

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2654/2014

ATAS/719/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 septembre 2015

4^{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 : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959 au Portugal, a travaillé en Suisse dès 1985, dans la restauration. Il a été employé par la société B_____ SA 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.
2. En date du 14 février 2013, l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) a réceptionné une demande de prestations déposée par l'assuré, visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en raison d'une pathologie lombaire et radiculaire, ainsi que d'un diabète.
3. Dans son rapport adressé à l'OAI, le 8 avril 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une arthrose lombaire pluri-étagée avec hernie-discale L4-L5 gauche depuis octobre 2011, affection entraînant une incapacité de travail totale. En revanche, la cirrhose hépatique et le diabète insulino-requérant n'avaient pas d'impact sur la capacité de travail. Le patient présentait des difficultés à se mouvoir et à rester dans la même position du corps pendant longtemps. Il subissait d'ailleurs plusieurs traitements sous forme d'infiltration articulaire L4/L5 et l5/S1 et d'ozonothérapie répétitive des disques afin d'apaiser ses douleurs et sa fatigue musculaires (huit séances d'infiltrations épidurales ou articulaires postérieures de 2012 à 2013). Le patient présentait des limitations fonctionnelles dans toutes les activités, y compris la résistance, selon le rapport relatif aux limitations fonctionnelles annexé. Il ressortait du dernier rapport du docteur D_____, radiologue, spécialiste FMH, établi le 10 avril 2013 et annexé au rapport médical du Dr C_____, que le patient présentait une dégradation de son état ; il souffrait d'une discopathie L4-L5, ainsi que d'un syndrome facettaire L5-S1 bilatéral. L'amélioration de l'état du patient suite aux traitements anti-inflammatoires avait été de courte durée. Des interventions chirurgicales avec des chances importantes de succès représentaient ainsi une alternative adéquate.
4. Par avis médical du 29 avril 2013, le docteur E_____, du SMR, a relevé que le Dr C_____, dans son rapport sommaire du 8 avril 2013, attestait d'une incapacité de travail totale de l'assuré en raison de son arthrose lombaire avec hernie discale L4-L5, sans toutefois préciser pour quelle activité. Il était ainsi nécessaire d'obtenir du Dr C_____ la description des limitations fonctionnelles de l'assuré et la confirmation d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci.
5. Interpellé par l'OAI, le Dr C_____ a décrit, par courrier daté du 4 juillet 2013, les limitations fonctionnelles de l'assuré 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". Au vu des difficultés à rester longtemps en position assise ou debout, de la limitation des mouvements et du périmètre de marche, il était difficile d'envisager que l'assuré pût exercer une quelconque activité. Le Dr C_____ a également relevé qu'aucune amélioration de l'état de santé du patient, présentant une situation

lombosacrée compliquée d'une atteinte sacro-iliaque à prédominance droite, n'avait eu lieu après une année de traitement par radiologie interventionnelle.

6. Dans son avis du 27 août 2013, le Dr E_____ a exposé que le Dr C_____ n'avait donné aucune raison médicale objective permettant de justifier l'incapacité de travail totale de l'assuré. Afin d'évaluer au mieux la capacité de travail dans une activité adaptée, le médecin SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique auprès du docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, à Genève.
7. Mandaté par l'OAI, le Dr F_____ a examiné l'assuré en date du 5 décembre 2013.

Dans rapport d'expertise du 24 février 2014, l'expert relève qu'il avait déjà vu l'assuré en consultation en décembre 2008 et qu'il avait diagnostiqué alors des lombalgies chroniques sur des troubles de la posture pour lesquels il lui avait prescrit une physiothérapie posturale. Un bilan radiologique très approfondi avait été effectué entre avril et mai 2013.

Au status clinique, le Dr F_____ a relevé que l'assuré se déplaçait normalement, pouvait monter les escaliers et se déshabiller sans difficulté. Son indice de masse corporelle était de 30,5 et l'assuré déclarait avoir perdu 7 cm de hauteur. Son foie était à deux doigts du rebord costal, percuté sur 10 cm. Sur le plan ostéo-articulaire, il a noté, s'agissant du rachis dorsal et lombaire, une distance doigts-sol de 30 cm sur rétractation des ischio-jambiers et un important relâchement de la sangle abdominale ainsi qu'une amyotrophie au niveau des membres inférieurs et supérieurs.

L'expert a retenu, au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose étagée (M54.5), présentes depuis 2008, qui se seraient aggravées en 2012. L'assuré avait étonnamment bénéficié d'un traitement lourd par huit séances d'infiltrations périurales et au niveau des articulaires postérieurs qui n'avait pas soulagé ses douleurs. Un travail de rééducation posturale devait désormais être entrepris sur une longue période et l'assuré devait s'adonner à une activité physique quotidienne (par exemple natation ou marche nordique).

Le Dr F_____ a également mentionné, au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un diabète insulino-requérant et une cirrhose hépatique depuis 2005 ainsi qu'une obésité. L'assuré avait arrêté de travailler en 2004, en raison d'un alcoolisme chronique grave qui lui avait provoqué la cirrhose hépatique et le diabète insulino-requérant, mais il était actuellement complètement abstinent et son diabète était bien compensé par un traitement adéquat.

L'expert a conclu que l'assuré ne pouvait plus travailler en tant qu'aide-cuisinier ou plongeur depuis décembre 2008, date de sa première consultation. Ces activités supposaient des mouvements répétés du rachis, le port de charges lourdes et des positions statiques prolongées, contre-indiqués en cas de lombalgies chroniques. Depuis décembre 2008, la capacité de travail était cependant entière dans toutes les

activités ne requérant pas le port de charges de plus de 10 kilos, de demeurer en position debout statique prolongée, de travailler de nuit, d'effectuer mouvements répétés avec le rachis, de monter sur un échafaudage ou une échelle, de marcher sur plus de 500 mètres. L'assuré devait avoir la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes et des horaires réguliers lui permettant de prendre ses repas à heures fixes.

Selon l'expert, le pronostic était réservé. L'assuré lui semblait très passif, ne se donnait pas la peine de faire des activités physiques et subissait des traitements qui étaient purement passifs. De plus, il n'avait pas travaillé depuis dix ans et dépendait entièrement de l'aide sociale depuis 2006. Il n'avait aucune formation professionnelle et les limitations fonctionnelles contre-indiquaient tous les métiers à disposition des personnes sans formation. Une prise en charge par l'AI dans un atelier protégé pour tester son rendement et le type de travail possible était envisageable.

8. Dans son rapport du 25 mars 2014, le SMR a jugé l'expertise médicale du Dr F_____ convaincante, prenant en compte toutes les plaintes de l'assuré, s'appuyant sur un examen clinique approfondi et complété par une étude complète du dossier. L'appréciation de la situation médicale et les conclusions étaient claires, motivées et cohérentes. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'en écarter.
9. Afin de déterminer le degré d'invalidité, l'OAI a procédé à la comparaison des gains de l'assuré pour l'année 2008. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 59'979.- et un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 50'982.-. Étant donné que l'assuré ne travaillait plus depuis 2003, l'OAI s'est référé, tant en ce qui concerne le revenu sans invalidité que celui avec invalidité, aux tables statistiques ressortant de l'Enquête Suisse sur la Structure des Salaires (ci-après : ESS), éditée par l'Office fédéral de la statistique, tableau TA1, tous secteurs confondus (total), niveau 4 (activités simples et répétitives) pour un homme, pour 41,6 heures de travail hebdomadaire. Il a été tenu compte d'un abattement de 15% dû à aux limitations fonctionnelles et à l'âge de l'assuré. La perte de gain s'élevait ainsi à CHF 8'997.-, déterminant un degré d'invalidité de 15%.
10. Le 16 mai 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision par lequel il envisageait de rejeter sa demande de mesures professionnelles et/ou de rente d'invalidité. Les documents médicaux versés au dossier avaient été soumis au SMR, lequel avait confirmé une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'aide-cuisinier ou de plongeur. En revanche, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 100%, depuis le 1^{er} décembre 2008. Sa perte de gain de 15%, respectivement son degré d'invalidité du même pourcentage, ne lui ouvraient pas droit à la rente, ni au reclassement. De même, l'assuré ne pouvait pas bénéficier des services d'orientation professionnelle de l'AI, dans la mesure où les secteurs de la production et des services recouvraient de nombreuses et diverses activités non qualifiées adaptées à ses empêchements, ni

d'une aide au placement, puisque son atteinte à la santé ne le limitait pas dans sa recherche d'emploi.

11. Par courrier du 13 juin 2014, l'assuré a contesté ce projet.
12. Le 23 juin 2014, l'OAI a reçu un certificat médical complémentaire, établi par le Dr C_____, attestant que l'assuré présentait un syndrome douloureux chronique lié à une pathologie complexe lombo-sacrée et sacro-iliaque ayant nécessité de nombreuses interventions neuro-radiologiques. À cet égard, il aurait été souhaitable qu'il fasse l'objet d'une expertise par un médecin de l'assurance invalidité.
13. Par décision du 26 juin 2014, l'OAI a confirmé son refus d'octroi de mesures professionnelles et/ou de rente d'invalidité. Son appréciation n'avait pas été modifiée par le certificat médical du Dr C_____ qui mentionnait des diagnostics déjà pris en compte par le SMR et qui suggérait la mise en place d'une expertise médicale alors que celle-ci avait déjà été réalisée.
14. Par acte déposé au guichet de la chambre de céans le 8 septembre 2014, l'assuré a interjeté recours, au vu de la divergence d'opinions entre son médecin traitant, le Dr C_____, et l'expert mandaté par le SMR, le Dr F_____. En effet, son médecin traitant attestait, dans un certificat médical joint à son recours, que la pathologie complexe lombo-sacrée et sacro-iliaque dont il souffrait limitait fortement sa capacité de travail et rendait hypothétique toute reprise d'activité, excepté dans le cadre d'un atelier protégé de l'AI. Le recourant sollicitait, au surplus, une nouvelle expertise médicale.
15. Le 8 septembre 2014, la chambre de céans a requis de l'intimé la preuve de la date à laquelle la décision sur opposition du 26 juin 2014 avait été reçue par son destinataire.
16. Le 15 septembre 2014, l'intimé a répondu que ladite décision avait été envoyée par pli simple et non en recommandé, d'où l'absence de récépissé postal.
17. Par courrier du 15 septembre 2014, le recourant, déclarant faire suite « au courrier du 9 septembre 2014 concernant le délai de 30 jours », s'étonnait du délai de 30 jours qui lui était imparti pour recourir contre la décision de l'OAI du 26 juin 2014. Il avait en effet appelé le centre chargé de lui envoyer l'expertise médicale qui lui avait indiqué que le délai de recours expirait le 8 septembre 2014. S'étant fié de bonne foi à l'information qui lui avait été transmise, le délai de recours devait être considéré comme observé.

Ce courrier (recommandé) du 9 septembre 2014 émanait de l'intimé, lequel accusait réception d'un courrier du Dr C_____ du 8 septembre 2014 qui lui était parvenu la veille. Ce document ne pouvait pas être pris en considération dans le cadre du droit d'être entendu, dès lors qu'il avait été remis en dehors du délai de trente jours dont disposait l'assuré pour faire part de ses observations suite au projet de décision du 16 mai 2014. L'assuré devait recourir à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice dans un délai de trente jours après l'envoi de la décision du 26 juin

2014. Il lui était ainsi recommandé d'agir dans les plus brefs délais. L'intimé avait également contacté le cabinet du Dr C_____, par téléphone, en insistant sur le fait que l'assuré devait recourir à la chambre de céans, le plus rapidement possible.

18. Interrogé par la chambre de céans sur le point de savoir à quelle date il avait reçu la décision litigieuse, le recourant n'a pas répondu.
19. Dans sa réponse du 22 septembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le Dr C_____ n'apportait pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été éludés par le Dr F_____ et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. De plus, il n'appartenait pas aux médecins mais à l'administration ou au juge de se prononcer sur l'octroi, ou non, de mesures d'ordre professionnel de type "atelier protégé".
20. Le 25 février 2015, la chambre de céans a requis de l'intimé la copie intégrale du rapport d'expertise du 14 février 2014 ainsi que la production du dossier AI du recourant relatif à sa première demande de prestations déposée le 25 mai 2005.
21. Après avoir affirmé, le 12 mars 2015, ne posséder aucun autre dossier AI concernant cet assuré, l'intimé a finalement déposé à la procédure le dossier constitué suite à la demande initiale déposé par le recourant en mai 2005. Il a expliqué que les deux demandes AI de l'assuré avaient été déposées avec deux numéros d'assuré différents, ce qui expliquait que deux dossiers avaient été malencontreusement établis pour la même personne.
22. Selon le premier dossier AI, l'assuré, en arrêt de travail à 100% depuis le 17 février 2004, avait déposé en date du 25 mai 2005 une première demande de prestations auprès de l'OAI visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en raison de diabète et d'une cirrhose qui lui avaient valu une hospitalisation du 17 février au 10 mars 2004.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI avait recueilli les éléments suivants:

- un rapport rédigé, le 25 août 2005, par le médecin traitant, le Dr C_____, concluant à une cirrhose hépatique ascitogène avec hypertension portale et un diabète insulino-dépendant inaugural entraînant des répercussions sur la capacité de travail. Aux termes de l'annexe au rapport médical relative à la réinsertion professionnelle, l'activité exercée jusqu'à maintenant par l'assuré n'était plus exigible et une autre activité dans la manutention, avec baisse de rendement, était envisageable à 30 ou 40%.
- un rapport médical détaillé, daté du 20 octobre 2005, dans lequel le Dr C_____ a rappelé les diagnostics précités et a considéré que l'ancienne activité de commis de cuisine ne pouvait plus être exigée de l'assuré, mais qu'un travail adapté pouvait être exercé à 50% dans la manutention simple ou dans des ateliers protégés.

-
- un rapport d'examen émis le 25 août 2006 par la doctoresse G_____, médecin interne FMH auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), retenant les diagnostics de cirrhose hépatique avec hypertension portale, diabète de type II insulino-requérant, HTA traitée et hypercholestérolémie anamnestique qui n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. La seule limitation fonctionnelle était une possible tendance à la chute vers l'arrière, les yeux fermés, ce qui avait pour conséquence que l'assuré devait éviter les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, éviter le travail en hauteur ou sur une échelle, en raison d'un épisode d'épilepsie, bien que non récidivant. La capacité de travail exigible de l'assuré était de 100%, de préférence dans une activité autre que celle d'employé de restaurant, afin d'éviter une potentielle rechute dans l'alcoolisme chronique à l'origine notamment de sa cirrhose.

L'OAI avait nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité et à un reclassement. Le diagnostic d'épilepsie n'avait pas été retenu, car l'assuré n'avait plus eu de crise depuis 2004 (décision du 22 novembre 2006).

Le recours interjeté par l'assuré avait été rejeté par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent, du 25 avril 2007 entré en force (ATAS/442/2007). Le TCAS avait jugé que le rapport établi par la Dresse G_____, du SMR, remplissait toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante et qu'il n'y avait par conséquent aucune raison de s'en écarter. Une expertise s'avérait superflue, le recourant n'ayant apporté aucun document susceptible de remettre en cause les conclusions des Drs G_____ et C_____ qui n'avaient pas retenu dans leurs diagnostics respectifs les crises d'épilepsie et les troubles de l'équilibre.

23. Invité à se déterminer suite à l'apport de son dossier, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il n'avait rien à ajouter à son recours.
24. Le 17 avril 2015, la chambre de céans a fait remarquer à l'intimé que la nouvelle demande du recourant avait été traitée comme une demande initiale sur la base d'un dossier constitué depuis le dépôt de ladite demande, alors qu'elle aurait dû être examinée sous l'angle de la révision. Un délai a été imparti à l'intimé pour se déterminer sur ce point.
25. Par écriture du 23 avril 2015, l'intimé a exposé que suite à un premier refus de rente en raison d'un degré d'invalidité insuffisant, il est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. En comparant les faits existants au moment de la décision initiale de refus de rente et ceux concernant la décision litigieuse, il apparaissait que l'assuré présentait une nouvelle atteinte à la santé, générant de nouvelles limitations fonctionnelles. Toutefois, même si cette atteinte avait des répercussions sur sa capacité de travail, le taux d'invalidité de l'assuré, ou autrement dit les conséquences économiques objectives de son incapacité fonctionnelle, qui en découlait (15%) n'était pas suffisant pour lui accorder le droit

aux prestations. Ainsi en examinant la nouvelle demande de l'assuré sous l'angle de la révision, le droit à la rente devait lui être dénié malgré la hausse de son taux d'invalidité de 0 à 15%. L'intimé renvoie pour le surplus à la décision litigieuse pour ce qui concerne le refus des mesures de réadaptation.

26. Cette détermination a été communiquée au recourant en date du 30 avril 2015.
27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – 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 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. Il convient en premier lieu d'examiner la recevabilité du recours. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). L'autorité doit examiner d'office si les conditions de recevabilité d'un recours sont remplies, notamment si le délai dans lequel l'acte litigieux doit être contesté a été respecté (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd. 2011, p. 625-626).

a. Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche. Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit. Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (cf. art. 38 à 39 LPGA et art. 17 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent notamment pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et 89C let. b LPA).

b. Selon la jurisprudence, une décision ou une communication de procédure est considérée comme étant notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Point n'est besoin que celui-ci ait eu effectivement en mains le pli qui contenait la décision. Il suffit ainsi que la communication soit entrée dans sa sphère de puissance de manière qu'il puisse en prendre connaissance (ATF 122 III 316 consid. 4 et les références ; GRISEL, Traité de droit administratif, p. 876 et la jurisprudence citée ; KNAPP, Précis de droit administratif, 4^{ème} éd., n. 704 p. 153; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2^{ème} éd., n. 341 p. 123).

Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe, d'après la jurisprudence, à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V

400 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2011 du 30 avril 2012 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2).

c. En l'occurrence, le recourant a déposé son recours, le 8 septembre 2014, contre une décision datée du 26 juin 2014, ce qui peut laisser planer un doute quant au respect du délai légal de recours de trente jours, même en tenant compte de la suspension du délai de recours du 15 juillet au 15 août inclus. L'intimé n'a toutefois pas soulevé d'exception d'irrecevabilité pour cause de recours tardif. Il a par ailleurs précisé que la décision querellée avait été envoyée par pli simple, à une date non spécifiée, et qu'il ne disposait dès lors d'aucune preuve sérieuse, tel un récépissé postal, quant à la date à laquelle ladite décision était parvenue dans la sphère d'influence du recourant.

En cas de doute quant à la date de notification d'une décision, les déclarations du destinataire de l'envoi, soit en l'espèce du recourant, font foi. Ce dernier n'a pas communiqué à la chambre de céans la date à laquelle il a reçu la décision litigieuse ; cependant, il a affirmé dans son écriture du 15 septembre 2014, que le centre chargé de lui envoyer l'expertise médicale lui avait indiqué, au cours de leur entretien du 14 juillet 2014, qu'il pouvait recourir jusqu'au 8 septembre 2014, ce qui laisse supposer que le délai de recours avait été calculé en tenant compte des déclarations du recourant quant à la date de la réception de la décision. Il convient au surplus de relever qu'implicitement l'intimé ne considérait pas le recours interjeté le 8 septembre 2014 comme tardif, puisque, dans un courrier du 9 septembre 2014 adressé au recourant, il lui a rappelé la possibilité de recourir auprès de la chambre de céans et a informé au surplus, par téléphone du même jour, le secrétariat de son médecin traitant de la nécessité de contester la décision du 26 juin 2014 dans les plus brefs délais.

Compte tenu du fait que l'intimé n'a pas pu apporter la preuve de la date à laquelle la décision sur opposition du 26 juin 2014, notifiée par pli simple, a été reçue par l'assuré et partant, du point de départ du délai de recours de trente jours, la chambre de céans considère que le recours, déposé le 8 septembre 2014 au greffe de la Cour de justice, l'a été en temps utile.

Pour le surplus, le recours répond aux exigences de forme (art. 61 let. b LPGA et 89B LPA), de sorte qu'il est recevable.

5. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit du recourant à une rente invalidité et à des mesures professionnelles suite à sa nouvelle demande de prestations du 13 février 2014.
6. À titre préliminaire, il sied de relever que l'intimé a traité la demande de prestations du recourant comme une demande initiale sur la base d'un dossier constitué depuis le dépôt de ladite demande. Or, le recourant avait déjà déposé une première demande de prestations en date du 25 mai 2005 qui avait été rejetée par l'intimé, décision confirmée par le TCAS.

La nouvelle demande aurait ainsi dû être analysée par l'intimé sous l'angle de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI relatif à la révision en comparant la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale du 22 novembre 2006 refusant les prestations à celle prévalant au moment du dépôt de la nouvelle demande. Autrement dit, l'intimé aurait dû déterminer si l'état de fait déterminant s'était modifié depuis la dernière fois où il avait examiné au fond le droit de l'assuré à la prestation d'assurance.

L'intimé s'est prononcé sur ce point dans son écriture du 23 avril 2015 que la chambre de céans a communiquée au recourant en respectant ainsi son droit d'être entendu. Il a considéré que nonobstant la présence d'une nouvelle atteinte à la santé générant de nouvelles limitations fonctionnelles, l'impact sur le degré d'invalidité (15 %) était insuffisant pour ouvrir droit à des prestations.

7. 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 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).

Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LGPA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

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).

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 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).

9. 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).

10. 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).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 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).

12. 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n. 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible s'il s'agit de trancher une question qui n'a

jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque l'état de fait médical doit, selon le juge des assurances sociales, être élucidé ou lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas de valeur probante sur des points juridiquement pertinents (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Cette jurisprudence prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait toutefois permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

13. En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si la situation du recourant a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations.

A l'appui de sa première décision de refus du 22 novembre 2006, l'intimé s'était fondé sur le rapport d'examen de médecine interne de la Dresse G_____ du SMR, laquelle avait diagnostiqué une cirrhose hépatique avec hypertension portale, un diabète de type II insulino requérant, une hypertension artérielle traitée et une hypercholestérolémie anamnétique. Elle avait conclu que la capacité de travail du recourant était de 100%, de préférence dans une autre activité que celle d'employé de restaurant pour éviter tout risque de rechute dans l'alcoolisme, et ce dans toute autre activité n'impliquant pas de déplacements sur sols irréguliers ou en pente, de travail en hauteur ou dangereux. Le degré d'invalidité était ainsi nul.

Suite à la seconde demande de prestations, l'intimé a mandaté un spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne afin d'expertiser le recourant.

Dans son expertise du 24 février 2014, le Dr F_____ a notamment diagnostiqué une obésité, un diabète insulino-requérant et une cirrhose hépatique depuis 2005 qui n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Sa situation n'a ainsi pas évolué depuis le rapport de la Dresse G_____ du SMR, dont les conclusions restaient identiques au sujet de ces affections. L'expert indique toutefois qu'à partir de 2008, année de la première consultation du recourant, celui-ci souffre de lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose étagée (M54.5) qui ne se sont pas améliorées malgré de nombreuses infiltrations sous scanner. Ces diagnostics ont une influence sur sa capacité de travail, en ce sens que l'activité habituelle d'aide-cuisinier ou de plongeur n'est plus exigible depuis 2008. En revanche, depuis cette date, la capacité de travail est entière dans toute activité respectant certaines limitations fonctionnelles, telles que ne pas porter des charges de plus de dix kilos, rester en position debout statique prolongée, travailler de nuit ou en hauteur.

De son côté, sous la rubrique « Diagnostic avec effet sur la capacité de travail » de son rapport médical du 8 avril 2013, le Dr C_____, médecin traitant du recourant,

a fait mention d'une arthrose lombaire pluri-étagée avec hernie discale L4-L5 gauche. Dans un courrier à l'OAI du 4 juillet 2013, il a énuméré les limitations fonctionnelles du recourant qui se traduisent par des douleurs lombaires, pelviennes et fessières à la marche après 300 mètres, aux stations assises prolongées et aux levers. Ce dernier ne peut pas porter de charges et est victime de fatigue musculaire lors d'activités même légères. Le Dr C_____ est d'avis que l'incapacité de travail du recourant est totale, compte tenu de l'importance de ses limitations fonctionnelles ou, du moins, qu'une reprise d'activité est hypothétique, au regard de la pathologie complexe lombo-sacrée et sacro-iliaque qu'il présente et qui limite fortement l'exercice de nombreux types d'emplois.

La chambre de céans constate que les diagnostics retenus par l'expert et le médecin traitant ne sont pas en tous points identiques, le Dr F_____ ne retenant notamment pas le diagnostic d'hernie discale L4-L5 gauche. S'agissant des conclusions relatives à la capacité de travail du recourant, celles de l'expert divergent totalement de celles du médecin traitant.

L'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du Dr F_____, partagées par le médecin du SMR dans son rapport du 25 mars 2014, pour rendre la décision litigieuse et retenir que, du point de vue médical, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle est certes de 0% depuis décembre 2008, mais que sa capacité de travail est de 100% depuis cette période dans une activité adaptée, s'il ne doit notamment pas porter plus de 10 kilos, ni rester debout et statique de façon prolongée, ni travailler de nuit ou en hauteur. À l'inverse, le recourant considère que la chambre de céans doit prendre en compte, pour apprécier le cas d'espèce, l'avis du Dr C_____, selon lequel la pathologie dont il souffre limite fortement sa capacité de travail et rend hypothétique une reprise d'activité.

14. Il convient d'examiner si les conclusions de l'expert peuvent être suivies, singulièrement si son rapport revêt pleine valeur probante.

La chambre de céans observe que l'expertise contient une anamnèse médicale satisfaisante et tient compte des plaintes du recourant. Elle se fonde sur un examen clinique de ce dernier ainsi que sur des documents d'imagerie médicale. L'appréciation du Dr F_____ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles du recourant. Ladite expertise émane au surplus d'un spécialiste indépendant de l'office intimé et non pas d'un médecin de l'AI, comme l'affirme le recourant ; rien dans son approche du cas du recourant, son rapport et ses conclusions ne soulève un soupçon de partialité.

Le rapport d'expertise rhumatologique est toutefois incomplet s'agissant de certains points nécessaires à l'appréciation du cas d'espèce.

En premier lieu, il convient de relever une informalité en ce sens que l'expert n'a pas eu connaissance de l'intégralité du dossier du recourant. En effet, en raison d'un classement inapproprié, l'intimé ne lui a pas remis le dossier constitué par ses soins lors de la demande initiale déposée le 7 juin 2005. Par conséquent, l'expertise

a été rendue sur la base d'un dossier incomplet, irrégularité suffisamment grave pour remettre en cause sa valeur probante, sans que l'expert fût en cause. En particulier, l'expert n'a pas pu se prononcer quant à l'évolution de l'état de santé du recourant. Ensuite, il appert que l'expert avait consulté le recourant une première fois en décembre 2008, sans qu'il ne soit précisé à quel titre. On ignore quelles avaient été les constatations exactes et les traitements éventuels. La chambre de céans constate par ailleurs que l'expert ne discute pas le diagnostic de hernie discale L4-L5 gauche posé par le Dr C_____, ni ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail du recourant, bien que ce diagnostic soit mentionné sous la rubrique « Résumé du dossier », en première page du rapport d'expertise. Enfin, l'expert n'a pas été invité à se prononcer sur une éventuelle diminution de rendement du recourant dans une activité adaptée, compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles.

Quant aux rapports et certificats médicaux établis par le Dr C_____, ils sont lacunaires et insuffisamment motivés. Dans un rapport du 8 avril 2013, ce médecin a émis l'avis que l'incapacité de travail du recourant était totale en raison d'une arthrose lombaire pluri-étagée avec hernie discale L4-L5 gauche, sans toutefois préciser pour quelle activité. Sollicité par le médecin du SMR, il a décrit avec précision, dans un courrier du 4 juillet 2013, les limitations fonctionnelles du recourant, mais s'est borné à indiquer que compte tenu de celles-ci, ce dernier ne pourrait plus exercer aucune activité, sans fournir de raison médicale objective permettant de justifier cette incapacité. Dans son dernier certificat du 5 septembre 2014, il s'est contenté de renvoyer aux constatations médicales du Dr F_____.

Force est néanmoins de conclure que tant du point de vue de l'expert que de celui du médecin traitant, la situation du recourant a subi un changement depuis la dernière décision du 22 novembre 2006, propre à influencer son degré d'invalidité, de sorte qu'il existe un motif de révision. En effet, le recourant souffre d'une nouvelle atteinte à la santé, se traduisant, à tout le moins, par des pathologies lombaires chroniques qui, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles qu'elles occasionnent, sont susceptibles d'avoir un impact sur sa capacité de gain et, à cet égard, influent sur son degré d'invalidité.

L'instruction du dossier étant incomplète, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité du recourant et, par voie de conséquence, sur son éventuel droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de réadaptation d'ordre professionnel.

15. Il n'appartient toutefois pas à la chambre de céans de remédier aux carences de l'instruction de l'intimé, de sorte que la décision attaquée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il incombera à l'intimé de transmettre le dossier complet du recourant au Dr F_____ et de requérir de ce dernier un complément d'expertise, afin qu'il se

détermine quant à l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la décision du 22 novembre 2006, entrée en force, qu'il expose à quel titre il l'avait reçu en consultation en décembre 2008, produise l'éventuel rapport médical établi à cette occasion et indique quel traitement avait été prescrit. Il revient également à l'intimé d'inviter le Dr F _____ à se déterminer sur les diagnostics de hernie discale L4-L5 gauche et de syndrome douloureux chronique lié à une pathologie complexe lombosacrée et sacro-iliaque retenus par le Dr C _____, et à se prononcer sur l'existence, cas échéant, l'ampleur et l'impact d'une diminution de rendement du recourant sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De même, l'expert devra expliquer les motifs pour lesquels il s'écarte des conclusions du médecin traitant, tant du point de vue des diagnostics que de la capacité de travail résiduelle.

16. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause sera renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.
17. 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 de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement
3. Annule la décision du 26 juin 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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