



POUVOIR JUDICIAIRE

A/966/2019

ATAS/810/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 septembre 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Marie FAIVRE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Dès 2004, Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1956, d'origine marocaine, ayant exercé la profession de couturière dans son pays, et d'employée de maison et de concierge en Suisse, a déposé plusieurs demandes de prestations d'invalidité.
2. a. Le 8 avril 2004, l'assurée a déposé une première demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après OAI), visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, en raison de deux vertèbres ouvertes et de problèmes d'arthrose à la jambe gauche depuis 1986 environ.
b. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a rassemblé divers rapports médicaux et a soumis l'assurée à un examen rhumatologique réalisé par les médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) le 10 décembre 2007.
Selon le rapport y relatif, les diagnostics étaient les suivants : léger syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique, discopathies étagées protrusives et dysbalances musculaires. La capacité de travail était de 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter les positions statiques prolongées debout, assise, en rotation-flexion du tronc et porte-à-faux, et le bras droit au-delà de l'horizontal ; le port de charges était limité à dix kilos occasionnellement et à cinq kilos en portant seulement avec le bras droit ; pas de travail à la chaîne, ni sur machine vibrante.
c. Par projet du 6 mars, confirmé le 24 avril 2008, l'OAI a rejeté la demande, refusant par-là le droit à rente d'invalidité.
3. a. Le 26 mars 2009, l'assurée a déposé une deuxième demande en raison d'une déchirure musculaire à droite, de problèmes de disques de la colonne vertébrale et d'une dépression.
b. Par décision du 21 septembre 2009, l'OAI a rejeté la demande précitée, l'état de santé de l'assurée ne s'étant pas modifié depuis la dernière décision.
4. a. Une troisième demande de prestations a été formée par l'assurée le 14 octobre 2010 en raison de l'arthrose - déjà connue - et de dépression.
b. Après avoir rassemblé divers rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, l'OAI a mandaté, pour examen, les docteurs B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SMR.

Dans leur rapport du 11 janvier 2012, les médecins précités ont posé les diagnostics suivants : omalgies bilatérales chroniques sur pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs bilatérale, status après réinsertion de la coiffe et acromioplastie de l'épaule droite en 2006, status après réinsertion de la coiffe des rotateurs et acromioplastie gauche en 2010, lombalgies mécaniques dans un contexte de

troubles dégénératifs mineurs débutants (avec effet sur la capacité de travail) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, une surcharge pondérale avec obésité de classe 1, BMI à 34 et déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance et un genu vara bilatéral (sans répercussion sur la capacité de travail).

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle de gouvernante ou de femme de ménage et de 100% dans toute forme d'activité respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs et occasionnellement au-delà de 7,5 kg ; pas d'activité en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de manière répétitive et occasionnelle au-delà de 90° ; pas de positions statiques assises prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'activité en hauteur ni en terrain instable et pas d'exposition à des températures froides ou à l'humidité. Du point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif actuel moyen, sans syndrome somatique, était en lui-même non-incapacitant, de sorte qu'aucun élément probant, anamnestique ou clinique ne permettait de retenir une quelconque période d'incapacité de travail pour raisons psychiatriques, à quelque période de la vie de l'assurée que ce soit.

c. Procédant à une comparaison des revenus, l'OAI est arrivé à un degré d'invalidité de 15,57%, arrondi à 16%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par projet de décision du 24 avril 2012, confirmé le 4 juin 2012, l'OAI a rejeté toute possibilité de reclassement, ainsi que la demande de rente d'invalidité.

d. Sur recours de l'assurée, la chambre de céans a, par arrêt du 20 novembre 2012 (ATAS/1393/2012) confirmé le refus de l'OAI de mettre l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité et a renvoyé la cause à l'OAI pour examen d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle comme cet office l'avait du reste requis dans ses écritures.

5. En raison d'une intervention chirurgicale au genou droit le 12 février 2013 ainsi que d'une nouvelle intervention à l'épaule droite prévue pour le mois de septembre 2013, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées pour le moment (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 26 juillet 2013).
6. L'OAI a ouvert une nouvelle procédure d'instruction suite à ce rapport de réadaptation professionnelle du 26 juillet 2013 et a rassemblé diverses appréciations médicales, dont notamment celle du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 22 décembre 2014, dans lequel ce médecin a évoqué une affection orthopédique et rhumatismale depuis 2004, étant à l'origine d'un trouble dépressif depuis 2008. Le pronostic était très réservé.

En annexe à ce rapport figuraient les documents suivants :

- Un résumé d'intervention du centre de thérapies brèves (CTB) daté du 6 février 2009, dans lequel le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, avait été posé. Suite à l'intervention au CTB, l'assurée avait été adressée à la Consultation des Pâquis pour le suivi.
 - Un résumé d'intervention de la consultation des Pâquis daté du 8 novembre 2012, dont il ressort que le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent, épisode moyen sans syndrome somatique. Dès le mois de mars 2012, l'assurée ne se présentait plus à ses rendez-vous mais venait spontanément, pour demander des ordonnances ou solliciter l'appui des médecins pour les démarches pour obtenir une rente d'invalidité. Après que les médecins lui aient signifié que son état ne justifiait pas une incapacité de travail de plus de 50% ni une prestation d'invalidité pour ses seuls troubles psychiques, l'assurée n'était plus revenue à la consultation.
7. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour expertise. Après avoir notamment résumé, dans son rapport du 4 mars 2016, la documentation médicale à disposition et procédé à un examen clinique, le médecin précité a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post lésion du tendon du sus-épineux droit, status post réinsertion par voie ouverte du tendon du sus-épineux droit avec acromioplastie le 27 mars 2006, status post lésion du tendon du sus-épineux gauche, status post réinsertion par voie ouverte du tendon du sus-épineux gauche avec acromioplastie le 21 avril 2010, status post lésion du tendon du sus-épineux gauche et arthropathie acromio-claviculaire, status post suture du tendon du sus-épineux sous arthroscopie, acromioplastie et résection du centimètre externe de la clavicule et ténotomie du biceps gauche le 7 mai 2014 ainsi que gonarthrose fémorotibiale interne débutante AHLBAECK I droite, diagnostic posé à l'imagerie du 9 mars 2015. Selon le Dr E_____, il n'était pas possible d'être plus précis, l'assurée ne fournissant pas l'imagerie du genou de l'année 2013, celle du rachis lombaire et celle des épaules et ce, malgré les multiples demandes. À titre de diagnostic sans incidence sur la capacité de travail, le Dr E_____ a retenu ceux de discopathie C5/C6 sans lésion neurologique, diagnostic posé à l'IRM du 15 juin 2015. Cette atteinte n'entraînait aucune conséquence sur la capacité de travail, vu l'absence de compression radiculaire et médullaire avec peu de signes de dégénérescence discale, dans le cadre d'un examen clinique marqué par l'absence de douleurs et la normalité des amplitudes articulaires.

Les limitations fonctionnelles en lien avec les membres supérieurs étaient les suivantes : pas d'élévation du membre supérieur au-dessus du plan des épaules, pas de position statique d'élévation ou d'abduction des membres supérieurs même à moins de 90°, pas de mouvements de circumduction de l'épaule, pas de port de charges de plus de 5 kg, interdiction de tirer, pousser, presser ou appuyer sur des charges de plus de 15 kg, pas de mouvement de s'accrocher ou s'agripper et pas de

lancer. Quant aux limitations fonctionnelles en lien avec le genou, elles appartenaient à la classe 1. Ainsi, il convenait d'éviter d'accomplir de façon répétitive ou fréquente les activités impliquant de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 15 à 25 kg, travailler en position accroupie, ramper et grimper ainsi que d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de l'articulation en cause. Des limitations de classe 2 venaient encore s'ajouter à celles de classe 1 et étaient les suivantes : éviter les activités impliquant de soulever, porter, pousser, tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kg, effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents, avec effort, de l'articulation en cause, rester debout plusieurs heures, pivoter sur le membre inférieur en cause, monter fréquemment plusieurs escaliers, marcher en terrain accidenté ou glissant ou pentu, travailler dans une position instable (échafaudages, échelles, escaliers).

La capacité de travail dans l'activité habituelle de gouvernante était exigible à l'exception des activités interdites par les limitations fonctionnelles. C'est pourquoi une capacité de travail de 70% était retenue dans ce métier, compte tenu notamment du temps nécessaire à l'utilisation d'un escabeau pour respecter les limitations fonctionnelles du travail en hauteur. Quant à l'activité de concierge, elle était exigible à plein temps. La capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la recourante était entière. Hormis pour la période du 7 mai 2014 au 1^{er} octobre 2014, il n'existait aucune incapacité de travail médicalement justifiée.

8. Par projet de décision du 1^{er} novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande, le degré d'invalidité de 2% étant insuffisant.
9. Suite à l'opposition de l'assurée, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a confirmé son projet de décision du 1^{er} novembre 2016, toutefois par substitution de motifs, retenant désormais un degré d'invalidité de 27%, lequel restait toutefois insuffisant pour lui donner droit au versement d'une rente d'invalidité.
10. L'assurée a interjeté recours le 23 mai 2017 et a notamment contesté la valeur probante de l'expertise du Dr E_____. Elle a également sollicité la mise sur pied d'un examen neuropsychologique en se fondant sur les rapports du Dr D_____.
11. Par arrêt du 17 avril 2018 (ATAS/326/2018), la chambre de céans a annulé la décision du 11 avril 2017 et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En effet, l'expertise du Dr E_____ du 4 mars 2016 ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels pour lui voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que la chambre de céans n'était pas en mesure d'apprécier les répercussions de l'aggravation de l'atteinte et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail de l'assurée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité. L'instruction complémentaire ne devait toutefois pas porter sur l'aspect psychique, dès lors qu'il ne ressortait pas du dossier que l'ensemble des thérapies ambulatoires et stationnaires indiquées et réalisées selon les règles de l'art avec une coopération optimale de l'assurée avaient échoué.

12. Suite au renvoi, l'OAI a mandaté le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Selon son rapport du 27 août 2018, les diagnostics étaient les suivants : status après deux interventions sur la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec un résultat fonctionnel moyen, status après intervention sur la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec un bon résultat final, status de gonarthrose interne droite moyenne confirmée sur le cliché récent sans progression nette depuis le cliché précédent de 2015, lombalgies intermittentes (avec répercussion sur la capacité de travail) et surcharge pondérale ainsi que discopathie cervicale mise en évidence sur une IRM, sans traduction clinique actuellement (sans répercussion sur la capacité de travail).

Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de manière ponctuelle au niveau des membres supérieurs ; pas de position statique assise prolongée au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions ; pas de mouvements de rotation du tronc ou d'antéflexion du rachis ; pas d'activité en position agenouillée ou accroupie compte tenu des gonalgies ; pas de montée sur une échelle ; pas de déplacements répétés dans les escaliers ; ne pas se baisser de façon répétée avec un port de charge global limité à 5kg ; pas d'exposition à des températures froides ou à l'humidité.

Au vu des limitations fonctionnelles précitées, l'assurée ne pouvait exercer à plus de 50% les charges attendues d'elle tant dans la profession de gouvernante que dans l'activité accessoire de concierge. En revanche, dans une activité adaptée, l'assurée devait être capable de travailler à 100%.

13. Par avis du 21 septembre 2018, le SMR a estimé qu'il convenait de suivre les conclusions du Dr F_____.
14. Le 18 octobre 2018, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Se fondant sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée et en appliquant un abattement de 20%, l'OAI a retenu une invalidité de 33,96%.
15. Par projet du même jour, l'office précité a informé l'assurée qu'il entendait rejeter la demande de prestations, faute d'invalidité suffisante.
16. Le 22 novembre 2018, l'assurée a marqué son opposition avec le projet précité sous la plume de son conseil, relevant que l'OAI n'avait pas pris en considération l'entier de la problématique et notamment l'affection anxio-dépressive secondaire à l'atteinte orthopédique et rhumatologique. Par ailleurs, quand bien même l'âge n'était pas un facteur invalidant en soi, il était illusoire d'espérer la reprise d'une activité lucrative à 100%. Etant éloignée du marché du travail depuis 10 ans, elle ne pourrait que reprendre, à 62 ans, son activité habituelle de gouvernante, laquelle ne pouvait être exercée, selon l'expert, qu'à un taux de 50%. S'agissant de la comparaison des retenus, l'abattement maximum devait être appliqué au vu des nombreuses limitations. Dans tous les cas, la reprise d'une activité lucrative après 10 ans d'incapacité de travail commandait à tout le moins la mise en œuvre d'un stage de réadaptation à l'effort, lequel se terminerait, concrètement, avec sa mise à

la retraite. S'agissant plus particulièrement du revenu sans invalidité, il ne tenait pas compte du salaire de concierge à 10%, de sorte que le montant concerné devait être augmenté en conséquence. Pour tous ces motifs, l'assurée concluait à un quart de rente au moins.

17. Par décision du 4 février 2019, l'OAI a confirmé son projet du 18 octobre 2018.
18. Le même jour, l'assurée, sous la plume de son conseil, a transmis à l'OAI un rapport de son psychiatre traitant, le Dr D_____, daté du 21 janvier 2019, dont il ressort qu'il avait demandé un examen neuropsychiatrique par courrier du 9 août 2017 dans le but d'évaluer les capacités de l'assurée à reprendre une activité. Le médecin du SMR avait été surpris par cette demande et l'avait refusée, alors même qu'il ressortait clairement de son courrier qu'il n'y avait pas de dépression. Par conséquent, il maintenait que l'atteinte orthopédique déterminait la capacité de travail mais qu'il fallait tout de même tenir compte des restrictions cognitives.
19. Le 11 mars 2019, l'assurée (ci-après : la recourante), toujours sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 4 février 2019, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise neuropsychiatrique, dont le but serait de cerner les possibilités d'activités adéquates envisageables compte tenu des limitations et restrictions constatées s'agissant de ses capacités mnésiques et cognitives, et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente dont le taux sera déterminé en fonction des éléments recueillis.
20. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu le 8 avril 2019 et a conclu au rejet du recours. Le Dr D_____ avait déjà demandé la mise en œuvre d'un examen neuropsychiatrique par courrier du 9 août 2017. Le SMR et la chambre de céans avaient toutefois considéré qu'une instruction complémentaire n'était pas justifiée sur le plan psychique, étant rappelé que la recourante n'avait pas interjeté recours à l'encontre de l'arrêt du 17 avril 2018.
21. Par réplique du 13 mai 2019, la recourante a repris les arguments d'ores et déjà évoqués dans son courrier du 22 novembre 2018 (voir supra ch. 16), concluant que « si l'AI, compte tenu de l'âge de [la recourante], qui est proche de l'AVS, décide de ne pas entreprendre les mesures utiles à un sain reclassement professionnel de [la recourante], au sens des développements susvisés, elle devra alors lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité compte tenu des activités antérieures ».

En annexe à sa réplique, la recourante a notamment produit un courrier du Dr D_____ du 23 mars 2019, portant principalement sur les types de mémoire (mémoire immédiate, mémoire courte, mémoire moyenne et mémoire ancienne ; mémoire épisodique, mémoire sémantique, « mémoire procédurale »). Le MMS, qui était un test courant pour les maladies dégénératives comme les maladies d'Alzheimer ou de Parkinson, permettait surtout de vérifier la mémoire procédurale, qui facilitait l'accomplissement automatique des tâches du quotidien.

22. L'intimé a produit sa duplique le 11 juin 2019 et a expliqué qu'il avait retenu un abattement de 20% en raison des limitations fonctionnelles, des années de service, de l'âge de la recourante et du fait que seule une activité légère était possible. Ce taux tenait suffisamment compte de la situation de la recourante, eu égard aux critères retenus par la jurisprudence. Elle renvoyait pour le surplus à sa précédente écriture ainsi qu'à l'arrêt du 17 avril 2018 en ce qui concernait la demande d'examen neuropsychiatrique.
23. Après échange des écritures, 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), 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. A titre liminaire, il y a lieu de rappeler l'objet du litige.

Entre avril 2004 et octobre 2010, la recourante a formellement déposé trois demandes de prestations d'invalidité, toutes rejetées par l'OAI, la dernière en date du 4 juin 2012. Suite au recours de l'assurée, la chambre de céans avait, par arrêt du 20 novembre 2012, confirmé la décision du 4 juin 2012, tout en renvoyant la cause à l'OAI, à sa demande, pour examen des mesures de réadaptation professionnelle.

En raison des interventions chirurgicales, l'OAI a considéré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas adaptées (cf. rapport de réadaptation professionnelle du 26 juillet 2013) et a repris l'instruction sur le plan médical.

En d'autres termes, en juillet 2013, l'OAI a considéré que la recourante avait implicitement formé une nouvelle demande en raison d'une aggravation de son état de santé. Dans la mesure où l'intimé ne s'est pas contenté de rassembler des rapports des médecins traitants, mais qu'il a également suggéré la réalisation d'une expertise, confiée au Dr E_____, il doit être considéré que l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Se fondant sur le rapport du Dr E_____, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Par arrêt du 17 avril 2018, la chambre de céans a considéré que l'expertise du médecin précité n'était pas probante et a renvoyé la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire. L'intimé a alors confié au Dr F_____ le soin de procéder à une nouvelle expertise

de la recourante. Sur la base du rapport établi le 27 août 2018 par le médecin précité, l'OAI a, une nouvelle fois, rejeté la demande de prestations, par décision du 4 février 2019.

Le litige porte ainsi sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la quatrième demande de prestations de la recourante implicitement formulée en 2013. Concrètement, le litige concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante entre juillet 2012 (rejet de la précédente demande de prestations) et février 2019 (rejet de la nouvelle demande de prestations).

4. a. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a ; 109 V 114 consid. 2a et b).

b. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

5. a. 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).

b. 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.

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. a. 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. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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.

b/aa. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b/bb. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8. a. En l'espèce, à l'issue de l'instruction de la troisième demande de prestations, l'intimé a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité était insuffisant. Cette décision, confirmée sur recours par la chambre de céans, se fondait sur le rapport établi le 9 novembre 2011 par les Drs B_____ et C_____, médecins auprès du SMR. Selon le rapport précité, les diagnostics étaient les suivants : omalgies bilatérales chroniques sur pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs bilatérale, status après réinsertion de la coiffe et acromioplastie de l'épaule droite en 2006, status après réinsertion de la coiffe des rotateurs et acromioplastie gauche en 2010 ; lombalgies mécaniques dans un contexte de troubles dégénératifs mineurs débutants (avec répercussion sur la capacité de travail) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, surcharge pondérale avec obésité de classe 1, BMI à 34 et déconditionnement musculaire global et focal avec dysbalance et un genu vara bilatéral (sans répercussion sur la capacité de travail).

En raison de ces atteintes, les médecins du SMR avaient retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de façon répétitive au niveau des membres supérieurs et occasionnellement au-delà de 7,5 kg, pas d'activité en antépulsion ou en abduction au-delà de 60° de manière répétitive et occasionnelle au-delà de 90°, pas de positions statiques assises prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions au minimum une fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance, pas d'activité en hauteur ni en terrain instable, pas d'exposition à des températures froides ou à l'humidité.

Compte tenu de ces limitations, les médecins du SMR avaient estimé que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations susmentionnées.

a/bb. En raison de la procédure antérieure, la recourante savait ainsi qu'un changement d'activité était attendu de sa part. Dans le contexte de la quatrième demande, implicitement formulée en 2013, l'OAI devait donc examiner si un changement de circonstances important, susceptible d'influencer le degré d'invalidité évalué précédemment, s'était produit depuis 2012. C'est pourquoi, l'intimé a, dans un premier temps, mandaté le Dr E_____, dont les conclusions n'ont pas été considérées comme probantes par la chambre de céans. Suite au renvoi, l'intimé a mandaté le Dr F_____, pour expertise. C'est sur la base de son rapport, dont la valeur probante n'a pas été remise en question par la recourante, que l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Dans son rapport du 27 août 2018, le Dr F_____ a retenu les diagnostics de status après deux interventions sur la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec un résultat fonctionnel moyen, status après intervention sur la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec un bon résultat final, status de gonarthrose interne droite moyenne confirmée sur le cliché récent sans progression nette depuis le cliché précédent de 2015, lombalgies intermittentes (avec répercussion sur la capacité de travail) et de surcharge pondérale ainsi que discopathie cervicale mise en évidence sur une IRM, sans traduction clinique actuellement (sans répercussion sur la capacité de travail).

Ces atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 2,5 kg de manière ponctuelle au niveau des membres supérieurs, pas de positions statiques assises prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de varier les positions, pas de rotation du tronc ou de mouvement d'antéflexion du rachis, pas d'activité en position agenouillée ou accroupie compte tenu des gonalgies, sans devoir monter sur une échelle, pas de déplacements répétés dans les escaliers, pas de mouvements de rotation du tronc, ne pas se baisser de façon répétée avec un port de charge global limité à 5kg, pas d'exposition à des températures froides ou à l'humidité.

Compte tenu de ces limitations, le Dr F_____ a évoqué une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

a/cc. Il ressort de ce qui précède que l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la troisième et la quatrième demande : il s'est en effet amélioré s'agissant des atteintes aux épaules mais s'est aggravé au niveau des membres inférieurs avec l'apparition de gonalgies, lesquelles ont entraîné des limitations fonctionnelles supplémentaires à ce niveau. Cette aggravation n'a toutefois pas entraîné de modification de la capacité de travail laquelle s'élève toujours à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans l'activité adaptée. L'aggravation au niveau des membres inférieurs a, en quelque sorte, été compensée, s'agissant de la capacité de travail, par l'amélioration au niveau des membres supérieurs. En revanche, les limitations fonctionnelles supplémentaires au niveau des membres inférieurs restreignent désormais encore plus la palette d'activités adaptées exigibles.

b. La recourante ne remet pas en question la capacité de travail ainsi retenue sur le plan orthopédique mais conclut à la mise en place d'une expertise neuropsychiatrique, laquelle devrait permettre « de cerner les possibilités 'd'activités adéquates' ouvertes ».

Force est toutefois de constater que dans le contexte de la quatrième demande, le Dr D_____ ne pose aucun diagnostic psychiatrique. Si dans son rapport du 22 décembre 2014, il a formellement évoqué le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F32.10), expliquant que celui-ci était surtout secondaire à l'atteinte orthopédique/rhumatologique, il n'a mentionné ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail, renvoyant à chaque fois au médecin spécialisé en orthopédie/rhumatologie. Il en va de même de ses considérations du 5 mai 2017, dans le cadre desquelles il évoque un trouble anxio-dépressif qui, associé à l'hypertension, au pré-diabète et à la dyslipidémie, avait une incidence négative sur les capacités cognitives de la recourante, ce qui avait été confirmé par le MMS. A nouveau, il ne retient ni véritablement des limitations fonctionnelles ni une incapacité de travail. Dans son rapport du 9 août 2017, ce médecin considère qu'il n'y a pas de dépression sans angoisse ni d'angoisse sans dépression. A nouveau, le Dr D_____ ne retient ni limitations fonctionnelles ni incapacité de travail. Le 21 janvier 2019, il déclare que « c'était clair dans [son] courrier qu'il n'y avait pas de dépression ». Il précise qu'un tel examen était le seul permettant de bien trouver « l'activité adéquate ». Dans son rapport du 23 mars 2019, il explique surtout les notions de mémoire et ne se prononce à aucun moment sur les troubles neuropsychiques dont souffrirait la recourante.

En l'absence de diagnostic sur le plan psychique et de descriptions des limitations fonctionnelles, un complément d'expertise sur le plan neuropsychique n'apparaît pas nécessaire, ce d'autant moins qu'il ne servirait qu'à préciser la nature de l'activité adéquate exigible. Or, comme cela ressort des considérations qui suivent, le degré d'invalidité devra quoi qu'il en soit être déterminé en fonction de la capacité de travail dans l'activité habituelle et non dans l'activité adéquate.

9. A plusieurs reprises, la recourante a évoqué son âge.

a. Selon la jurisprudence, l'âge de la personne assurée constitue de manière générale un facteur étranger à l'invalidité qui n'entre pas en considération pour l'octroi de prestations. S'il est vrai que ce facteur - comme celui du manque de formation ou les difficultés linguistiques - joue un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, il ne constitue pas, en règle générale, une circonstance supplémentaire qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, est susceptible d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'il rend parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246).

La jurisprudence a toutefois reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 p. 459 s. et les références).

Selon le Tribunal fédéral, un âge proche de 60 ans peut être considéré comme un seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461 s.; voir aussi JACQUES-ANDRÉ SCHNEIDER, L'âge et ses limites en matière d'assurance-invalidité, de chômage et de prévoyance professionnelle étendue, in *Grenzfälle in der Sozialversicherung*, 2015, p. 5).

Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

b. Lorsqu'avec une nouvelle demande, l'assuré rend vraisemblable une modification des circonstances déterminantes pour fonder le droit à une rente, sa situation doit faire l'objet d'un nouvel examen complet du point de vue des faits et du droit. L'âge de l'assuré au moment de la nouvelle demande, respectivement au moment où l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative (à temps partiel) est établie de manière fiable, constitue une circonstance parmi d'autres qui doit être appréciée, dans les limites rappelées ci-avant lors du réexamen de la situation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2). Cela étant, lors d'une nouvelle demande ou d'une révision du droit aux prestations, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Dans cette constellation, l'assuré sait en raison de la procédure antérieure qu'un changement d'activité est attendu de sa part, conformément aux règles régissant l'assurance-invalidité. En conséquence,

si la seule modification réside dans l'écoulement du temps et, partant, a trait à « l'âge avancé » de l'assuré, ce facteur en soi ne peut entraîner l'application de la jurisprudence rendue à ce sujet et publiée in ATF 138 V 457 consid. 3.1. Admettre le contraire reviendrait à faire prendre en charge par l'assurance-invalidité les répercussions économiques de l'écoulement du temps pour les assurés auxquels le droit à une rente (ou à une rente plus élevée) a été nié une première fois, à la seule condition qu'ils présentent une nouvelle demande ou une demande de révision au moment où ils se trouvent proches de l'âge donnant le droit à la rente de vieillesse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.3 et les références).

10. En l'espèce, force est de constater que l'intimé a considéré que la recourante avait rendu vraisemblable une modification des circonstances déterminantes pour fonder le droit à une rente, raison pour laquelle sa situation a fait l'objet d'un examen complet des faits et du droit, avec notamment la réalisation d'une première expertise de chirurgie orthopédique, confiée au Dr E_____. Sur recours, la chambre de céans a considéré cette expertise comme étant non probante et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. L'OAI a ainsi mandaté le Dr F_____, pour expertise.

Conformément à la jurisprudence en la matière, c'est bien l'âge de la recourante au moment où les observations du Dr F_____ ont, le 27 août 2018, permis de confirmer l'exigibilité d'une activité adaptée, à plein temps, dans le cadre de l'instruction relative à la nouvelle demande, qui est déterminant. Or, à cette date, la recourante était âgée de 62 ans, ce qui est considéré, selon la jurisprudence, comme étant un âge avancé.

Pour que la recourante puisse se prévaloir de son âge pour fonder le droit à une rente d'invalidité, son état de santé doit avoir connu une évolution significative depuis le moment où le droit à la rente a été nié la dernière fois, en 2012. Or, comme cela a été relevé précédemment, force est de constater que son état de santé s'est modifié avec, d'une part, une amélioration des atteintes aux épaules et, d'autre part, l'apparition de gonalgies suffisamment incapacitantes pour nécessiter des limitations fonctionnelles, telles que les positions accroupies ou agenouillée. Certes, cette atteinte supplémentaire n'a pas, selon le Dr F_____, de conséquences sur la capacité de travail en tant que telle, l'aggravation au niveau des membres inférieurs était en quelque sorte compensée par l'amélioration au niveau des membres supérieurs. Elle a toutefois des répercussions sur la nature de l'activité adaptée encore exigible, laquelle doit désormais épargner non seulement les membres supérieurs mais désormais également les genoux (pas d'activités en position agenouillée ou accroupie, pas de déplacements répétés dans les escaliers). Ainsi, même si la recourante avait changé d'activité suite à l'arrêt du 20 novembre 2012, un nouveau changement d'activité aurait pu être rendu nécessaire compte tenu des limitations fonctionnelles nécessitées par l'atteinte aux genoux.

Partant, la recourante peut invoquer son âge compte tenu d'une nouvelle restriction de la palette d'activités encore exigibles. Or, en 2018, la recourante était âgée de 62 ans, ce qui constitue un âge avancé au sens de la jurisprudence. On ne peut donc pas imaginer qu'un employeur eût consenti à l'engager, eu égard à l'âge de celle-ci, à ses limitations fonctionnelles et au temps nécessaire qu'il aurait fallu consacrer pour dispenser un minimum de formation pour un emploi d'emblée limité dans le temps, de deux ans environ.

En conséquence, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de la capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle exercée par la recourante avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4). Or, selon l'expertise du Dr F_____ du 27 août 2018, la capacité de travail de la recourante dans les activités habituelles est de 50%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 4 février 2019 sera annulée. La recourante sera mise au bénéfice d'une demi-rente dès le mois de janvier 2014.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]).

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 4 février 2019.
3. Met la recourante au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2014.
4. Alloue à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'500.- à la charge de l'intimé.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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