

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2324/2024

ATAS/461/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2025

Chambre 2

En la cause

A _____
représenté par Me Andres PEREZ, avocat

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-
DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Le 9 septembre 1997, A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1968, alors marié et père de deux enfants, originaire d'un pays extra-européen et arrivé en Suisse en 1991 comme réfugié statutaire, sans travail mais à la recherche d'un emploi depuis 1995, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, mesures professionnelles (orientation professionnelle et/ou reclassement dans une nouvelle profession), en raison d'une atteinte par balles – avant l'arrivée en Suisse – à la cuisse gauche suivie d'une amputation de celle-ci.

Par jugement du 16 août 2000 – non attaqué devant le Tribunal fédéral des assurances –, la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG_PCF-PCC-RMCAS a rejeté le recours de l'intéressé contre la décision de refus de reclassement professionnel rendue le 27 juillet 1999 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé). En effet, le rapport du 12 juin 1998 du docteur B_____, médecin traitant, attestait que l'assuré portait une prothèse du membre inférieur gauche et devait être dès lors dispensé d'une activité professionnelle de nettoyage, mais qu'il pourrait effectuer des travaux de secrétariat ne nécessitant pas des changements de positions trop fréquents. Selon ladite commission, l'incapacité de travail alléguée par l'intéressé n'était pas la conséquence de son état de santé mais du fait que ses diplômes n'étaient pas reconnus en Suisse.

b. Il est relevé qu'une demande de moyens auxiliaires déposée le 5 octobre 2001 a été rejetée par décision de l'OAI du 9 octobre 2001, au motif que le besoin d'un tel moyen s'était fait sentir pour la première fois alors que l'intéressé ne résidait pas encore en Suisse.

c. Par nouvelle demande AI déposée le 14 novembre 2007, l'assuré, désormais père de cinq enfants nés entre 1995 et 2006 et séparé depuis fin 2001, de nationalité suisse dès mai 2007, a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité – puis de moyens auxiliaires (fauteuil roulant) –, en raison de faiblesses à la jambe « restante » (droite) et au membre supérieur gauche en lien avec l'atteinte par balles.

À teneur de son curriculum vitae (CV), il avait, après les écoles primaire et secondaire, obtenu un diplôme de comptabilité et management d'une école supérieure de commerce de son pays d'origine, et avait suivi auprès d'écoles en Suisse des cours de français, comptabilité et informatique. Au titre de ses expériences professionnelles, il avait été comptable dans son pays d'origine en 1989 et 1990 et, en Suisse, brodeur auprès d'une association liée au handicap en 1998, ouvrier en maroquinerie en 2001, ouvrier en montage et conditionnement en 2002, ouvrier polyvalent au sein d'un établissement socio-éducatif pour

personnes handicapées en 2004 et 2005, au bénéfice de l'assurance-chômage puis de l'aide sociale à partir de 2005.

Par décision du 17 décembre 2007 – non contestée – rejetant une opposition contre un projet de décision du 15 novembre 2007, l'office n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande AI du 14 novembre 2007, faute de faire valoir des faits nouveaux par rapport à la situation tranchée par le jugement du 16 août 2000 précité.

- B. a.** Le 16 octobre 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente.

Selon des rapports du Dr B_____ des 23 et 20 janvier 2008, la prothèse, bien qu'assez bien adaptée, était à l'origine de douleurs intenses du moignon, et le patient ne supportait plus la station debout ou la marche pendant plus d'une demi-heure, sa situation s'étant ainsi aggravée, au point qu'il faille envisager un fauteuil roulant.

b. Dans un rapport du 21 juin 2010, le docteur C_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, membre FMH, médecin répondant au sein d'une permanence médico-chirurgicale et médecin généraliste traitant, a notamment décrit les limitations fonctionnelles de l'intéressé.

c. Par décision du 13 décembre 2010 confirmant un projet de décision du 1^{er} novembre 2010, l'office a rejeté cette nouvelle demande AI du 16 octobre 2009.

d. Toutefois, l'OAI a ensuite instruit ladite demande.

Dans le cadre de cette instruction, et en dépit d'un rapport de réadaptation professionnelle retenant un degré d'invalidité de 10% et une absence de droit à des mesures professionnelles, l'office a, par communication du 24 février 2011, octroyé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle, des indemnités journalières lui étant dès lors versées.

L'intéressé a ainsi commencé le 11 avril 2011 un stage auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI). Cependant, des certificats d'incapacité de travail à 50% ou 100% pour cause de maladie ont été émis dès le 20 avril 2011 par le Dr C_____ et le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), ces problèmes de santé empêchant la poursuite du stage malgré le souhait de l'assuré de le mener à terme, comme son assistant social au sein de l'Hospice général l'a écrit à l'OAI entre le 30 mai et le 21 juin 2011. L'intéressé a quitté ce stage le 10 juillet 2011.

Dans leurs rapports des 11 juillet et 17 août 2011, les maîtres de réadaptation et de stage des EPI ont fait état de problèmes de motivation et de respect des règles de l'institution de la part de l'assuré, mais les évaluations des stages en entreprises entre le 8 juin et le 8 juillet 2011 montraient « un très bon comportement : ponctuel, assidu et bonne intégration dans l'équipe ». Selon les

conclusions des EPI sur la base de la situation en fin de mesure, l'intéressé pouvait être réadapté dans un poste d'ouvrier à l'établi dans une activité industrielle simple et légère dans le circuit économique ordinaire ; la position de travail devrait obligatoirement être assise et ne pas nécessiter de déplacement ; ses rendements sur un plein temps étaient très irrégulier et fluctuaient d'une activité à l'autre de 35 à 75%.

Dans un rapport de réadaptation professionnelle, « fin d'examen », l'OAI a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle – d'employé polyvalent – mais entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement.

e. En parallèle, sur la base de rapports de médecins spécialistes, l'intéressé a, le 27 juin 2011, demandé l'octroi de moyens auxiliaires consistant en une nouvelle prothèse de la jambe gauche, mais cette demande a été rejetée par projet de décision du 23 septembre 2011 puis par décision du 17 novembre 2011, pour les mêmes motifs que ceux de la décision du 9 octobre 2001.

C. a. Le 9 janvier 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI, mesures professionnelles et/ou rente, en raison d'un accident, plus précisément une « amputation hanche gauche ».

b. Dans le cadre de l'instruction menée par l'office, le Dr C_____ a, le 3 mars 2014, indiqué un état stationnaire depuis juin 2010 ainsi qu'une absence de changement de diagnostics depuis lors. Il y avait une « mauvaise adaptation par prothèse à l'emboitement déficitaire ».

Dans un rapport du 12 septembre 2014 faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la cuisse gauche du 10 septembre précédent, le service de radiologie des HUG a, sous « indication », mentionné : « Douleur de la cuisse gauche chez patient avec status post amputation de la jambe gauche post trauma dans les années 1990. Douleur au niveau de la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche ». Il a conclu à : « Aspect IRM d'un épaissement paradoxal du nerf sciatique secondaire à l'amputation. Signes de dénervation subaiguë et chronique au niveau des loges quadricipitale et ischio-jambier gauche. À noter l'absence de signe en faveur d'une ostéite notamment du moignon fémoral gauche ou d'une arthrite coxo-fémorale gauche ».

Le 2 février 2015, la docteure D_____, médecin interne au sein d'un centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées (ci-après : CAPPI) des HUG – et ultérieurement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH –, qui suivait l'intéressé au plan psychiatrique (avec traitement médicamenteux et psychothérapie de soutien) depuis le 20 octobre 2014, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10, F33.11), et a fait état d'une incapacité totale de travail à partir de 2007, sans qu'on puisse s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Les restrictions consistaient en une « tristesse, angoisse, perte d'élan vital, troubles du sommeil, trouble de la concentration et de l'attention ».

Selon un courrier du 9 juillet 2015 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG adressé au Dr C_____, faisant notamment suite à une consultation de la veille, le problème du patient était plutôt d'ordre chronique et en lien avec la faiblesse liée à la dénervation des différentes loges musculaires, et ledit service n'avait dès lors pas de solution à proposer concernant son problème actuel.

c. À la demande formulée par le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique a été confiée au Centre E_____ (ci-après : E_____).

À la suite d'un examen du 19 septembre 2017, l'expert psychiatre, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, a, dans son rapport d'expertise rendu le 23 novembre 2017 dans le cadre du E_____, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'état de stress post-traumatique (F43.1). Au plan psychiatrique, la capacité de travail de l'expertisé était de 50% dans toute activité, et ses limitations fonctionnelles sur une journée type étaient la fatigabilité, le manque d'énergie, le découragement, la démotivation, la procrastination et l'indécision.

Après un examen orthopédique du 20 septembre 2017, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH et expert certifié SIM, a, dans son rapport d'expertise établi également le 23 novembre 2017 dans le cadre du centre d'expertise susmentionné, retenu, au titre de diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : - « douleurs cuisse gauche au niveau du moignon en rapport avec une amputation traumatique au niveau du tiers proximal de la cuisse gauche. Nécessité de se déplacer avec une béquille voire un fauteuil roulant sur de plus longues distances » ; - « douleurs des deux épaules et du genou droit liées de façon probable à une hypersollicitation due à la marche avec des béquilles » ; au titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail : - hypertension artérielle ; - gonalgies droites sans lésions dégénératives ; - douleurs au niveau de la hanche gauche et du rachis lombaire sans lésion anatomique constituée à ce jour. Sur le plan de l'exigibilité, alors que la capacité de travail était nulle dans l'activité ancienne – habituelle selon l'expert – d'aide de cuisine, elle était de 50% dans une activité professionnelle réalisée uniquement en position assise, avec la possibilité de se rendre au travail en fauteuil roulant, sans déplacements dans les escaliers ni au-delà d'une durée et intensité très modérées, sans port de charges compte tenu de l'amputation de la cuisse réalisée, sans devoir porter les membres supérieurs en hauteur de façon répétée compte tenu des douleurs des épaules.

d. Dans son rapport du 26 février 2018, le SMR a suivi les conclusions de ses deux experts et a retenu, depuis le 1^{er} janvier 2014, une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle mais de 50% dans une activité adaptée (sans mentionner toutes les limitations fonctionnelles retenues par les experts).

e. Par projet de décision du 23 juillet 2018 puis décision du 25 octobre 2018 corrigée d'office le 23 novembre 2018, basés notamment sur les documents « mandat de réadaptation » du 11 avril 2018 – selon lequel des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage – et « détermination du degré d'invalidité » du 21 juin 2018, l'OAI a, vu un degré d'invalidité de 55%, octroyé, à compter du 1^{er} janvier 2015 (échéance du délai de carence d'une année), une demi-rente d'invalidité à l'assuré et des rentes complémentaires simples pour enfants.

f. En revanche, par projet de décision du 12 juillet 2019 puis par décision du 23 septembre 2019, l'office a rejeté une demande d'allocation pour impotent déposée le 29 avril 2019 par l'intéressé.

g. Ultérieurement, dans un questionnaire de « révision de rente d'invalidité » rempli le 24 octobre 2019, l'assuré a indiqué que son état de santé était resté « inchangé » mais qu'il s'était « aggravé » (*sic*), la modification consistant en « souffre de douleurs de dos, hanches, douleurs à la jambe droite, difficultés pour rester assis, avec, sous « remarques complémentaires », « demande AI à 100% ».

L'OAI a recueilli des rapports du 21 novembre 2019 et 13 mars 2020 du Dr C_____, un rapport établi le 11 novembre 2019 par le docteur H_____, radiologue, membre FMH, à la suite d'imageries effectuée le même jour à la « colonne lombaire face et profil », au « bassin de face et hanche gauche » et au « genou droit face et profil », un rapport du 21 mars 2018 du service de radiologie des HUG à la suite d'une IRM réalisée à la hanche du même jour, un rapport du 10 septembre 2018 de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, de même qu'un rapport du 24 janvier 2020 du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG. À teneur de ce dernier rapport, qui faisait suite à une consultation du 8 janvier 2020 concernant le moignon d'amputation à la cuisse gauche, l'évolution était favorable, il n'y avait pas de douleurs neurogènes à ce jour, mais il y avait cependant des douleurs à l'insertion du muscle fessier avec une possible tendinite sur son appareillage ; de la physiothérapie était prescrite, et, du point de vue de l'appareillage même, la prothèse du patient incitait à une réadaptation complète de l'emboiture ; concernant la partie orthopédie, celui-ci ne pouvait pas effectuer des travaux manuels lourds, et, au vu de son appareillage, il nécessitait probablement une rente complète.

Selon un avis du 10 mars 2020 du SMR, ces – nouvelles – pièces médicales n'apportaient pas d'éléments objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, étant en outre relevé que le médecin généraliste traitant ne faisait plus état de limitations au plan psychiatrique.

Par projet de décision du 2 avril 2020 puis décision du 2 juin 2020 fondée sur ledit avis du SMR, l'office a refusé d'augmenter la rente d'invalidité

h. Entretemps, assisté par l'association PRO INFIRMIS, l'assuré a, le 24 janvier 2020, effectué une demande de moyens auxiliaires, à savoir d'une prothèse fémorale gauche.

Au regard de rapports du 13 mars 2020 du Dr C_____ et du 3 avril 2020 de la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (FSCMA ; à la suite d'un entretien téléphonique du 1^{er} avril 2020 avec l'intéressé), l'OAI a, par communication du 6 avril 2020, pris en charge les coûts de la prothèse fémorale gauche demandée, étant au surplus précisé que, le 27 juillet 2020, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a soutenu cette demande.

i. Dans un questionnaire « pour la révision de la rente » complété le 30 juin 2022, l'assuré a indiqué que son état de santé s'était aggravé (sans précision de date de *dies a quo*). Il travaillait toujours au service de la FONDATION I_____, par laquelle il avait été engagé le 14 janvier 2020 avec effet dès le 27 janvier suivant et pour une durée indéterminée, en emploi adapté en qualité d'aide de cuisine au taux de 50%, soit 20 heures par semaine en moyenne, pour le salaire mensuel brut de CHF 390.-.

Le 12 juillet 2022, le service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG a fait état d'une absence de suivi par ses soins depuis janvier 2020.

Le 13 octobre 2022, la docteure J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, membre FMH, nouvelle médecin généraliste traitante (depuis février 2022), a posé les diagnostics, avec incidence sur la capacité de travail, de « douleur suite amputation cuisse gauche avec tendinopathie fessier », « bursite et tendinopathie épaule [droite] » et « lombalgies sous troubles statiques et discopathie L4-L5 », et, sans incidence sur la capacité de travail, d'« état dépressif sous syndrome douloureux chronique [...] adaptation du membre artificiel » (NDR : difficilement lisible). La physiothérapie faisait partie du traitement envisagé. La capacité de travail était nulle dans toute activité, et il était répondu « stationnaire » à la question du pronostic sur le potentiel de réadaptation du patient.

Par communication du 17 octobre 2022, l'office n'a constaté aucun changement lors de l'examen du droit à la rente initié en juin 2022, de sorte que la rente d'invalidité n'était pas modifiée.

En parallèle, par projet de décision du 25 août 2022 et décision du 4 octobre 2022, l'OAI a refusé à l'assuré la mise au bénéfice d'une « chaise arthroèse Tango 100A », telle que demandée le 4 août 2022 par une ergothérapeute à domicile de MON ERGO en vue d'une adaptation du poste de travail. En effet, selon l'office, l'intéressé n'exerçait pas une activité lucrative dans la mesure où son revenu annuel soumis à l'AVS provenant d'une profession était inférieur à CHF 4'747.-, ce au vu du décompte de salaire de juin 2022 établi

par la FONDATION I_____ pour l'intéressé, aide de cuisine au taux de 50%, qui faisait état d'un salaire mensuel brut et net de CHF 390.-.

D. a. Dans un formulaire de l'AI complété le 12 décembre 2023, l'assuré, toujours salarié auprès de la FONDATION I_____, a fait état d'une aggravation de son état de santé depuis 2021, consistant en des douleurs à l'épaule droite, une perte de sensibilité et des douleurs très fortes à la hanche.

b. Dans le cadre de l'instruction de cette question d'éventuelle aggravation, selon des réponses fournies le 22 février 2024 par la Dre J_____, l'évolution au plan médical consistait en une péjoration des coxalgies gauches ainsi que des omalgies (bursite). La capacité de travail était nulle dans toute activité, y compris adaptée, depuis le 1^{er} janvier 2024. Les limitations fonctionnelles étaient : - pas de port de charges de manière répétée au-delà de 2 kg ni de façon ponctuelle de plus de 10 kg ; - limitation à l'extension prolongée du tronc et la position debout prolongée ; - limitation à la flexion de la hanche gauche ; - impossibilité d'une activité avec des efforts physiques ; - impossibilité d'une activité à la position debout.

À teneur des réponses données le 27 février 2024 par la docteure K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et nouvelle psychiatre traitante depuis le 5 juin 2023 (après le CAPPI), les diagnostics étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et des symptômes de stress post-traumatique (F43.1), affections psychiques traitées par une psychothérapie TCC une fois par semaine et un suivi psychiatrique une fois par mois ainsi que par la prise de médicaments. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'était péjorée depuis la dernière décision, en raison d'une recrudescence des symptômes dépressifs et des limitations physiques (douleurs intenses et difficultés à rester assis), et était nulle depuis 2014, et elle était également nulle dans une activité adaptée à partir de février 2023 (« voir avec médecin traitant »). Étaient ensuite énoncées des limitations fonctionnelles en lien avec plusieurs sortes de capacités de nature psychique.

c. Selon un rapport du 5 juin 2024 du SMR, ces nouvelles pièces médicales n'apportaient pas d'éléments objectifs en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressé en comparaison avec son dernier rapport du 26 février 2018, ledit état de santé devant ainsi être considéré comme stationnaire (depuis cette date).

d. Par communication du même 5 juin 2024, l'OAI a fait part à l'assuré de ce qu'il était constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, puis, par décision du 12 juin 2024, il a rejeté la demande d'augmentation de rente formulée – de manière implicite – le 12 décembre 2023, vu l'absence de changement constaté.

E. a. Par acte de sa main envoyé le 8 juillet 2024, puis rédigé le 10 juillet 2024 par un avocat nouvellement constitué, l'assuré a interjeté recours contre la décision du 12 juin 2024 précitée, concluant à son annulation et, cela fait, principalement à la

mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dont le taux restait à déterminer, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

b. Par réponse du 6 août 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, en l'absence selon lui de motif clair de révision.

c. Par réplique du 9 septembre 2024, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours, sollicitant en outre, à titre préalable, la mise en œuvre d'une expertise – judiciaire – bidisciplinaire comprenant les volets orthopédique et psychiatrique.

d. Le 22 octobre 2024, l'intimé a maintenu sa conclusion en rejet du recours, qui valait même avec un abattement de 20% ressortant d'une nouvelle disposition réglementaire du Conseil fédéral invoquée par le recourant, qui donnait, après nouvelle comparaison des revenus sans et avec invalidité, un degré d'invalidité de 57.15%, soit une augmentation inférieure aux 5% requis pour une modification du montant de la rente d'invalidité.

Était produit un rapport du 14 octobre 2024 du SMR.

e. Le 13 novembre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions précédentes.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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.

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

2.

L'objet du litige porte sur la question de savoir si le recourant a subi – comme il l'allègue – une aggravation de son état de santé, dans une mesure telle que son taux d'invalidité ferait l'objet d'une modification d'au moins 5% ou atteindrait 100%, ce qui justifierait, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA (cité plus bas), une

augmentation de rente d'invalidité, laquelle est actuellement une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 55%.

2.1 Dans le formulaire de l'AI complété le 12 décembre 2023, l'assuré indique que l'aggravation aurait commencé en 2021. Toutefois, aucun avis médical figurant au dossier ne fait état d'une péjoration de son état de santé qui pourrait être survenue avant le 1^{er} janvier 2022. Au contraire les rapports des radiologues L_____ et M_____ datent de 2023, et la Dre J_____ ne précise pas le *dies a quo* d'une éventuelle aggravation, mais elle indique que la capacité de travail est nulle dans toute activité, y compris adaptée, depuis le 1^{er} janvier 2024, contre février 2023 selon la Dre K_____. Au demeurant, le recourant n'a pas contesté la communication du 17 octobre 2022 par laquelle l'office n'avait constaté aucun changement lors de l'examen du droit à la rente initié dans le questionnaire « pour la révision de la rente » complété le 30 juin 2022. Partant, l'éventuel changement déterminant consistant en la dégradation de la capacité de gain de l'assuré ou de sa capacité d'accomplir les travaux habituels, pour une durée de trois mois sans interruption notable, au sens de l'art. 88a al. 2 RAI (cité plus bas), ne serait en tout état de cause pas intervenu avant le 1^{er} janvier 2022.

Il est de surcroît d'emblée précisé qu'en application de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI (cité plus bas), si elle était admise, une éventuelle augmentation de la rente prendrait effet, au plus tôt, dès le mois où la demande de révision formulée par l'intéressé a été présentée, à savoir décembre 2023.

2.2 Pour le reste, des mesures professionnelles ne sont en l'état pas demandées par l'assuré.

2.3 Il est rappelé que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

3. Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

3.1 En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est

déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

3.2 En l'occurrence, comme exposé plus haut (*cf.* consid. 2), la question litigieuse est de savoir si un motif de révision serait survenu, selon l'art. 88a RAI, après le 1^{er} janvier 2022, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022).

4.

4.1 En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1^{er} janvier 2021). 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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est

réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

4.2 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).

4.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

Selon l'art. 28b LAI – entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 –, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante : tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente – la plus basse – de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47.5% (al. 4).

4.4 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, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 et les références).

4.4.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

4.4.2 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.

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité

des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.5 Vu l'existence en l'occurrence d'une révision effectuée par l'intimé dans le cas présent, les règles à ce sujet sont les suivantes.

4.5.1 Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA – dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 –, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100% (let. b s al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

À teneur de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 88a al. 2 RAI – intitulé « modification du droit » – précise quant à lui que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée.

4.5.2 Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGa (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). 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. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_231/2016 du 1^{er} juin 2016 consid. 2.1).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

4.5.3 Selon les règles générales du droit des assurances sociales, l'assureur doit établir les faits pertinents. En vertu du principe inquisitoire énoncé à l'art. 43 al. 1 LPGa, il est tenu de procéder d'office aux investigations nécessaires et de recueillir les renseignements requis, les renseignements fournis oralement devant être consignés par écrit. En principe, il incombe à l'assureur de prouver une modification importante du degré d'invalidité lorsqu'il veut réduire ou supprimer une rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 3.1 non publié *in* : ATF 139 V 585). Si une modification des faits déterminante pour le droit aux prestations n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, la situation juridique qui prévalait jusqu'alors est maintenue conformément au principe du fardeau matériel de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 8C_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.4 et les références ; pour un cas d'application : *cf.* notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C_333/2015 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

4.6 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante

suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 et la référence ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.

5.1 En l'espèce, il est tout d'abord incontesté par les parties – et incontestable – que le recourant a, depuis sa demande AI du 9 septembre 1997 et jusqu'à la procédure – y compris de recours – initiée par l'allégation le 12 décembre 2023 d'une aggravation de son état de santé, le statut d'actif, en ce sens que, s'il n'était pas atteint dans sa santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% (*cf.* art. 24septies al. 1 et 2 let. a RAI).

5.2 Se pose ensuite la question – centrale ici – de savoir si l'état de santé de l'intéressé se serait, à partir de 2023 ou 2024, aggravé de manière notable et durable par rapport à l'appréciation médicale antérieure déterminante, c'est-à-dire celle qui a fondé la décision de l'intimé du 25 octobre 2018, corrigée d'office le 23 novembre 2018, octroyant à l'assuré, vu un degré d'invalidité de 55%, une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2015.

5.3 Il convient, au plan des faits et des arguments des parties, de relever ce qui suit concernant ladite question.

5.3.1 Ladite appréciation médicale antérieure déterminante est pour l'essentiel constituée des rapports d'expertise, au plans psychiatrique, respectivement orthopédique, établis le 23 novembre 2017 dans le cadre du E_____ par les Drs F_____ et G_____, dont les conclusions ont été suivies par le SMR, sans que ceci soit ensuite remis en cause par l'assuré.

Après un examen orthopédique du 20 septembre 2017, le Dr G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH et expert certifié SIM, décrit, sous « contexte social », une journée-type, dont ne ressortent pas des activités particulières de l'expertisé, qui reste la plupart du temps chez lui, sauf pour voir des compatriotes de son pays d'origine et acheter des plats tout faits pour le repas du midi ; l'intéressé parvient à conduire occasionnellement un véhicule automatique qu'une de ses connaissances lui prête, il bénéficie de l'aide de ses amis qui, lui rendant visite, font des commissions pour lui ou lu lui amènent des plats déjà préparés, et l'aident également à faire son ménage « car il a des difficultés pour se pencher en avant » ; il est noté par l'expert orthopédiste que l'expertisé demande au bout d'une trentaine de minutes d'entretien à pouvoir s'étendre sur le divan d'examen en raison de douleurs qu'il ressent dans la zone d'amputation. S'agissant du « status orthopédique », dans le cadre de l'examen clinique, « en position assise », il est constaté : « Les douleurs

au niveau de l'épaule droite sont anciennes et auraient été déclenchées par la déambulation en fauteuil roulant. Elles contrastent avec une amplitude articulaire conservée » ; concernant l'épaule gauche : « La manœuvre de Jobe testant le tendon du sus-épineux est à peine tenue à gauche, elle est tenue à droite. Le cross-arm test examinant l'articulation acromio-claviculaire est douloureux des deux côtés » ; le simple effleurement du moignon gauche déjà est très douloureux ; pour ce qui est du « rachis lombaire », « il existe des lombalgies en barre bien localisées au niveau de la charnière L5-S1. La palpation des épineuses et des masses musculaires para-vertébrales est douloureuse. L'exploration de la rigidité segmentaire est impossible dans ces circonstances. La manœuvre de Lasègue ne déclenche pas de radiculalgies ». Il n'y a pas d'exagération des symptômes. Ledit expert retient, au titre de diagnostics avec incidence sur la capacité de travail : - « douleurs cuisse gauche au niveau du moignon en rapport avec une amputation traumatique au niveau du tiers proximal de la cuisse gauche. Nécessité de se déplacer avec une béquille voire un fauteuil roulant sur de plus longues distances » ; - « douleurs des deux épaules et du genou droit liées de façon probable à une hypersollicitation due à la marche avec des béquilles » ; au titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail : - hypertension artérielle ; - gonalgies droites sans lésions dégénératives ; - douleurs au niveau de la hanche gauche et du rachis lombaire sans lésion anatomique constituée à ce jour. Il relève que « l'assuré est amputé de cuisse depuis maintenant 24 ans et a dû utiliser les membres supérieurs et le côté droit pour compenser et lui permettre de conserver une déambulation ». Sur le plan de l'exigibilité, alors que la capacité de travail est nulle dans l'activité ancienne – habituelle selon l'expert – d'aide de cuisine, elle est de 50% dans une activité professionnelle réalisée uniquement en position assise, avec la possibilité de se rendre au travail en fauteuil roulant, sans déplacements dans les escaliers ni au-delà d'une durée et intensité très modérées, sans port de charges compte tenu de l'amputation de la cuisse réalisée, sans devoir porter les membres supérieurs en hauteur de façon répétée compte tenu des douleurs des épaules. Le pronostic dans une activité professionnelle est sombre au vu de la longue interruption du travail, chez un assuré de 50 ans, sans formation diplômante et avec des difficultés sociales (notamment vie sociale réduite à la rencontre régulière avec ses enfants et à celle occasionnelle avec quelques amis issus du même pays d'origine que lui, faibles ressources personnelles pour une réinsertion et difficultés à s'exprimer en français).

À la suite d'un examen (entretien) du 19 septembre 2017, le Dr F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, sous « status psychique » (dans « données objectives »), note entre autres : « L'humeur est dépressive, sans idée suicidaire. Il n'y a pas d'irritabilité. L'image de soi est diminuée, l'estime de soi est aussi diminuée. Perte de confiance en soi. Pas de sentiment de culpabilité. Des idées de dévalorisation. Attitude pessimiste face à l'avenir. Dans l'anamnèse, il n'y a pas de tentative de suicide ni d'automutilation objectivée » ; puis : « Le comportement est approprié même si, par moment, nous

constatons une légère instabilité émotionnelle ». La situation psychiatrique est décrite comme étant restée stationnaire depuis environ 2014. Dans le cadre de la « synthèse et discussion » est indiqué : « L'assuré présente de la tristesse, une perte d'intérêt, de la fatigue, capacité de concentration et aptitude à penser diminuée et une baisse de l'estime de soi. Il présente également un sentiment de dévalorisation et des pensées pessimistes par rapport à son avenir. Ces éléments de par leur récurrence, leur nature et leur intensité, correspondent à un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ». L'expertisé « présente également un ensemble de symptômes cliniques en lien avec ses souvenirs traumatiques de la guerre [dans son pays d'origine]. Il décrit une réaction de peur intense et un sentiment d'impuissance et d'horreur face à ses souvenirs répétitifs et envahissants de la guerre (flash-back), reviviscence de l'événement, détresse et réactivité physiologique lors de l'exposition évoquant directement l'événement, sentiment d'avenir "bouché" et des difficultés d'endormissement. Ces éléments correspondent à un diagnostic d'état de stress post-traumatique (F43.1) ». D'après ledit expert, au plan psychiatrique, la capacité de travail de l'expertisé est de 50% dans toute activité, et ses limitations fonctionnelles sur une journée type sont la fatigabilité, le manque d'énergie, le découragement, la démotivation, la procrastination et l'indécision, ce à quoi s'ajoutent la « réduction de la capacité créative et de la flexibilité intellectuelle », le « repli social et difficultés d'intégration dans une équipe » ainsi qu'une « capacité réduite à tenir le stress, ce qui peut amener à une décompensation psychiatrique ». L'expert F_____ recommande un suivi psychothérapeutique plus régulier que celui actuel qui consiste alors en un entretien une fois par mois avec une ou psychiatre au CAPPI, ainsi que, au plan médicamenteux, « l'assuré n'ayant pas répondu jusqu'à maintenant à son traitement antidépresseur en monothérapie à base de Duloxétine 30 mg 1 x j. », une révision de ce traitement et par exemple l'augmentation de la dose « car les recommandations sur la posologie initiale et la posologie d'entretien sont entre 60 mg et 120 mg x jour ». Par ailleurs, « il faut considérer une possible marge d'amélioration de la capacité de travail sous réserve d'une modification de la fréquence de la psychothérapie et d'une adaptation du traitement antidépresseur. Reste à tenir compte de l'aspect motivationnel de l'assuré qui se montre réticent pour reprendre une activité professionnelle ».

5.3.2 Dans le cadre de l'instruction de la demande de révision formulée le 12 décembre 2023 par l'assuré, selon des réponses fournies le 22 février 2024 par la Dre J_____, l'évolution au plan médical est « défavorable sous importante atrophie des muscles de la cuisse gauche et de bursite des épaules suite à la marche avec des cannes » ; il y a une péjoration des coxalgies gauches ainsi que des omalgies (bursite). Comme « recommandations pour la future thérapie » sont indiquées : « poursuite de la physiothérapie » et « adaptation du membre artificiel ». Le pronostic est « stationnaire probablement ». La capacité de travail est nulle dans toute activité, y compris adaptée, depuis le 1^{er} janvier 2024.

Les limitations fonctionnelles sont : - pas de port de charges de manière répétée au-delà de 2 kg ni de façon ponctuelle de plus de 10 kg ; - limitation à l'extension prolongée du tronc et la position debout prolongée ; - limitation à la flexion de la hanche gauche ; - impossibilité d'une activité avec des efforts physiques ; - impossibilité d'une activité à la position debout.

À teneur des réponses données le 27 février 2024 par la Dre K_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et nouvelle psychiatre traitante depuis le 5 juin 2023 (après le CAPPI), relate, sous « anamnèse » (évolution chronologique depuis l'octroi de la rente) : « Depuis environ 2021, le patient décrit une augmentation des douleurs à la cuisse gauche au niveau du moignon et des douleurs à l'épaule. Il a consulté en mai 2023, en raison d'une recrudescence des symptômes dépressifs avec aboulie, apathie, tristesse, troubles de la concentration, ruminations négatives ». Sous « constat médical » : « Présentation et hygiène correcte. Discours pauvre. L'humeur est dépressive, dans idéation suicidaire. Il a des idées de mort passives. Perte de confiance en soi, idées de dévalorisation, instabilité émotionnelle ». Sous « évolution et modifications de l'état de santé depuis l'octroi de la rente » : « Depuis l'octroi de la rente, l'évolution n'est pas favorable. Il y a une aggravation de l'état de santé avec augmentation des douleurs et recrudescence des symptômes psychiatriques malgré un traitement de Sertraline puis Duloxétine, pas d'évolution favorable ». Sous « symptômes actuels / état de santé actuel » : « Fatigue, épuisement, troubles de la concentration et de l'attention, ruminations négatives, aboulies, apathie, reviviscence de la guerre, troubles du sommeil avec cauchemars. Baisse de l'estime de soi, culpabilité, douleurs physiques intenses et chroniques ». Les diagnostics sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et des symptômes de stress post-traumatique (F43.1), affections psychiques traitées par une psychothérapie TCC une fois par semaine et un suivi psychiatrique une fois par mois, ainsi que par la prise de médicaments, à savoir Duloxétine 60 mg, Seroquel XR 100 mg, Triatec 10 mg, Biopress Plus et Dafalgan 1 g. Vu la chronicité et la gravité des symptômes, le pronostic est réservé. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'est péjorée depuis la dernière décision, en raison d'une recrudescence des symptômes dépressifs et des limitations physiques (douleurs intenses et difficultés à rester assis) ; elle était nulle dans l'activité habituelle depuis 2014, et elle est également nulle dans une activité adaptée à partir de février 2023 (« voir avec médecin traitant »). Sont ensuite énoncées des limitations fonctionnelles en lien avec plusieurs sortes de capacités de nature psychique.

Au surplus, s'agissant des pièces produites dans le cadre de la demande de révision du 12 décembre 2023, dans un rapport du radiologue L_____, membre FMH, du 3 février 2023 faisant suite à une échographie de l'épaule droite du même jour, est conclu à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec désinsertion focale au tiers moyen du supra-épineux ainsi qu'à une bursite

sous-acromio-deltoïdienne modérée, tandis que, dans la « description », est constaté l'aspect normal du tendon du biceps ainsi que de l'articulation acromio-claviculaire. De surcroît, dans un rapport de la radiologue M_____, membre FMH, du 3 juillet 2023 faisant suite à une radiographie de l'épaule droite réalisée le même jour, est conclu à la confirmation d'une enthésopathie calcifiante jonctionnelle postérieure de l'épaule droite, retrouvée sur l'échographie du jour, étant précisé que la « description » fait état de « la présence d'une calcification amorphe à bords flous, mesurant 5 mm de grand axe, située à l'enthèse de la coiffe jonctionnelle postérieure, retrouvée sur l'échographie », mais de l'absence d'autre calcification intra- ou péri-articulaire visible ainsi que d'une « congruence articulaire gléno-humérale et acromio-claviculaire conservée ». Figure au surplus au dossier un rapport du 13 février 2023 du docteur N_____, radiologue et membre FMH, à la suite d'une IRM du bassin et de la hanche gauche du même jour, concluant à : « têtes fémorales de sphéricité conservée et de signal homogène sans image de nécrose aseptique » ; « pas d'image de nécrose aseptique ni algoneurodystrophie » ; « déchirure du bourrelet acétabulaire antéro-supérieur gauche ».

5.3.3 D'après l'intéressé en procédure de recours, au plan psychiatrique, la situation est aujourd'hui différente par rapport à celle ayant conduit à la décision du 25 octobre 2018 corrigée d'office le 23 novembre 2018, étant donné, d'une part, que l'expert F_____ n'a pas appliqué la jurisprudence énoncée à l'ATF 143 V 418 qui était postérieure à son expertise et, d'autre part, son état psychique a évolué défavorablement, avec désormais, notamment, des idées de mort passive, un sentiment de culpabilité et un isolement social, et étant au surplus précisé que, contrairement à autrefois, il n'arrive plus aujourd'hui à réaliser l'ensemble des tâches ménagères. Toujours selon le recourant, au plan somatique, dans son acte de recours écrit de sa main, sa prothèse a causé un dégât sur sa hanche et il ne peut plus rester assis ni debout sans souffrir. Par ailleurs, selon les arguments formulés par son avocat, le SMR, le 5 juin 2024, n'a à tort pas du tout pris en considération les pathologies de l'épaule, qui n'avaient pas été retenues dans son avis du 26 février 2018, ni les limitations fonctionnelles résultant de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, de la bursite sous-acromio-deltoïdienne et de l'enthésopathie calcifiante jonctionnelle postérieure de l'épaule droite attestées par les Drs J_____, L_____ et M_____, alors qu'il y a une aggravation à ce niveau-ci.

Selon le rapport du 14 octobre 2024 du SMR, une aggravation au plan psychiatrique n'est pas établie. En effet, les idées de mort passives et le sentiment de culpabilité font ici partie du tableau de l'humeur dépressive, sans qu'ils constituent des éléments d'aggravation de l'état dépressif ayant une incidence sur la capacité de travail. En outre, il n'y a pas d'accroissement notable d'un isolement social en rapport avec l'atteinte psychiatrique, ni des difficultés à réaliser les tâches ménagères. Au plan somatique, les nouvelles pièces médicales

versées au dossier permettent de comprendre plus précisément la cause des douleurs des épaules retenues par le SMR : la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, la bursite sous-acromio-deltoïdienne et l'enthésopathie calcifiante jonctionnelle postérieure de l'épaule droite. Les limitations fonctionnelles résultant de ces pathologies, telles que décrites par la Dre J_____, à savoir pas de port de charges de manière répétée au-delà de 2 kg et de façon ponctuelle de plus de 10 kg, auxquelles s'ajoute la limitation qu'une activité adaptée ne devait pas exiger de mouvement répété au-dessus de l'horizontal avec les membres supérieurs, sont admises par le SMR, mais ne permettent d'après lui pas de retenir une aggravation notable et durable, la capacité de travail étant toujours nulle dans l'activité habituelle mais de 50% dans une activité adaptée.

Après prise de connaissance de ce rapport du SMR, le recours souligne encore, notamment, l'augmentation de la dose de Duloxétine de 30 mg à 60 mg par jour.

5.4 Cela étant, au plan somatique, le dossier ne laisse en l'état pas clairement voir une péjoration substantielle de la situation, notamment des douleurs, au niveau des membres inférieurs, en particulier de la cuisse gauche.

De leur côté, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs, de la bursite sous-acromio-deltoïdienne et de l'enthésopathie calcifiante jonctionnelle postérieure de l'épaule droite montrent une inflammation et calcification au niveau de cette épaule, apparues certainement progressivement et résultant probablement de la compensation de l'amputation de la cuisse par des efforts très importants avec ce membre.

Certes, les limitations fonctionnelles décrites par la Dre J_____ et/ou admises par le SMR, à savoir ni port de charges de manière répétée au-delà de 2 kg et de façon ponctuelle de plus de 10 kg, ni mouvement répété au-dessus de l'horizontal avec les membres supérieurs correspondent pour l'essentiel aux limitations indiquées en automne 2017 par l'expert orthopédiste (sans port de charges compte tenu de l'amputation de la cuisse réalisée, sans devoir porter les membres supérieurs en hauteur de façon répétée compte tenu des douleurs des épaules), et, par ailleurs, les limitations fonctionnelles en lien avec le tronc et la hanche mentionnées par la médecin généraliste traitante n'apparaissent pas ajouter de nouvelles restrictions particulières à celle déjà existantes et retenues par l'expert G_____, consistant pour une part essentielle en la nécessité d'une activité uniquement – ou au moins principalement – assise.

Cependant, il n'est en l'état pas exclu que le travail en position assise avec des objets légers soit plus entravé aujourd'hui par les douleurs aux épaules, surtout à celle droite, par rapport à la situation existant en 2017/2018, la question d'une éventuelle péjoration au niveau de la hanche et du bassin pouvant quant à elle demeurer indécise dans le présent arrêt (vu l'issue de celui-ci).

5.5 Au plan psychiatrique, le fait que l'expert F_____ n'a pas expressément appliqué la jurisprudence énoncée à l'ATF 143 V 418 (du 30 novembre 2017), qui

était postérieure à son expertise d'automne 2017, ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante (cf. à ce sujet ATF 141 V 281 consid. 8). Au demeurant, le recourant ne fait valoir aucun grief précis à l'encontre de la valeur probante de cette expertise, qui repose au demeurant, notamment, sur plusieurs éléments – indicateurs – pertinents dans le cadre de la procédure probatoire structurée au sens de l'arrêt ATF 141 V 281 et élargis dans leur application à toutes les affections psychiques par l'ATF 143 V 418.

Certes, comme le considère le SMR, les idées de mort passives et le sentiment de culpabilité, absents lors de l'expertise de l'automne 2017, seraient à eux seuls insuffisants pour faire apparaître une aggravation notable de l'état dépressif ayant une incidence sur la capacité de travail, ce d'autant que le diagnostic reste le même (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques [F33.2]), mais on ne peut pas exclure que ces nouveaux éléments psychiques participent à une aggravation globale de l'état de santé psychique.

En se fondant sur le rapport du 27 février 2024 de la Dre K_____, le recourant fait valoir qu'il n'arrive plus aujourd'hui à réaliser l'ensemble des tâches ménagères. Dans ce rapport, la psychiatre traitante indique, sous « capacité d'adaptation aux règles de routines » : « La capacité d'adaptation du patient est altérée en raison de l'aboulie, l'anhédonie et de ses douleurs chroniques. Son état impacte de manière significative sa vie quotidienne. En effet, le patient peine à effectuer ses tâches ménagères, il se plaint d'un manque d'énergie et de douleurs chroniques, en lien avec son handicap physique, qui impactent son estime de lui. Il rapporte également des difficultés mnésiques et attentionnelles ». Or l'expert F_____, sous « activités quotidiennes », rapporte en automne 2017 : « Aux dires de l'expertisé, il arrive à réaliser l'ensemble des tâches ménagères avec beaucoup de difficultés. L'administration est assurée par son assistante sociale. Il conserve son hygiène personnelle » ; en outre, sous « loisirs passés et actuels », à cause d'une péjoration de son état clinique, et à une date qu'il n'arrive pas à préciser, il a arrêté le basketball, sport dont, auparavant, il était passionné et qu'il accomplissait au sein d'une équipe de personnes en fauteuil roulant. On ne voit *prima facie* pas de différence notable entre peiner à effectuer ses tâches ménagères et les réaliser avec beaucoup de difficultés, mais, au regard de l'ensemble des présentes circonstances, une lente et progressive détérioration sur ce point comme sur d'autres n'est pas exclue.

Au surplus, comme le remarque aussi le SMR, tandis que l'expert psychiatre note en automne 2017 que « [l'apparence physique de l'expertisé] est compatible avec son âge, 49 ans », que « sa présentation vestimentaire et son hygiène sont soignées », que « sa corpulence est normale » et que « son allure générale est appropriée », la psychiatre traitante décrit, en hiver 2024, sous « capacité à prendre soin de soi » : « Affaibli, le patient continue de prendre soin de lui, sa présentation et son hygiène sont correctes mais simples ». Ce point n'apparaît toutefois pas déterminant.

À teneur de la réplique du 9 septembre 2024, sur la base des rapports des Drs F_____ et K_____ précité, « en ce qui concerne les relations sociales, le recourant est isolé. Il ne fréquente plus ses amis et ne voit que très rarement ses enfants, ce qui n'était pas le cas lors de l'évaluation de 2018 (...). Il ne peut dès lors plus compter sur son entourage pour se procurer des ressources mobilisables (...) ». Or il ressort du rapport de l'expert orthopédiste G_____ une vie sociale réduite à la rencontre régulière avec ses enfants et à celle occasionnelle avec quelques amis issus du même pays d'origine que lui, de faibles ressources personnelles pour une réinsertion et des difficultés à s'exprimer en français, tandis que l'expert F_____ note que l'expertisé a, selon ce qu'il dit, « tendance à l'isolement et en dehors de ses enfants, il rencontre régulièrement un ami », et que « les ressources personnelles les plus importantes de l'assuré, à l'heure actuelle, sont le soutien de ses enfants ainsi que d'un ami proche ». De son côté, la Dre K_____ rapporte, dans les « limitations fonctionnelles », sous « capacité d'affirmation de soi » : « Altérée en raison de la faible estime de soi. Monsieur dit éviter les conflits et les confrontations et peine à exprimer un refus. Il exprime également avoir de la peine à demander de l'aide » ; sous « capacité d'établir des contacts avec des tiers » : « Affaiblie, le patient tend à se replier sur lui-même et exprime se sentir isolé. Il souhaiterait avoir plus de liens notamment avec ses enfants. Il a également moins d'intérêt pour les activités sociales lorsqu'il doit sortir de chez lui en raison de sa mobilité réduite » ; sous « capacité de relations familiales et intimes » : « Affaiblie, le patient vit seul et déplore ne pas pouvoir héberger ses enfants chez lui en raison de son lieu de vie trop peu adapté (studio). Il se sent isolé. Il tente de conserver des liens avec sa famille [dans son pays d'origine et un pays voisin de ce dernier] par des appels téléphoniques hebdomadaires » ; sous « capacité à réaliser des activités spontanées » : « Affaiblie, en raison de son apathie et de ses limitations physiques le patient a du mal à se mettre en route, a besoin de plus de temps et a moins d'intérêt pour les choses ». Certes, comme le relève le SMR, l'isolement dont se plaint l'intéressé est en partie dû à des circonstances sans lien avec ses atteintes psychiques (petitesse de son studio et mobilité réduite). Néanmoins, une diminution, même relativement discrète, entre 2017/2018 et 2023/2024, de la capacité du recourant à avoir un intérêt pour accomplir des choses et maintenir des relations familiales et sociales apparaît possible, sans que ce point n'ait en tant que tel en l'état une incidence importante.

Quoi qu'il en soit, sur un point non relevé par les parties, une comparaison entre le rapport de l'expert F_____ et celui de la Dre K_____ est susceptible d'évoquer une nette aggravation de l'état psychique de l'assuré : ses capacités de mémoire, concentration et attention. En automne 2017, l'expert psychiatre, sous le « status psychique » (dans les « données objectives »), constate notamment : « La collaboration est bonne. L'assuré ne présente pas de trouble de la vigilance ou de l'attention. Il est orienté dans le temps et dans l'espace. [À la ligne] la mémoire immédiate est intacte. La mémoire à long terme est marquée par des lacunes

mnésiques. [À la ligne] Le cours de la pensée est marqué par un appauvrissement du contenu du discours au moment de l'entretien, L'expertisé est capable de répondre aux questions et il reste sur le sujet investigué sans digression ». La psychiatre traitante, en hiver 2024, relève quant à elle, dans les « limitations fonctionnelles », sous « cognitif (mémoire et concentration) » : « les capacités attentionnelles et mnésiques du patient sont très altérées. Monsieur rapporte avoir de la peine à rester concentré plus de 10 minutes ainsi qu'à retenir les nouvelles informations si elles ne lui sont pas rappelées par écrit. Afin de tenter de pallier à ses difficultés le patient rapporte étaler au sol toutes ses cartes de rendez-vous afin de les laisser en évidence et ne pas les oublier ». Une telle péjoration, apparemment non négligeable, si elle était confirmée, pourrait être de nature à entraver de manière supplémentaire par rapport à 2017/2018 la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée.

5.6 En définitive, semble *prima facie* ressortir de ce qui précède, aux plans somatique et psychiatrique, une lente et progressive dégradation, sur plusieurs années, de l'état de santé du recourant et de ses capacités, dont l'aggravation sur certains points pourrait être notable et de nature à avoir une incidence sur la capacité de travail, étant au demeurant relevé qu'il n'y a pas eu d'expertises médicales depuis sept ans et demi environ et que l'augmentation du traitement médicamenteux au plan psychiatrique par rapport à 2017/2018 pourrait ne pas avoir entièrement compensé la possible péjoration des atteintes psychiques.

C'est sur une base insuffisamment établie que l'OAI a écarté, dans sa décision attaquée, une éventuelle modification importante de l'état de santé de l'assuré, sans qu'il soit nécessaire d'examiner les autres griefs du recourant, en particulier au sujet de la question d'un éventuel abattement de 20% sur la base de l'art. 26bis al. 3 RAI (au lieu de 10% pour la décision rendue en automne 2018).

Les présentes circonstances rendent nécessaires, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, la mise en œuvre d'une expertise par des médecins indépendants selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire.

Conformément au principe inquisitoire, 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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).

Dans le cas présent, l'intimé s'est contenté de recevoir les rapports de la médecin généraliste traitante, de la psychiatre traitante et des radiologues, sans examen approfondi, la situation médicale restant ainsi très peu instruite et les avis du SMR ne permettant pas d'écarter des doutes quant à leur valeur probante.

La cause doit en conséquence être renvoyée à l'office pour une instruction approfondie, avec en particulier une expertise médicale, à tout le moins au plans orthopédique et psychiatrique, au sujet de toutes les questions pertinentes afférentes à la situation médicale du recourant et à son évolution, notamment sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, puis nouvelle décision au sujet de son degré d'invalidité et de la quotité de sa rente.

Cette instruction complémentaire prendra en compte, par économie de procédure, l'évolution de l'état de fait jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue, et elle clarifiera notamment la question de savoir comment fonctionne l'emploi adapté auprès de la FONDATION I_____, sans que d'autres mesures d'instruction que l'expertise médicale soient d'emblée exclues.

6. Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, avec notamment une expertise médicale bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, aux plans à tout le moins orthopédique et psychiatrique, puis nouvelle décision.

Étant donné qu'il s'agit en l'occurrence d'une révision, il est souhaitable que, dans la mesure du possible, soient mandatés le ou les mêmes experts qu'en 2017.

7. Le recourant obtenant pour une part importante gain de cause et étant assisté d'un conseil, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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 rendue le 12 juin 2024 par l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Alloue au recourant une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimé.
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

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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