

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4085/2015

ATAS/678/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 août 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, représenté par DAS
Protection Juridique SA

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, a travaillé en qualité d'indépendant dans le secteur du nettoyage et exploité une entreprise individuelle à partir de 1995, puis une société à responsabilité limitée, B_____ Sàrl (ci-après : la société), laquelle a été inscrite au registre du commerce du canton de Genève le 3 juillet 2008.
2. L'assuré a séjourné au Service de chirurgie cardio-vasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 6 au 27 novembre 2008 et bénéficié d'un quadruple pontage aorto-coronarien le 17 novembre 2008, sans complication. Dans son rapport du 4 décembre 2008, le professeur C_____, médecin chef de service, a retenu le diagnostic principal de maladie coronarienne de trois vaisseaux et le diagnostic secondaire de thrombopénie. Il a également mentionné, à titre de comorbidités, une obésité, une dyslipidémie, une haute tension artérielle et une insuffisance artérielle des membres inférieurs de stade II, et à titre d'antécédent chirurgical, une cure de hernie ombilicale.
3. Le 27 avril 2010, l'assuré s'est présenté au Service des urgences des HUG suite à l'apparition brutale d'une sensation de malaise inaugural avec une faiblesse, une sensation vertigineuse, des sueurs froides et une hypoacousie présente depuis quelques jours. Selon le résumé de séjour établi le jour même, ont été diagnostiqués un accident ischémique cérébral transitoire du vermis cérébelleux et des vertiges d'origine périphérique. Plusieurs investigations ont été pratiquées, dont un électrocardiogramme qui n'a pas mis en exergue de signes d'ischémie aiguë, une consultation d'oto-rhino-laryngologie (ci-après ORL) sans argument pour une atteinte périphérique, un doppler carotido-vertébral ayant révélé une possible petite sténose de l'aorte vertébrale gauche et une athéromatose des deux carotides, un scanner cérébral montrant une calcification de l'artère vertébrale gauche et une hypodensité sous corticale frontale gauche, ainsi qu'une imagerie par résonance magnétique qui n'a pas mis en exergue de signes d'accident vasculaire cérébral (ci-après AVC).
4. En date du 30 juin 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie, a écarté une progression critique de la maladie coronarienne suite à la réalisation du test d'effort annuel par l'assuré.
5. Dans un rapport du 20 août 2010, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'examen neurologique était normal, y compris les épreuves vestibulo-cérébelleuses fines.
6. Dans un rapport du 6 octobre 2010, le docteur F_____, spécialiste FMH en ORL, n'a pas observé d'argument en faveur d'une atteinte vestibulaire périphérique. Les deux anomalies constatées, peu importantes, consistaient en un gain diminué lors de la stimulation opto-cinétique à vitesse variable et une prédominance nystagmique.
7. Le 5 novembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI),

mentionnant être en incapacité de travail depuis le 27 avril 2010 suite à une opération du cœur (quatre pontages) avec un AVC après l'opération.

8. Dans un rapport du 15 novembre 2010, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a mentionné les diagnostics de probable accident ischémique transitoire du vermis cérébelleux en avril 2010 et de maladie coronarienne avec un quadruple pontage en 2008, et attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 27 avril 2010. L'assuré, qu'il suivait depuis 1998, présentait des vertiges non spécifiques et une asthénie. Il ne pouvait plus effectuer le métier de nettoyeur, mais une activité non physique pouvait être envisagée à temps complet. Étaient contre-indiquées les activités en position uniquement assise ou debout, celles exercées principalement en marchant, celles impliquant le soulèvement ou le port de charges de plus de 5 kg, la montée d'escaliers ou d'échafaudages. La capacité de concentration était légèrement diminuée et celle de résistance limitée. Le médecin-traitant a indiqué que son patient pouvait, par exemple, travailler dans un bureau et gérer son entreprise.
9. Par rapport du 22 novembre 2010, la doctoresse H_____, médecin praticien, a fait état d'un épanchement péricardique post quadruple pontage, d'une cicatrice vicieuse sternale, de troubles vasculaires des membres inférieurs avec un boitement, de rhumatisme poly-articulaire aigu, de cholestérolémie, de hernie ombilicale, d'asthme bronchique, de syndrome d'apnée du sommeil, d'allergie aux substances de nettoyage, d'AVC en avril 2010 avec une migraine et des vertiges, de lombalgie chronique, de scoliose lombaire, d'artériopathie fémorale gauche, de cirrhose hépatique, de tension artérielle élevée, de pan sinusite chronique et de dépression nerveuse. Toutes les positions et le port de charge étaient contre-indiqués. En outre, les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance de l'assuré étaient limitées par une dépression nerveuse, un manque de concentration, d'attention et de mémoire, ainsi que la fatigue.
10. Par rapport du 10 janvier 2011, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré était asymptomatique au repos, qu'il ne présentait pas d'insuffisance cardiaque, mais devait éviter les efforts isométriques. Sa capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle de nettoyeur et de 100% dans un travail sans efforts isométriques.
11. Par communication du 6 mai 2011, l'OAI a écrit à l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé.
12. L'assureur perte de gain de l'assuré a mandaté la Clinique Corela afin de réaliser une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux docteurs I_____, spécialiste FMH en cardiologie, et J_____, spécialiste FMH en neurologie.

Dans leur rapport du 13 avril 2011, les experts ont retenu, à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, des vertiges trainants post-accident ischémique transitoire, un status post-cure chirurgicale de maladie coronarienne et un status post-accident ischémique transitoire.

Sur le plan neurologique, l'examen ne mettait en évidence aucune plainte au repos et en position assise. En revanche, lorsque l'assuré penchait le buste ou la tête en avant, il ressentait un vertige légèrement rotatoire et l'apparition d'une céphalée modeste, laquelle durait entre 30 et 60 minutes, sans nausée. En outre, il souffrait d'acroparesthésies essentiellement matinales et intermittentes dans les deux mains. L'état actuel pouvait éventuellement rester stationnaire avec des périodes d'accalmie et d'aggravation, mais il était peu probable que la symptomatologie de vertige rotatoire intermittent persiste. L'assuré n'était pas limité dans sa capacité de travail, en dehors des crises vertigineuses, mais devait par prudence avoir une vie adaptée à ses pathologies médicales et ne rien effectuer de manière excessive. Les limitations retenues, à titre préventif uniquement, concernaient les stations debout et assise prolongées, l'alternance trop fréquente des positions assis-debout, la marche prolongée au-delà de 350 mètres, la position en porte-à-faux cervical, le port de charges de plus de 5 kg, l'exposition au froid, ainsi que les déplacements en hauteur. L'expert a conclu que l'assuré pouvait continuer à travailler dans sa propre entreprise à 100%.

Au niveau cardiologique, l'assuré ne présentait plus d'angor résiduel, de dyspnée significative, de douleurs rétrosternales résiduelles, seule une claudication persistait en raison de douleurs des mollets. L'expert n'a relevé aucun signe d'insuffisance cardiaque et a observé une surcharge pondérale et la présence d'un foetor éthylique. L'électrocardiogramme réalisé le jour de l'examen révélait un rythme sinusal régulier et l'échocardiogramme mettait en évidence une discrète dilatation de l'oreillette gauche. La fonction ventriculaire gauche était tout à fait normale, sans séquelles d'infarctus. L'assuré était surtout gêné par la claudication à 350 mètres, pour laquelle il avait précédemment refusé un pontage, mais se déclarait dorénavant prêt à se faire opérer. Après une cure, la claudication devrait normalement disparaître. Le traitement actuel était adéquat et il n'existait aucune contre-indication cardiologique à reprendre de suite le travail d'indépendant à la tête de son entreprise de nettoyage à 100%, sans diminution de rendement.

En conclusion, les experts n'avaient pas d'arguments médicaux pour retenir des limitations précises dans l'activité habituelle, d'autant plus que l'assuré avait des employés pouvant effectuer certains travaux lourds à sa place. Tout au plus, au regard de ses pathologies, de son obésité morbide et de son âge, il devait, par précaution, adapter son quotidien et se ménager. La capacité de travail était donc complète dans son ancienne activité, avec un plein rendement, dès le 9 février 2011, jour de leur examen.

13. Le 3 août 2011, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a conclu à une pleine capacité de travail depuis février 2011 au moins, conformément aux conclusions du rapport d'expertise du 13 avril 2011.
14. Par décision du 26 septembre 2011, l'OAI a refusé l'octroi de toutes prestations à l'assuré, au motif que sa capacité de travail était préservée et qu'une reprise de son

travail aurait été possible à plein temps et avec un rendement complet dès le mois de février 2011.

15. En date du 2 mai 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison d'une atteinte à la santé existant depuis septembre 2013.
16. Le 5 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait sa demande de prestations comme une nouvelle demande et l'a invité à lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la décision définitive.
17. Le 19 mai 2014, l'assuré a notamment précisé à l'OAI qu'il était en incapacité totale de travail depuis le 21 septembre 2013 et suivi, depuis octobre 2013, par le docteur K_____, spécialiste FMH en gastroentérologie.

Il a communiqué à l'OAI des rapports rédigés en portugais par un Hôpital de Porto en septembre et octobre 2013.

18. Le 25 juillet 2014, le SMR a estimé qu'une aggravation de l'état de santé était plausible, dès lors que l'assuré présentait une cirrhose avec des varices œsophagiennes.
19. Dans son rapport du 20 août 2014, le Dr D_____ a indiqué ne pas avoir revu l'assuré depuis juin 2013 et ne pas être en mesure de se prononcer sur sa capacité de travail.
20. Par rapport du 25 août 2014, le Dr G_____ a diagnostiqué une cirrhose éthylique avec des varices œsophagiennes depuis octobre 2013, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a également rappelé le quadruple pontage de novembre 2008 et signalé une insuffisance artérielle des membres inférieurs depuis 2008, lesquels n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail de l'assuré. Ce dernier présentait un état de fatigue important et une faiblesse musculaire. L'incapacité de travail était entière dans l'activité de nettoyeur, mais l'assuré était apte à accomplir un travail de bureau. Une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail était attendue avec une abstention de la consommation d'alcool et un suivi médical. Les capacités de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, mais la fatigue diminuait la résistance de l'assuré, dont le manque de volonté limitait la capacité d'adaptation. Selon lui, une expertise médicale était nécessaire.

Le Dr G_____ a notamment communiqué à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport de gastroscopie du 4 décembre 2013 établi par le Dr K_____ : il en ressort que l'assuré avait présenté une hémorragie digestive sur des varices œsophagiennes et sous-cardiales au Portugal en octobre 2013, traitées par ligatures élastiques et injection d'histacryl dans le contexte d'une probable cirrhose d'origine alcoolique ; l'endoscopie de contrôle avait mis en évidence des varices de grade 2 résiduelles, traitées par six nouvelles ligatures élastiques, et une varice sous-cardiale qui paraissait alors oblitérée ;

- un rapport de gastroscopie du 23 janvier 2014 du Dr K_____, lequel a conclu qu'il ne subsistait qu'un cordon de varice de grade 2 qui était ligaturée, que la varice cardiaque était toujours oblitérée sans signe de saignement récent, qu'il existait de multiples ulcérations antrales saignant au contact et expliquant vraisemblablement l'état ferriprive actuel ;
 - un rapport de gastroscopie du 25 juin 2014 du Dr K_____, aux termes duquel il ne subsistait qu'un cordon de varice de grade 2 qui était ligaturée, la varice cardiaque était toujours oblitérée sans signe de saignement récent et il existait des érosions antrales superficielles.
21. Le 30 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient en l'état pas indiquées.
 22. En date du 1^{er} décembre 2014, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets pour les membres inférieurs, de gastroentérologie, de neuropsychologie et de psychiatrie, compte tenu de la cirrhose alcoolique.
 23. Par avis du 15 janvier 2015, le docteur L_____, médecin auprès du SMR, a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'effectuer une telle expertise. Il a rappelé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis l'expertise de 2011 et que le Dr G_____ estimait que son patient pouvait exercer une activité de bureau.
 24. L'OAI a mis en œuvre une enquête pour activité professionnelle indépendante. Selon le rapport y relatif du 19 mai 2015, la société était détenue à parts égales par l'assuré et son épouse. Au début, le couple effectuait ensemble les tâches de nettoyage, mais l'assuré gérait seul la partie administrative et organisationnelle, ainsi que les relations publiques. La société était domiciliée à l'adresse privée du couple et ne possédait pas de grosses machines de nettoyage. En 2008, durant l'arrêt de travail de l'assuré, son épouse s'était chargée de la partie organisationnelle. Par la suite, l'assuré avait pu adapter son poste et s'était consacré uniquement à la partie administrative, ses employés ayant repris certains travaux lourds. Il avait présenté une nouvelle incapacité de travail d'avril 2010 à février 2011, puis avait adapté son poste en engageant notamment du personnel supplémentaire pour le remplacer dans certaines tâches. Son épouse, qui souffrait de lombalgies depuis 2009, avait réduit son temps de travail en 2011 à cause de ses problèmes de santé et était en arrêt de travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2012. En septembre 2013, l'assuré avait présenté une nouvelle atteinte à la santé, ce qui avait conduit à l'arrêt total de toute activité professionnelle et à la liquidation de la société, dissoute le 14 janvier 2014. Le couple pensait percevoir des indemnités chômage lors de la dissolution de la société, ce qui n'avait pas été le cas. Il avait vécu sur ses économies qui semblaient avoir totalement fondu, et ses enfants assumaient financièrement sa charge. L'enquêtrice a relevé la situation particulière de l'épouse de l'assuré, associée dans l'entreprise, et remarqué que les époux avaient des atteintes à la santé importantes qui les avaient contraints à cesser leur

activité professionnelle et dissoudre leur entreprise. L'enquêtrice a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assuré, en application de la méthode ordinaire. Elle a fixé le revenu moyen sans invalidité en se basant sur la comptabilité et les extraits de compte individuel de 2009, soit avant que l'assuré présente de nombreuses incapacités de travail de courtes durées. Ce montant était de CHF 120'000.- et correspondait au salaire annuel déclaré pour les années 2009 à 2012. Elle y a ajouté la moitié du résultat de l'entreprise pour 2009, soit CHF 209.-, de sorte que le revenu hypothétique sans invalidité s'élevait à CHF 120'209.- pour 2013. Étant donné que l'assuré avait cessé son activité habituelle de nettoyeur et chef d'entreprise, activité qui n'était plus exigible selon le SMR, il y avait lieu d'admettre un préjudice économique total dans l'activité indépendante, à l'échéance du délai de carence. En cas d'exigibilité dans une activité adaptée, le montant de CHF 120'209.- devrait être pris en considération. L'enquêtrice a conclu qu'une reconversion professionnelle lui apparaissait inutile car l'assuré déclarait que sa maladie était chronique, sans espoir de guérison, et qu'il ne pouvait travailler dans aucune activité.

25. Par décision du 22 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 21 juillet 2015 et octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2014, à savoir après l'écoulement d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. L'OAI a en effet considéré que l'assuré était en incapacité totale de travailler dans son activité habituelle d'agent de nettoyage indépendant, dès le début du délai d'attente fixé au 1^{er} septembre 2013, mais que sa capacité de travail demeurait entière depuis février 2011 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Conformément à l'enquête économique, le revenu d'indépendant s'élevait à CHF 120'209.- pour l'année 2013. Compte tenu du salaire avec invalidité arrêté à CHF 59'088.- (revenu de CHF 65'654.- selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après ESS] 2012, TA1, niveau 1, actualisé à 2013, revenu réduit de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles), la perte de gain se montait à CHF 61'121.-, de sorte que le degré d'invalidité était fixé à 51%. Enfin, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, faute d'être de nature à diminuer le dommage.
26. En date du 23 novembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire d'un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2013, ainsi qu'à toutes les prestations auxquelles il avait droit. En substance, il a fait valoir qu'il aurait dû percevoir une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013, date depuis laquelle il subissait une perte économique en raison de son incapacité de travail, ses troubles étant en lien de causalité avec la demande déposée en mai 2010.

À l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit les documents suivants :

- un rapport du Dr G_____ du 18 novembre 2015 énumérant les médicaments pris par son patient et mentionnant les diagnostics précédemment posés, ainsi

que celui d'anémie importante avec une carence en fer sur une spoliation digestive ; le recourant consultait son médecin-traitant toutes les trois à quatre semaines ; il ne pouvait plus travailler en tant qu'agent de nettoyage, ni dans aucune autre activité, en raison d'une fatigue très importante, d'une faiblesse musculaire, de démangeaisons importantes et de rectorragies occasionnelles ; la pathologie hépatique qui motivait la nouvelle demande était apparue après le rapport d'expertise du 13 avril 2011 ;

- un rapport du Dr K_____ du 23 novembre 2015 aux termes duquel le recourant faisait l'objet d'un bilan biologique et d'une échographie abdominale tous les six mois pour le dépistage de l'hépatocarcinome ; il souffrait d'une encéphalopathie hépatique modérée sous forme d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration en raison de l'hypertension portale ; il allait bien hormis une asthénie, un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration ; il lui était difficile de pratiquer une profession très physique comme celle d'agent de nettoyage, mais le médecin pensait que le recourant pourrait pratiquer une activité moins éprouvante, ajoutant « travail de bureau ? ».

27. Dans sa réponse du 22 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Après avoir rappelé que sa décision du 26 septembre 2011 était entrée en force, il a relevé que le recourant souffrait d'une nouvelle atteinte à la santé, soit une cirrhose alcoolique avec des varices œsophagiennes, de sorte qu'un éventuel droit à des prestations ne pouvait débuter qu'après l'écoulement d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} novembre 2014. Le recourant n'avait montré aucune motivation pour des mesures de réadaptation, de sorte que c'était à juste titre que l'intimé avait procédé à la comparaison des gains afin de déterminer le taux d'invalidité.

L'intimé a produit un nouvel avis du Dr L_____, daté du 11 décembre 2015, qui estimait que les pièces produites à l'appui du recours ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.

28. En date du 2 février 2016, le recourant a maintenu que ses problèmes de santé existaient déjà lors du dépôt de sa première demande et que les investigations médicales réalisées dans le cadre de la demande initiale étaient incomplètes. Selon lui, l'intimé aurait dû rendre une décision de reconsidération.

Il a transmis à la chambre de céans plusieurs rapports du K_____ relatifs à des échographies abdominales, coloscopie, endoscopie et gastroscopie en 2015, ainsi que trois rapports de la Clinique de la Colline, dont un du 23 janvier 2016 mentionnant le diagnostic d'encéphalopathie hépatique et signalant, à titre d'antécédents personnels, une cirrhose depuis 10 ans.

29. Copies de cette missive et des pièces ont été adressées à l'intimé le 4 février 2016.

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).

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 litigieuse du 22 octobre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours, adressé par pli postal le 23 novembre 2015 contre la décision attaquée, est recevable (art. 56ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

-
5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité, étant rappelé que l'intimé lui a nié le droit à une rente, par décision du 26 septembre 2011 entrée en force.
 6. En vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), 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 ; ATF 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.

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

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

À teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence

suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

10. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1^{er} septembre 2011 consid. 3.1).

b. Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement les deux revenus en cause, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour personnes sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation de l'invalidité). La différence fondamentale entre la procédure extraordinaire d'évaluation et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités ; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés,

doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1^{er} septembre 2011 consid. 3.2).

c. Chez une personne de condition indépendante, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs - étrangers à l'invalidité - et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_44/2011 du 1^{er} septembre 2011 consid. 3.3 et les références).

11. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail.

Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Au moment d'examiner les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée une fois pour toutes. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de

réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant déraisonnables ou abusives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_540/2011 du 15 mars 2012 consid. 3.2 et 22 et les références).

Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

12. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 LPG) 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).

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).

13. 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).

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit 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. Il 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles 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'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
15. Enfin, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
16. En l'espèce, il y a lieu de relever au préalable que si le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir rendu « une décision de reconsidération au regard des nouveaux éléments médicaux », il n'a pas fait valoir, dans le cadre de sa seconde demande de prestation, que la décision de 2011 serait manifestement erronée ou que des faits nouveaux importants seraient apparus, qui n'avaient pas pu être documentés en 2011.

Au contraire, il a indiqué dans le formulaire du 2 mai 2014 que son atteinte à la santé existait depuis le mois de septembre 2013, comme le confirme par ailleurs le rapport du Dr G_____ du 25 août 2014. Il conteste donc en réalité la nouvelle évaluation de son degré d'invalidité, réfutant en substance disposer d'une quelconque capacité de travail.

Le litige se place ainsi dans le contexte d'une révision au sens de l'art. 87 RAI, respectivement de l'art. 17 LPGA, et non d'une révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA.

17. a. Par une première décision du 26 septembre 2011 entrée en force, l'intimé a nié au recourant le droit à une rente d'invalidité, considérant que sa capacité de travail était entière dans son activité habituelle, sans diminution de rendement, depuis le 9 février 2011.

Il s'était alors fondé sur le rapport du 13 avril 2011 de la Clinique Corela, dont les experts avaient retenu les diagnostics de vertiges trainants post-accident ischémique transitoire, de status post-cure chirurgicale de maladie coronarienne et de status post-accident ischémique transitoire, atteintes n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail du recourant. Des limitations fonctionnelles n'avaient été admises que par principe de précaution.

- b. Le recourant a déposé une nouvelle demande le 2 mai 2014 et produit un rapport du Dr G_____ du 25 août 2014 attestant que sa capacité de travail était nulle depuis le 22 septembre 2013 dans l'activité de nettoyeur en raison d'une cirrhose éthylique avec des varices œsophagiennes. Selon le médecin-traitant, le recourant présentait un état de fatigue important et une faiblesse musculaire, mais il pouvait effectuer un travail de bureau.

L'intimé est entré en matière et a requis l'avis de son SMR. Dans un premier rapport, celui-ci a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer notamment si les séquelles de l'alcoolisme étaient réversibles et incapacitantes (avis de la Dresse M_____ du 1^{er} décembre 2014), avant d'estimer qu'un tel examen n'était pas nécessaire puisque le médecin-traitant était d'avis que le recourant pouvait exercer une activité de bureau, de sorte que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis l'expertise de 2011 (avis du Dr L_____ du 15 janvier 2015). L'intimé a également mis en œuvre une enquête économique aux termes de laquelle le revenu sans invalidité a été fixé à CHF 120'209.-.

Sur la base des documents susmentionnés, l'intimé a rendu sa décision du 22 octobre 2015, par laquelle il a reconnu une aggravation de l'état de santé du recourant et considéré que ce dernier ne pouvait plus exercer l'activité d'agent de nettoyage indépendant, mais que sa capacité de travail était entière depuis février 2011 dans un métier adapté à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 120'209.- selon le rapport d'enquête) et avec invalidité (CHF 59'088.- en application de l'ESS 2012), le degré d'invalidité s'élevait à 51%, de sorte que le recourant avait droit à une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2014.

18. Les investigations menées par l'intimé sont manifestement incomplètes.
19. a. S'agissant de l'état de santé du recourant, l'intimé ne pouvait pas se contenter des rapports du Dr G_____ du 25 août 2014 et du Dr K_____ des 4 décembre 2013, 23 janvier et 25 juin 2014.

En effet, étant donné que ces documents font état d'une cirrhose éthylique et que le médecin-traitant a indiqué qu'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de travail était attendue avec une abstinence de la consommation d'alcool et un suivi médical (rapport du 25 août 2014), l'intimé aurait dû instruire sur la consommation éthylique du recourant et déterminer si ce dernier présentait un syndrome de dépendance. Cas échéant, il aurait dû procéder à une appréciation globale incluant les causes et les conséquences d'une telle dépendance, examiner le rôle joué par chaque atteinte à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux cette capacité pouvait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Il appartenait donc à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si le recourant souffrait d'un alcoolisme ayant des répercussions sur sa capacité de travail et s'il bénéficiait d'un suivi adéquat, comme le préconisait au demeurant la Dresse M_____ (avis du 1^{er} décembre 2014).

C'est également le lieu de souligner que lors de sa première décision du 26 septembre 2011, l'intimé n'avait pas non plus instruit cette question, quand bien même la Dresse H_____ avait signalé une cirrhose hépatique et une dépression nerveuse (rapport du 22 novembre 2010), et les experts de la Clinique Corela observé la présence d'un foetor éthylique (rapport du 13 avril 2011). Cela étant, le bien-fondé de la décision initiale ne saurait être remis en cause, compte tenu du fait que le recourant a effectivement été en mesure d'aménager son poste de travail et qu'il a continué à gérer son entreprise jusqu'à la survenance d'une incapacité de travail suite à une hémorragie digestive sur des varices œsophagiennes à l'automne 2013.

b. En outre, en ce qui concerne la capacité de travail, le Dr G_____ a conclu que son patient ne pouvait plus exercer l'activité de nettoyeur, mais était apte à accomplir un travail de bureau, sans préciser en quoi consistait exactement l'activité du recourant (rapport du 25 août 2014).

Quant aux médecins du SMR, ils se sont référés à l'appréciation du Dr G_____ et ont retenu une incapacité totale de travail dans le métier de nettoyeur (avis de la Dresse M_____ du 1^{er} décembre 2014) et une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tel un travail de bureau (avis de la Dresse M_____ du 1^{er} décembre 2014 et du Dr L_____ du 15 janvier 2015). Ces médecins ne se sont toutefois pas non plus expressément prononcés sur la capacité de travail du recourant dans la dernière activité exercée.

Partant, ces pièces médicales ne permettent pas d'évaluer la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle.

c. Dans ces conditions, le rapport d'enquête économique est basé sur des prémisses erronées puisque l'enquêtrice a considéré que l'activité habituelle de nettoyeur et de chef d'entreprise n'était plus exigible selon le SMR. Il est toutefois rappelé qu'il n'était pas contesté que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle dans une activité de bureau et l'enquêtrice a relevé que le recourant avait

engagé du personnel pour effectuer à sa place les travaux de nettoyage et qu'il s'adonnait uniquement à la gestion de sa société. Elle aurait donc dû définir précisément les différentes tâches que le recourant accomplissait lors de la survenance de son atteinte à la santé en septembre 2013, ainsi que les champs de pondération y relatifs. Faute d'avoir examiné quel était l'empêchement provoqué par la maladie sur les diverses activités exercées et d'avoir apprécié les effets de cet empêchement sur la capacité de gain, le rapport d'enquête n'est pas probant.

La chambre de céans relèvera en outre que l'enquêtrice a mentionné que la nouvelle atteinte à la santé présentée par le recourant avait conduit à l'arrêt total des activités et à la dissolution de la société le 14 janvier 2014, tout en remarquant que l'état de santé du recourant, mais également celui de son épouse qui avait dû réduire son temps de travail en 2011 et interrompre toute activité dès le 1^{er} janvier 2012, avaient contraint le couple à cesser l'activité professionnelle. Ainsi, les raisons à l'origine de la dissolution de la société sont équivoques et ne permettent pas d'apprécier dans quelle mesure celle-ci a été influencée par l'incapacité de travail du recourant.

d. Eu égard à tout ce qui précède, force est de conclure que les documents dont disposait l'intimé ne permettaient pas et ne permettent pas de se déterminer sur le degré d'invalidité du recourant.

20. Les documents produits postérieurement à la décision entreprise ne permettent pas de pallier au manque d'investigations. En particulier, les rapports du Dr G_____ du 18 novembre 2015 et du Dr K_____ du 23 novembre 2015 ne sont pas pertinents pour se déterminer sur l'existence d'un alcoolisme jouant un rôle dans l'assurance-invalidité et ne contiennent aucune indication quant à l'activité que le recourant exerçait avant la survenance de son incapacité de travail en septembre 2013.

21. La cause sera donc renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Compte tenu des diagnostics d'encéphalopathie hépatique (cf. rapports du Dr K_____ du 23 novembre 2015 et de la Clinique de la Colline du 23 janvier 2016), de cirrhose, d'anémie et des atteintes cardio-vasculaires, l'expertise devra comporter des volets de gastroentérologie, psychiatrie, neurologie et cardiologie. Les experts devront en particulier se prononcer sur l'ensemble des atteintes à la santé et déterminer, au terme d'un consilium, les conséquences des différents troubles du recourant sur sa capacité de travail dans son activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée.

Si, à l'issue des nouvelles investigations médicales, il s'avère que le recourant présente une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail, l'intimé devra procéder à une nouvelle enquête économique afin de déterminer l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain.

22. Par conséquent, le recours sera partiellement admis, la décision du 22 octobre 2015 annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Vu l'admission partielle du recours, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée au recourant, représenté par un mandataire professionnellement qualifié, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

* * * * *

**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 22 octobre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'000.- au 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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