

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4447/2017

ATAS/65/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 janvier 2018

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec recourant
élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane CECCONI

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1964, de nationalité italienne et au bénéfice d'un permis C, a exercé la profession de carreleur. Le 23 octobre 2001, il s'est déchiré le muscle du quadriceps de la cuisse droite en jouant au football. Depuis lors, il souffre de douleurs au niveau de la cuisse et de son genou droits et est en incapacité totale de travailler. Il a tenté de reprendre son activité du 15 au 21 avril 2002 avec des aménagements adaptés à ses limitations fonctionnelles. Cependant, l'employeur lui ayant demandé de nouveau des travaux dans les conditions habituelles de carreleur, l'intéressé a cessé toute activité lucrative.
2. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
3. Du 12 juin au 31 juillet 2002, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans le rapport du 30 août 2002, les médecins de cette clinique ont retenu comme diagnostics une déchirure du muscle antérieur droit et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Dans l'appréciation, les médecins ont constaté que l'évolution clinique et radiologique était favorable. Quant à l'importance actuelle des plaintes du patient et l'extension des douleurs à l'hémicorps droit, elles étaient à considérer dans le contexte d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. D'un point de vue médical, une reprise de travail à 50% était envisageable, avec une augmentation progressive à 100%.
4. Le 30 octobre 2002, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'octroi de mesures d'orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.
5. Par décision du 11 juillet 2003, l'office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assuré inapte au placement dès le premier jour contrôlé, dès lors qu'il s'était considéré en incapacité de travail totale de façon définitive et qu'il n'envisageait pas prochainement la reprise d'une activité.
6. Du 6 octobre au 2 novembre 2003, l'assuré a été mis au bénéfice d'une observation professionnelle. Il a été présent durant les vingt jours de cette observation, dont neuf jours à 50%. Selon le rapport du 18 novembre 2003 du centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), l'assuré avait une capacité résiduelle de travail de 52,5% (70% d'un rendement sur un temps partiel de 6 heures par jour) après une période d'adaptation, dans un emploi léger, simple et pratique, permettant d'alterner les positions, dans le circuit économique ordinaire. Il pourrait travailler en tant qu'opérateur CNC (computer numerical control, à savoir commande numérique par ordinateur), ouvrier dans le secteur de la mécanique légère ou employé dans le conditionnement léger. Il présentait des limitations fonctionnelles pour les positions agenouillée, accroupie ou trop statique et le port de charges. Il avait également une résistance plutôt faible ne permettant actuellement pas d'envisager un travail à plein temps, ainsi qu'une mobilité du dos

et des jambes restreinte. L'assuré avait de bonnes compétences manuelles (coordination, précision et maîtrise des gestes). Toutefois, il se plaignait très fréquemment de douleurs, montrait de nombreux signes d'inconfort et profitait de chaque entretien pour parler de ses atteintes et limitations. Dès le mois d'octobre, il avait présenté un certificat médical d'incapacité de travail à 50%. Cela étant, le COPAI a proposé une expertise pluridisciplinaire.

7. Dans une lettre du 12 novembre 2003, le docteur B_____, médecin-conseil de l'OAI, a indiqué que le scanner récent démontrait l'existence de deux hernies discales L4-L5 dont l'importance était relative et dont la responsabilité dans les plaintes exprimées n'était pas démontrée. Il a ajouté que les plaintes douloureuses étaient difficilement expliquées par les diverses atteintes décrites et que la déchirure ancienne du quadriceps ne pouvait pas être responsable d'une symptomatologie aussi « bruyante » que celle exprimée par le recourant. Selon lui, la capacité de travail de 50% évaluée par le stage COPAI était difficilement acceptable au vu du comportement de l'assuré durant le stage. Il a ajouté qu'une évaluation complémentaire sur le plan psychologique pourrait être utile pour expliquer les troubles de l'adaptation constatés et l'intensité inhabituelle des plaintes exprimées par l'assuré.
8. Par décision du 26 avril 2004, la SUVA a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 35% dès le 1^{er} novembre 2003, sur la base d'une capacité de travail entière dans une activité légère.
9. Au vu des divergences entre les conclusions de la SUVA qui a estimé que la capacité de travail de l'assuré était entière, tout en retenant un taux d'invalidité de 35% avec une atteinte à l'intégrité de 5%, et les conclusions des maîtres socio-professionnels du stage COPAI, qui ont fixé la capacité résiduelle de travail de l'assuré à 52.5% avec un rendement de 70%, l'OAI a ordonné un examen clinique bidisciplinaire le 11 juillet 2005 par ses médecins-conseils, à savoir les docteurs C_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et D_____, psychiatre FMH. Ceux-ci ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs de la cuisse droite avec atrophie dans le cadre d'un status après déchirure du droit antérieur en octobre 2001, des cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec hernies discales L4-L5 et L5-S1, un syndrome rotulien droit dans le cadre d'une chondropathie rotulienne de stade II, des douleurs de la cheville droite dans le cadre de troubles dégénératifs discrets, et une coxarthrose débutante bilatérale. La suspicion d'un syndrome du tunnel carpien droit et l'obésité étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Il ressortait également de ce rapport la présence de deux signes de Waddel, toutefois insuffisants pour poser le principe de syndrome d'amplification des troubles, un tel diagnostic nécessitant la présence d'au moins trois signes de Waddel. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pour le rachis, nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg, pas de port régulier de

charges d'un poids excédent 12kg, pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc. En ce qui concerne les membres inférieurs, pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles, escaliers. Pas de marche supérieure à 15 mn, pas de marche en terrain irrégulier. Sur le plan psychiatrique, aucun trouble susceptible de porter préjudice à sa capacité de travail n'a été mis en évidence par l'examen. En particulier, il n'y avait pas de troubles de l'attention ni de la concentration; la thymie était neutre; il n'y avait pas non plus de sentiment de culpabilité, ni anhédonie, ni fatigabilité, ni idées suicidaires. La capacité de travail a été évaluée à 0 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. Il ressort par ailleurs de l'anamnèse familiale que les trois frères et sœurs de l'assuré qui vivent en Suisse sont bénéficiaires d'une rente d'invalidité. Enfin, l'assuré a gardé de bons souvenirs de son enfance et rapporte une bonne entente au sein de sa famille.

10. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 7 septembre 2005, l'OAI a indiqué qu'au vu des divers diagnostics ostéo-articulaires présentés par l'assuré, sa capacité de travail était nulle en tant que carreleur. En revanche, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles ostéo-articulaires, la capacité de travail était complète. La comparaison des gains selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), laissait apparaître un degré d'invalidité de 35,8%. Ce taux ne permettait donc pas l'octroi d'une rente. En outre, compte tenu de la déclaration du 22 mai 2003 de l'assuré auprès du chômage, dans laquelle il se déclarait lui-même dans l'impossibilité d'exercer une quelconque activité lucrative et de son attitude globale lors du stage d'observation professionnelle, des mesures professionnelles ne pourront être envisagées que sur demande dûment motivée de sa part.
11. Par décision du 13 septembre 2005, l'OAI, se référant à l'examen bidisciplinaire du 11 juillet 2005, a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré, le degré d'invalidité ayant été estimé à 36 %. Sur opposition de l'assuré, l'OAI a confirmé sa décision le 16 mars 2006. Le recours contre cette décision a été rejeté par le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui chambre des assurances sociales de la Cour de justice), par arrêt du 22 août 2006.
12. Le 19 février 2007, l'assuré a formé implicitement une nouvelle demande de mesures d'ordre professionnel.
13. Il ressort du rapport de réadaptation professionnelle du 28 janvier 2008 notamment que l'assuré avait été placé dès le 3 septembre 2007 pour une durée d'une année dans un atelier de la marbrerie par le chômage. Il s'agissait d'un travail manuel très léger, permettant l'alternance des positions. Il était effectué dans un atelier pour personnes handicapées et ne pouvait pas être assimilé à un « vrai » travail selon l'assuré. Néanmoins, l'assuré avait signalé des difficultés pour assumer ce travail à 50%. Il rentrait souvent chez lui le soir épuisé, devant passer son temps libre à la maison, se reposer et récupérer. La réadaptation professionnelle a dès lors conclu à ce que des mesures professionnelles n'étaient pas justifiées au vu du manque de

motivation de l'assuré. Sur demande motivée, un mandat de placement pourrait être ouvert.

14. Par décision du 3 mars 2008, l'OAI a refusé la demande de réadaptation de l'assuré.
15. Selon le rapport du 3 novembre 2008 du service de neuro-rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) concernant l'observation des maîtres socio-professionnels de l'atelier, l'assuré présentait une incapacité totale de travailler en tant que carreleur. Les activités demandant de la finesse tactile étaient aussi à proscrire (dans l'horlogerie). La capacité de travail était éventuellement de 50% dans une activité légère avec positions alternées. Le pronostic quant à l'avenir professionnel de l'assuré dans le marché économique était très réservé.
16. Par courrier du 15 juin 2009, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, a formé au nom de l'assuré une demande de révision. Il a fait état d'une importante cruralgie droite séquellaire à une déchirure du muscle droit antérieur et résistant à tous les traitements. Celle-ci entravait considérablement la vie quotidienne de l'assuré et altérait notamment sa capacité de marche. Les douleurs étaient aussi présentes dans les positions statiques et en particulier dans les positions assises. Cette situation était corroborée par le rapport de stage à l'atelier de réadaptation professionnelle de Beau-Séjour qui concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité très ciblée sans port de charges avec des positions alternées assise/debout. L'importance des cruralgies avait fait orienter l'assuré vers le service de neurochirurgie. Toutefois, une IRM n'avait révélé qu'une petite hernie discale L4-L5 extra-foraminale gauche qui n'était pas suffisante pour expliquer les symptômes. Le handicap dont souffrait l'assuré était suffisamment important pour justifier une demi-rente.
17. Par décision du 2 juillet 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande de l'assuré formée le 20 mai 2009, dès lors qu'il n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état.
18. Selon le rapport du 16 décembre 2009 du docteur E_____ du service de rhumatologie des HUG, l'assuré présentait des cruralgies chroniques à droite dans un contexte de rupture partielle traumatique du quadriceps droit en 2001 et de lombalgies communes chroniques. La cruralgie semblait essentiellement secondaire à une mauvaise utilisation chronique de son membre inférieur droit. Ce médecin a aussi constaté un syndrome de déconditionnement marqué et une kinésiophobie. L'assuré ressentait un sentiment de rancœur vis-à-vis du corps médical et contre la société en général qui ne reconnaissent pas son problème à sa juste mesure et l'obligeaient à effectuer une réorientation professionnelle loin de ses capacités et de ses envies premières. Selon le Dr E_____, il n'y avait aucun argument clinique pour une cruralgie d'origine rachidienne. La situation était bien enkystée et évoluera difficilement de façon positive, dans la mesure où la situation socio-professionnelle s'aggraverait prochainement (fin des allocations de chômage en mars 2010) et où un trouble de l'humeur pourrait apparaître, qui se manifestait

actuellement essentiellement par une irritabilité. L'axe thérapeutique principal devait être dirigé vers une physiothérapie active extrêmement progressive et l'assuré devait être encouragé à instaurer et à poursuivre la pratique très régulière d'exercices physiques à domicile. Une prise en charge de type cognitivo-comportementale pourrait aussi être envisagée.

19. Le 19 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.
20. Par décision du 7 juin 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 8 février 2011 de l'assuré.
21. Le même jour, l'OAI a confirmé l'octroi d'une aide au placement, sous forme d'un module personnalisé. L'assuré a ainsi participé à dix demi-journées de l'atelier Club-emploi du 17 octobre au 25 novembre 2011.
22. Le 21 décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui octroyait un appareil acoustique binaural.
23. Dans son rapport du 14 juin 2012, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a constaté que les différentes mesures mises en place permettaient à l'assuré de rechercher un emploi adapté à sa situation de santé (ouvrier de montage, en manutention ou conditionnement).
24. Le 4 avril 2016, l'OAI a reçu le certificat médical du 21 mars 2016 du Dr D_____, dans lequel celui-ci a fait état de ce que la situation médicale de l'assuré continuait à se dégrader. Selon ce médecin, l'assuré se plaignait d'une accentuation des douleurs des deux membres inférieurs, notamment au niveau inguinal. Cliniquement, on observait une déformation marquée en varus des deux membres inférieurs avec interligne interne fémoro-tibial douloureux, une réduction des amplitudes articulaires des deux anses et une déhiscence du droit antérieur douloureuse à la palpation. Le bilan radiologique du bassin montrait une coxarthrose bilatérale sous forme d'un amincissement des interlignes coxo-fémoraux avec ostéophytose marginale des têtes fémorales. L'assuré n'avait pas pu retrouver une activité professionnelle compatible avec sa situation médicale. Une réévaluation de la situation serait nécessaire, laquelle semblait justifier une demi-rente.

L'OAI a interprété ce certificat comme une nouvelle demande de révision.

25. Le 1^{er} septembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré que des mesures professionnelles n'étaient actuellement pas indiquées.
26. Dans son avis médical du 21 novembre 2016, le docteur F_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a constaté que les amplitudes articulaires des hanches décrites par le spécialiste orthopédiste n'étaient pas éloignées de celles relevées 11 ans auparavant. Au demeurant, les limitations décrites dans le rapport final de 2005 prenaient en compte les atteintes actuelles. Il n'y avait ainsi pas une modification notable de l'état de santé de l'assuré et les conclusions de 2005 restaient toujours valables.

27. Le 25 novembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, en l'absence de modifications notables de son état de santé depuis sa dernière décision.
28. Le 5 décembre 2016, le docteur G_____, médecin traitant de l'assuré, a fait parvenir à l'OAI une attestation de la même date, selon laquelle la situation médicale s'était passablement dégradée. En plus des problèmes ORL (surdité partielle, acouphènes très invalidants empêchant l'assuré de dormir) et d'une rhinite chronique, ses handicaps au genou l'obligeaient à se déplacer avec une canne anglaise sur de courtes distances. À l'appui de son certificat, ce médecin a annexé les documents suivants :
- un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche effectuée le 22 novembre 2016 et concluant à de discrets remaniements du ménisque latéral sans déchirure avec une minime chondropathie tibiale latérale, à une enthésopathie fissuraire proximale du tendon poplité avec des séquelles de déchirure du ligament colatéral latéral, à des probables traces d'une petite déchirure radiaire du bord libre de la corne moyenne du ménisque médial avec une chondropathie tibiale médiale par endroits de stade III, un kyste lobulé à la surface du ligament collatéral médial, probablement au départ d'une bursopathie, et à des remaniements du ligament croisé antérieur suggérant des séquelles de déchirure partielle ;
 - le certificat médical du 5 janvier 2016 du docteur H_____, auto-rhinolaryngologue FMH, attestant que l'assuré présente une surdité partielle des deux côtés, l'obligeant à porter des appareillages auditifs, et une rhinite chronique ayant nécessité une intervention chirurgicale ; un emploi ne devrait pas être exercé dans un milieu bruyant à cause des troubles auditifs ou dans un espace sec et poussiéreux, à cause de la rhinite chronique.
29. Dans son avis médical du 1^{er} mars 2017, le Dr F_____ du SMR a indiqué qu'on pouvait raisonnablement admettre une péjoration durable de l'état de santé de l'assuré et qu'il convenait d'interroger les spécialistes.
30. Dans son rapport du 15 mars 2017, le Dr D_____ a émis les diagnostics de status après déchirure proximale du quadriceps droit, de coxarthrose bilatérale, d'important morphotype en varus des genoux avec syndrome rotulien, chondropathie fémoro-tibiale interne et déchirure radiaire du pan libre du ménisque interne évoluant vers une gonarthrose varisante, de lombosciatalgies droites, en rapport avec des hernies discales foraminales L5-S1 droite et L4-L5 gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 24 octobre 2001. L'assuré présentait une restriction importante pour la marche, le travail à genoux et le port de charges. Dans la position assise prolongée, il souffrait également de douleurs au niveau de ses genoux. On ne devait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
31. Dans son rapport du 27 mars 2017, le Dr H_____ a diagnostiqué une presbycousie précoce. L'activité exercée était encore exigible à 100%.

32. Dans son rapport du 31 mars 2017, le Dr G_____ a mentionné dans les diagnostics un syndrome douloureux à la cuisse droite post-déchirure, des lombosciatalgies droites, une déformation marquée en varus des membres inférieurs, une réduction des amplitudes des deux hanches, une déhiscence du droit antérieur, une surdité partielle appareillée et une rhinite chronique ayant nécessité une intervention chirurgicale en 2011. La capacité de travail était au maximum de 50% dans une activité adaptée.
33. Dans son avis médical du 28 septembre 2017, le docteur I_____ du SMR a constaté que, sur le plan orthopédique, les nouvelles pièces médicales versées au dossier n'apportaient pas d'éléments nouveaux et étaient connues du SMR lors de l'avis du 21 novembre 2016. La seule modification durable était une presbycusie précoce bilatérale. Partant, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée était toujours de 100%.
34. Par décision du 5 octobre 2017, l'OAI a refusé le droit aux prestations à l'assuré, estimant qu'il ne justifiait pas d'une modification notable de son état de santé depuis la dernière décision.
35. Par acte du 6 novembre 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité, sous suite de dépens. À titre préalable, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Subsidiairement, il a demandé l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Il a fait observer que le Dr I_____ du SMR ne l'avait pas personnellement examiné. Au demeurant, l'avis du SMR du 28 septembre 2017 constatait qu'il souffrait d'une nouvelle affection à la santé sous la forme de douleurs à son genou gauche et, le 21 novembre 2016, le Dr F_____ du SMR avait encore admis une péjoration de l'état de santé. En tout état de cause, il ressortait clairement du dossier que l'état de son genou gauche s'était aggravé. Le rapport du SMR du 28 septembre 2017 ne se livrait pas à une analyse détaillée des rapports subséquents qui avaient été demandés aux spécialistes conformément à l'avis du SMR précédent. Enfin, il y avait des divergences essentielles entre les avis de ses médecins traitants et ceux du SMR, s'agissant de la capacité de travail. Ainsi, il s'avérait nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire. Le recourant se réservait de calculer le droit à la rente d'invalidité une fois les conclusions de l'expertise judiciaire connues. Enfin, il a relevé que le Dr E_____ a considéré qu'il s'agissait d'une situation bien enkystée qu'il sera difficile de faire évoluer positivement, et que sa capacité de travail était de 50%. Enfin, le Dr D_____ a estimé qu'il n'avait aucune capacité de travail.
36. Dans sa réponse du 5 décembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que le SMR avait pris en compte l'affection du genou gauche, dès lors qu'il avait retenues comme atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail une coxarthrose bilatérale, une déchirure du quadriceps droit, une gonarthrose bilatérale varisante et une surdité bilatérale modérée. Toutefois, ces atteintes ne modifiaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles (restriction à la marche, pas de travail à genoux, pas de port de charges, alternance des positions assis-debout, pas de travail en terrain irrégulier, de montée et descente d'escaliers, pas de travail dans une ambiance bruyante ou nécessitant une audition parfaite). Cela étant, le taux d'invalidité était demeuré inchangé depuis la dernière décision. Enfin, l'intimé s'est opposé à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, la jugeant inutile.

37. Par réplique du 22 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a relevé, qu'en se ralliant aux conclusions du Dr I____, l'intimé s'opposait notamment à l'avis médical du Dr D____ qui décrivait une aggravation générale sur le plan orthopédique de la santé du recourant depuis 2007, s'agissant notamment des nouvelles atteintes à son genou gauche. Selon ce médecin, la capacité de travail était inexistante, même dans une activité adaptée. Par ailleurs, le SMR s'était contenté de mentionner une gonarthrose bilatérale varisante et n'avait pas mentionné les affections au genou gauche, à savoir une chondropathie fémoro-tibiale médiale au stade III avec une déchirure au bord libre de la corne moyenne du ménisque médial et des séquelles de déchirure du ligament collatéral latéral, associée à une enthésopathie fissuraire proximale du tendon poplité, comme indiqué dans le rapport du Dr D____. À ces nouvelles atteintes du genou s'ajoutaient d'autres affections, nouvelles et aggravées. Par ailleurs, selon le Dr G____, le recourant ne disposait que d'une capacité de travail de 50% maximum dans une activité adaptée. Au demeurant, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR revenaient en réalité à nier le caractère exigible d'une quelconque activité professionnelle. Du reste, le recourant n'avait pas ménagé ses efforts pour trouver un emploi et n'avait cessé de réitérer ses demandes de mesures professionnelles, en renouvelant à chaque fois son intérêt et sa motivation pour de telles mesures.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé et si cette aggravation a engendré une incapacité de gain lui ouvrant le

droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle.

4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue des besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). 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 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références).

L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'il convenait de comparer l'état de santé avec celui tel qu'il se présentait lors de la dernière décision entrée en force, pour autant que celle-ci reposât sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 p. 110 ss consid. 5). 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

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.

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate

que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).
9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
10. 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.
 - a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

b. 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 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).

c. S'agissant des avis du SMR, le Tribunal fédéral a exposé qu'un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

11. En l'occurrence, les médecins du SMR ont posé, lors de leur examen du 11 juillet 2005, les diagnostics de douleurs de la cuisse droite avec atrophie dans le cadre

d'un status après déchirure du droit antérieur en octobre 2001, de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs avec hernies discales L4-L5 et L5-S1, d'un syndrome rotulien droit dans le cadre d'une chondropathie rotulienne de stade II, de douleurs de la cheville droite dans le cadre de troubles dégénératifs discrets, et d'une coxarthrose débutante bilatérale. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: alternance deux fois par heure des positions assise et debout, absence de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5kg et de port régulier de charges d'un poids excédent 12kg, pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant des genuflexions répétées, ni de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles ou escaliers, pas de marche supérieure à 15 mn ni de marche en terrain irrégulier

Par rapport à cet examen, il convient de constater que l'état du genou gauche du recourant s'est détérioré, dès lors que cette articulation présente aujourd'hui une allure arthrosique avec atteinte cartilagineuse stade III. Il se plaint aussi d'une aggravation de la cruralgie qui semble être secondaire à une mauvaise utilisation chronique de son membre inférieur droit, selon le rapport du 16 décembre 2009 du Dr E____. Il présente également un déconditionnement marqué et une kinésiophobie. À cela s'ajoute une réduction des amplitudes de la hanche.

Le Dr D_____ fait état, dans son rapport du 15 juin 2009, d'importantes cruralgies et d'une incapacité de travail de 50%. Toutefois, l'IRM ne révèle qu'une petite hernie discale L4-L5 extra-foraminale gauche qui n'est pas suffisante pour expliquer les symptômes, comme l'admet ce médecin dans le même rapport. Cette hernie discale était au demeurant déjà présente lors de l'examen par les médecins du SMR en 2005 et ne semble donc pas avoir évolué. Enfin, selon le rapport du 16 décembre 2009 du Dr E____, il n'y avait aucun argument clinique pour une cruralgie d'origine rachidienne. Ainsi, ces cruralgies ne peuvent pas être considérées comme une atteinte avec un substrat organique objectif. Aussi, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision de ce médecin.

Dans son rapport du 21 mars 2016, le Dr D_____ mentionne que l'assuré se plaint d'une accentuation des douleurs des membres inférieurs, notamment au niveau inguinal, sans faire état d'examens radiologiques démontrant une cause organique. Il observe par ailleurs une déformation marquée en varus des deux membres inférieurs avec interligne interne fémoro-tibial douloureux, une réduction des amplitudes articulaires des deux hanches et une déhiscence du droit antérieur douloureuse à la palpation. Le bilan radiologique du bassin montre une coxarthrose bilatérale sous forme d'un amincissement des interlignes coxo-fémoraux avec ostéophytose marginale des têtes fémorales. Le Dr D_____ estime toujours la capacité de travail à 50%.

Le 15 mars 2017, le Dr D_____ diagnostique un status après déchirure proximale du quadriceps droit, de coxarthrose bilatérale, d'importants morphotype en varus des genoux avec syndrome rotulien, chondropathie fémoro-tibiale interne et déchirure radiaire du pan libre du ménisque interne évoluant vers une gonarthrose

varisante, de lombosciatalgies droites, en rapport avec des hernies discales foraminales L5-S1 droite et L4-L5 gauche. L'incapacité de travail est totale depuis le 24 octobre 2001. L'assuré présente une restriction importante pour la marche, le travail à genoux et le port de charges. Dans la position assise prolongée, il souffre également de douleurs au niveau de ses genoux.

Quant au Dr E_____, ses diagnostics rejoignent ceux du Dr D_____ sur le plan orthopédique. Il ajoute encore que le recourant souffre d'une rhinite chronique et d'une surdité partielle. La capacité de travail est de 50%, selon ce médecin.

Dans son avis du 21 novembre 2016, confirmé par l'avis du 28 septembre 2017 du Dr I_____, le Dr F_____ du SMR considère que les amplitudes articulaires des hanches décrites par le spécialiste orthopédiste ne sont pas éloignées de celles relevées 11 ans auparavant. Au demeurant, les limitations décrites dans le rapport final de 2005 prennent en compte les atteintes actuelles.

Cela paraît convaincant. En effet, en dépit d'une coxarthrose, pour laquelle aucune indication opératoire n'est actuellement donnée, et d'atteintes aux deux genoux, une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles constatées en 2005 doit être considérée comme étant toujours adaptée. Il n'y a pas d'autres limitations qui se sont ajoutées, sauf en ce qui concerne celles liées à la presbycusie et la rhinite chronique. En effet, le Dr D_____ ne mentionne dans son dernier rapport qu'une restriction importante pour la marche, le travail à genoux et le port de charges, limitations qui figurent dans celles décrites par les médecins du SMR. Ainsi, les aggravations n'ont aucune répercussion supplémentaire sur la capacité de travail et les activités exigibles telles que définies par le service de réadaptation professionnelle restent toujours valables, à savoir une activité en tant qu'opérateur CNC, ouvrier dans le secteur de la mécanique légère ou employé dans le conditionnement léger. Ces activités ne nécessitent pas une audition parfaite et ne s'exercent en principe pas dans un milieu bruyant, indépendamment du fait que le recourant pourrait aussi porter des protections contre le bruit, ni dans un environnement poussiéreux.

Par ailleurs, en ce que le Dr F_____ du SMR a admis une péjoration dans son avis du 21 novembre 2016, cela ne signifie pas qu'il a également reconnu une aggravation avec répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'aggravation n'est pas niée, en particulier en raison des atteintes au genou gauche. Toutefois, comme relevé ci-dessus, cette aggravation ne change rien au fait que le recourant pourrait toujours travailler dans une activité adaptée.

Au demeurant, comme relevé ci-dessus, des activités professionnelles adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant existent, contrairement à ce qu'il allègue. Enfin, si le Dr E_____ affirme dans son rapport du 16 décembre 2009 que la situation du recourant est bien enkystée et évoluera difficilement de façon positive, dans la mesure où la situation socio-professionnelle s'aggravera prochainement, cela ne démontre pas que le recourant souffre d'atteintes à la santé qui limitent

objectivement sa capacité de travail dans une activité adaptée, mais uniquement que des facteurs psychosociaux ont une mauvaise influence sur la motivation et les ressources du recourant, sans qu'il ressorte du dossier pour autant que celui-ci souffre d'une atteinte psychique notable. A cet égard, il sied également de relever qu'un déconditionnement et une kinésiophobie ne sont pas considérés comme des maladies au sens de la LAI.

Cela étant, une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise médicale ne paraît pas nécessaire, les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles en résultant étant connues et non contestées.

Partant, aucune aggravation avec répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée ne peut être admise, comme le SMR l'a constaté.

12. Subsidiairement, le recourant conclut à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid 3.2 et les références).

b. En l'espèce, le recourant ne peut être suivi en ce qu'il affirme qu'il n'a pas ménagé ses efforts pour trouver un emploi et cessé de réitérer des demandes de mesures professionnelles, en renouvelant à chaque fois son intérêt et sa motivation pour de telles mesures. C'est tout le contraire qui ressort des stages d'orientation

professionnelle dont il a bénéficié en 2003 et 2008, lors desquels il s'est montré très démonstratif dans ses plaintes et démotivé. Le Dr E_____ rapporte en outre dans son rapport du 16 décembre 2009 que le recourant a développé un sentiment de rancœur vis-à-vis du corps médical et contre la société en général qui ne reconnaissent pas son problème à sa juste mesure et l'obligent à effectuer une réorientation professionnelle loin de ses capacités et de ses envies premières. Cela démontre que le recourant n'a en réalité pas la motivation pour se réadapter. Partant, de nouvelles mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec, indépendamment du fait que le recourant en a déjà bénéficié.

Par conséquent, le recourant ne peut prétendre à de nouvelles mesures d'ordre professionnel.

13. Cela étant, le recours sera rejeté.
14. Dès lors que le recourant succombe, un émolument de justice de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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