligné que les trois examens auxquels il avait personnellement procédé en 2008, 2013 et 2016 étaient semblables, en dehors d'une prise de poids de trois kg : l'assuré était en très mauvaise condition physique, avec un relâchement important de la sangle abdominale, une rétraction importante des ischio-jambiers et une amyotrophie des membres sur une probable sous-utilisation de la musculature.

L'expert a fait remarquer qu'aucune hernie discale n'avait jamais été décrite dans les examens radiologiques pratiqués de 2008 à 2016, contrairement à l'allégation du médecin traitant.

En définitive, l'expert a confirmé les diagnostics posés en 2013 et maintenu son appréciation de la capacité de travail (100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis décembre 2008). Ces limitations n'avaient pas évolué et restaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de position statique debout prolongée, possibilité d'alterner les positions toutes les 45 minutes, pas d'horaires irréguliers, pas de travail de nuit, pas de mouvements répétés du rachis, pas de travail en hauteur, ni de marche sur terrain accidenté ou au-delà d'un périmètre de 500 mètres. A titre d'exemple d'activité, l'expert a cité un travail dans la petite mécanique.

L'expert a souligné une fois de plus l'importance d'une prise en charge active (avec musculation en salle de sport) pour retrouver une masse musculaire au niveau des bras, des jambes et de l'abdomen, le gainage musculaire étant essentiel pour éviter les douleurs articulaires.

Les autres atteintes étaient stables et bien prises en charge par le médecin traitant.

4. Le 18 avril 2017, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

5. Le 12 mai 2017, l'assuré l'a contesté en qualifiant d'incompréhensible la position de l'expert. Il a allégué avoir sollicité une « nouvelle expertise médicale » de son propre chef, dont il a annoncé qu'il produirait les conclusions.

6. Par décision du 18 juillet 2017, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a constaté que si l'intéressé n'était effectivement plus capable d'exercer son activité habituelle, il restait néanmoins exigible de sa part qu'il exerçât une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce, à 100% et depuis le 1^{er} décembre 2008.

Procédant à la comparaison du revenu que l'assuré aurait réalisé en 2008 sans atteinte à sa santé, soit CHF 59'979.- (salaire basé sur les statistiques, l'assuré n'ayant plus travaillé depuis 2003), à celui qu'il aurait pu obtenir malgré elle, après application d'une réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'intéressé, soit CHF 50'982.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008, TA1, niveau 4 [activités simples et répétitives] = CHF 59'979.-), l'OAI est parvenu à un taux de degré d'invalidité de 15%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, l'OAI a constaté qu'une aide au placement ne se justifiait pas, l'assuré n'étant pas limité dans la recherche d'un emploi par son atteinte à sa santé, pas plus qu'une orientation professionnelle, au vu du large éventail d'activités non qualifiées dans les secteurs de la production et des services, dont un nombre significatif pouvait être considéré comme adapté aux limitations de l'assuré.

7. Par écriture du 13 septembre 2017, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

En substance, il conteste les conclusions du Dr D_____, dont il constate qu'elles divergent de celles de son médecin traitant et annonce avoir consulté le docteur E_____, dont il produira un rapport mettant « en évidence les incohérences des conclusions du Dr D_____ ».

8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 octobre 2017, a conclu au rejet du recours en constatant qu'en l'état, le recourant ne faisait valoir aucun élément objectif susceptible d'infirmer les conclusions de l'expert.

9. Par écriture du 17 octobre 2017, l'assuré a produit un document adressé le 6 juin 2017 par le Dr E_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et médecine interne, à son médecin traitant.

De ce bref courrier, il ressort que l'assuré souffre de lombalgies pour lesquelles il a bénéficié d'infiltrations itératives au niveau de la colonne lombaire. Le médecin dit avoir constaté à l'examen un excès pondéral important et une hypomobilité du segment lombaire, ainsi qu'une importante contracture paravertébrale lombaire. Le Dr E_____ conclut à des lombalgies communes dans un contexte de discopathies

étagées et propose une hydrokinésithérapie, assortie d'un traitement médicamenteux.

10. Par écriture du 19 juin 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

Il constate que les médecins ont retenu les mêmes diagnostics : le Dr D_____ a conclu à des lombalgies chroniques sur troubles de la posture, discopathies et discarthrose étagées L3 à S1 sans influence sur la capacité à exercer une activité adaptée, alors que le Dr E_____ a conclu à des lombalgies communes dans un contexte de discopathies étagées, sans se prononcer sur la capacité de travail.

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), 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).

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 respectivement le 1^{er} janvier 2004, 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, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits déterminants à l'appui de la décision litigieuse du 26 juin 2014 sont postérieurs à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI sus-citées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de 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).

4. Le recours répond aux exigences de forme (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.
5. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prester de l'OAI.
6. a. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références).

b. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c. Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-

à-dire en en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force 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.

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 LGPA. 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).

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 108 consid. 2a et b).

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 LGPA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LGPA, 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).

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 ; ATF 105 V 205 consid. 2). 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).

8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 294 consid. 5a). Ainsi, 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 256 consid. 4).

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b ; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; ATF 105 V 156 consid. 1 in fine). Dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, le rôle du médecin consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une modification 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 368 consid. 2).

9. 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.4).

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).

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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

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 des assurances 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. 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il 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).

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 (AF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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 raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Le juge des assurances sociales ne peut 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).
12. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité depuis la décision initiale de novembre 2006.

Cette première décision de refus se fondait sur le rapport de la Dresse C_____, du SMR, concluant à une cirrhose hépatique, à un diabète de type II insulino-requérant, à une HTA traitée et à une hypercholestérolémie anamnétique, atteintes dont elle avait estimé qu'elles n'entraînaient aucune diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant ni déplacements sur sol irrégulier, ni travail en hauteur ou dangereux.

Depuis lors, il n'est pas contesté que l'état de l'assuré a évolué, avec l'apparition d'une nouvelle atteinte au niveau lombaire, dont il convient de déterminer si elle a des répercussions sur la capacité de travail et le degré d'invalidité.

Un expert a été mandaté par l'intimé, qui a rendu un premier rapport, le 24 février 2014, complété à la demande de la Cour de céans le 6 mars 2017.

La Cour de céans observe que l'expertise contient une anamnèse détaillée et tient compte des plaintes du recourant. Elle se fonde sur un examen clinique de l'intéressé, ainsi que sur des documents d'imagerie médicale. L'appréciation du Dr D_____ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles du recourant. L'expert a complété son premier rapport après avoir pris connaissance du dossier de l'assuré dans son intégralité. Il s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 22 novembre 2006, s'est déterminé sur le diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche évoqué par le médecin-traitant et a exclu, de manière argumentée, toute diminution de rendement justifiable d'un point de vue médical sur la capacité de travail dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles. Dès lors, l'expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'ainsi que l'a déjà relevé la Cour de céans dans son arrêt précédent, les rapports et certificats émanant du Dr B_____ se révèlent lacunaires et insuffisamment motivés.

Quant au courrier du Dr F_____ dont le recourant entend tirer argument, force est de constater qu'il confirme les diagnostics de l'expert et ne se prononce aucunement sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé, se fondant sur l'expertise, a retenu une pleine capacité à exercer une activité adaptée depuis 2008.

Quant au calcul du degré d'invalidité - au demeurant non contesté en tant que tel - il n'apparaît pas critiquable.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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