



**EN FAIT**

1. Madame C \_\_\_\_\_, née en 1962, travaillant en qualité d'employée de banque, a déposé une demande de prestations le 14 octobre 2011 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI), alléguant souffrir d'une tumeur de la thyroïde.
2. La Doctoresse L \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a, dans un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2011 adressé à l'OAI, confirmé le diagnostic de cancer de la thyroïde depuis avril 2010. Elle explique que sa patiente souffre d'une fatigabilité persistante après le traitement du cancer, d'un manque de concentration et de rendement, persistants, et considère qu'elle peut travailler à 60% avec un rendement à 80%, ce dès le 22 décembre 2010.
3. La banque X \_\_\_\_\_ a indiqué le 9 novembre 2011 que l'assurée avait été engagée le 1<sup>er</sup> juin 2004 à plein temps avec un salaire annuel de 111'288 fr. depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008.
4. Le 25 novembre 2011, le Dr M \_\_\_\_\_, endocrinologue, a précisé que l'assurée présentait une nette aggravation de son état dépressif et anxieux à la suite de son problème thyroïdien. Il a à cet égard rappelé qu'elle avait subi une thyroïdectomie totale en avril 2010 et une curiethérapie en juin 2010. Les symptômes actuels consistent essentiellement en une fatigue très importante associée à des troubles du sommeil. L'assurée a présenté quelques troubles de la déglutition et dysphonie en postopératoire qui s'amendent progressivement. Le pronostic concernant le cancer thyroïdien est tout à fait favorable. L'incapacité de travail a été limitée à l'hospitalisation suivie d'un mois à partir du 19 avril 2006 (recte 2010), puis quatre jours d'hospitalisation dès le 21 juin 2006 (recte 2010) pour la curiethérapie. Par contre en raison de l'état anxio-dépressif important très nettement aggravé par l'intervention et le diagnostic de carcinome papillaire thyroïdien, l'arrêt de travail a été prolongé par le médecin traitant.
5. Un rapport d'évaluation interne à l'OAI a été établi le 6 décembre 2011, duquel il résulte que l'assurée ne sait pas si elle pourra reprendre une activité à temps complet. Elle travaille actuellement à 60% tous les après-midis dans un environnement stressant et compétitif. Son employeur la soutient dans sa maladie et pourrait lui proposer un emploi à un taux réduit si l'éventualité d'une rente partielle devait être envisagée.
6. Le 20 février 2012, la Dresse L \_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de santé était resté stationnaire depuis novembre 2011. Les limitations fonctionnelles sont surtout intellectuelles. La fatigabilité est soulignée. La capacité de travail est confirmée à 60% dans son poste d'employée de banque, et de 50-60% dans toute autre activité. La prise en charge psychiatrique est assurée.

7. L'OAI a informé l'assurée le 30 mars 2012 que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas indiquées, et qu'il poursuivait l'instruction du dossier dans le but de déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité.
8. Sur demande de l'OAI, la Dresse L\_\_\_\_\_ a précisé que sa patiente était suivie par le Dr N\_\_\_\_\_, psychiatre, et qu'un bilan du sommeil avait été conduit par la Dresse O\_\_\_\_\_, neurologue, du groupe médical de La Terrassière, le 6 août 2010. Selon ce dernier médecin, « les résultats de l'EEG prolongé permettent d'écartier la présence d'une pathologie respiratoire au cours du sommeil et confirme la présence d'un ronflement pur. Les éléments caractéristiques de l'enregistrement sont la présence d'un syndrome de mouvements périodiques, ainsi qu'une latence faiblement raccourcie du sommeil REM, témoignant d'une probable pathologie anxieuse et partiellement dépressive ».
9. Dans un rapport du 14 janvier 2012, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait suivi l'assurée du 14 mai 2003 au 23 février 2007, et du 30 août 2010 au 5 janvier 2011. Il a retenu le diagnostic de trouble panique existant depuis le 24 février 2003. Il indique que l'assurée souffre de symptômes anxieux (anticipation anxieuse, angoisse), qu'elle est tendue et présente une agitation anxieuse. Il a constaté plusieurs incapacités de travail, soit à 100% du 31 mars au 31 mai 2003, à 50% du 1<sup>er</sup> juin 2003 au 29 février 2004 et à 30% du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2004. Une reprise à plein temps est intervenue dès le 1<sup>er</sup> juin 2004.
10. Le 20 août 2012, le médecin du SMR a proposé de soumettre l'assurée à un examen psychiatrique auprès de la Dresse P\_\_\_\_\_, psychiatre. L'examen s'est déroulé le 24 octobre 2012. La Dresse P\_\_\_\_\_ a posé à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail celui de trouble panique d'intensité moyenne, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. Elle explique que son diagnostic repose sur l'existence de plusieurs attaques sévères, d'anxiété neurovégétative en l'espace de quatre semaines, survenues dans des situations n'impliquant pas de danger réel, non limitées à des situations phobogènes connues ou prévisibles, et avec des intervalles relativement libres, c'est-à-dire sans manifestation anxieuse entre les attaques. Elle a constaté que l'assurée ne présentait pas d'attaques de panique survenant au cours d'un trouble phobique spécifique. Elles ne sont pas secondaires à un trouble dépressif qui n'a pas été objectivé à son examen clinique de ce jour. Elle relève que l'assurée travaille toujours à 60%, et en raison d'une importante fatigue, du trouble de la concentration et de l'attention et des attaques de panique à des fréquences de plusieurs fois par semaine, son état ne s'est pas amélioré de façon significative qui puisse justifier une augmentation de sa capacité de travail. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 60% dans toute activité, depuis le 22 décembre 2010. La Dresse P\_\_\_\_\_ considère à cet égard que l'assurée travaille au-dessus de ses

forces. Elle note que l'assurée a été en incapacité de travail à 100% du 19 avril au 19 septembre 2010, à 50% du 26 septembre au 15 novembre 2010, à 30% du 16 novembre au 21 décembre 2010, et à 40% depuis le 22 décembre 2010. L'amélioration suivie de l'arrêt de la prise en charge psychiatrique le 19 décembre 2011 a été de courte durée vu la persistance d'une importante fatigue, angoisse, troubles cognitifs et du sommeil, la capacité de travail est de 60%, et l'assurée aimerait reprendre le contact avec le Dr N\_\_\_\_\_.

11. Le 16 novembre 2012, le SMR prend note d'une capacité de travail à 60% dans toute activité dès le 26 septembre 2010.
12. Le 11 décembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2012.
13. Par courrier du 16 janvier 2013, la Dresse L\_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de sa patiente s'était aggravé de sorte que celle-ci avait réduit son temps de travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012.
14. Le 1<sup>er</sup> février 2013, l'assurée, par l'intermédiaire d'ASSISTA PROTECTION JURIDIQUE SA, a confirmé la diminution de son temps de travail, et demandé à l'OAI d'annuler le projet de décision du 11 décembre 2012, compte tenu de l'aggravation de son état de santé.
15. Le Dr N\_\_\_\_\_ a également confirmé le 31 janvier 2013 l'incapacité de travail de sa patiente à assumer un travail à plus de 50% depuis novembre 2012.
16. La Dresse L\_\_\_\_\_ a, le 25 février 2013, à nouveau indiqué que l'état de santé s'était aggravé, relevant une fatigabilité plus importante, des troubles de concentration et de rendement persistants, et fixé l'incapacité de travail à 50% depuis novembre 2012, tant dans l'activité d'employée de banque que dans une autre activité adaptée.
17. Invité à se déterminer, le médecin du SMR, dans une note du 8 avril 2013, constate que

« Suite à l'examen psychiatrique réalisé le 24 octobre 2012 au SMR, nous avons retenu une capacité de travail de 60% dans toute activité dès le 26 septembre 2010 en raison du trouble panique. L'assurée n'était plus suivie sur le plan psychiatrique à ce moment. Dans le cadre de l'audition, le Dr N\_\_\_\_\_ nous adresse un rapport médical dans lequel il atteste une capacité de travail de 50% en raison de la symptomatologie anxieuse. L'assurée a donc repris un suivi comme annoncé lors de l'examen SMR. Le Dr N\_\_\_\_\_ n'amène pas d'éléments en faveur d'une aggravation manifeste de l'état de santé depuis octobre 2012. Il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation. Il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du 16 novembre 2012. »

18. L'OAI, se fondant sur l'avis du médecin du SMR, a confirmé le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2012.
19. Par décision du 17 mai 2013, la rente due à l'assurée a été fixée à 580 fr. par mois du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2012, et à 585 fr. dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.
20. L'assurée, représentée par Me Monique STOLLER FÜLLEMANN, a interjeté recours le 19 juin 2013 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.
21. Dans sa réponse du 5 août 2013, l'OAI rappelle que dans son avis du 8 avril 2013, le SMR s'est prononcé sur les arguments des médecins traitants de l'assurée, et considère qu'il n'y a pas d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis novembre 2012, dès lors que les diagnostics retenus étaient déjà connus lors de l'examen clinique psychiatrique du 24 octobre 2012. Il conclut dès lors au rejet du recours.
22. Le courrier a été transmis à l'assurée et la cause 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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 en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité, en lieu et place d'un quart de rente.
4. 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 1er janvier 2008).

5. 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.
6. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).
7. 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).
8. 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 LPG), 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).
9. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

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

10. 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).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).
12. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail

---

équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATFA non publié I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1; ATFA non publié I 11/00 du 22 août 2001 consid. 5a/bb, in VSI 2001 p. 274). Ainsi doit-on pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'ils prennent toutes les mesures qu'un homme raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance, mais doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. C'est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle. Conformément au principe de la proportionnalité, il convient en revanche de faire preuve de prudence dans l'invocation de l'obligation de réduire le dommage lorsqu'il s'agit d'allouer ou d'adapter certaines mesures d'ordre professionnel afin de tenir compte de circonstances nouvelles relevant de l'exercice par l'assuré de ses droits fondamentaux. Demeurent réservés les cas où les dispositions prises par l'assuré doivent être considérées, au regard des circonstances concrètes, comme étant tout simplement déraisonnables ou abusives (ATF 113 V 22 consid. 4d; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172 sv.).

13. En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité sur la base du rapport établi par la Dresse P\_\_\_\_\_ le 24 octobre 2012. Celle-ci en effet a conclu à une capacité de travail de 60% dans toute activité depuis le 22 décembre 2010. C'est du reste ce taux qu'a également retenu le médecin traitant le 1er novembre 2011. Le fait est que l'assurée travaillait alors effectivement à 60%.

La Cour de céans constate toutefois que la Dresse P\_\_\_\_\_ avait elle-même relevé qu'en raison d'une importante fatigue, le trouble de la concentration et de l'attention et des attaques de panique à des fréquences de plusieurs fois par semaine, l'état de l'assurée ne s'est pas amélioré de façon significative qui puisse justifier une augmentation de sa capacité de travail, et avait considéré que l'assurée travaillait au-dessus de ses forces.

Dans le rapport d'évaluation interne du 6 décembre 2011 déjà, il était indiqué qu'elle travaillait "dans un environnement stressant et compétitif", ce qui paraît en soi difficilement conciliable avec son état de santé.

Il y a également lieu de constater que le médecin traitant avait d'emblée précisé que le rendement était de 80%. Il a confirmé son estimation le 20 février 2012, en

prenant toutefois soin de rappeler que l'assurée travaille toujours à ce taux, et en évaluant la capacité de travail dans une autre activité entre 50 et 60%.

Il n'est dans ces conditions pas étonnant que finalement elle ait réduit son temps de travail à 50%, ce dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012. Le Dr N\_\_\_\_\_ vient à cet égard confirmer, le 31 janvier 2013, l'incapacité de travail de sa patiente à assumer un travail à plus de 50% depuis cette date.

La Cour de céans est d'avis, au vu de ce qui précède, qu'il ne s'agit pas d'une appréciation différente d'une même situation, comme le prétend l'OAI.

Il est vrai que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Dans le cas d'espèce toutefois, il est établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que l'assurée travaille depuis novembre 2012 au maximum de ses possibilités.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Dans le cas toutefois où, comme en l'espèce, l'assuré travaille dans son activité antérieure, la comparaison des gains se fait par rapport à son taux d'activité avant l'invalidité et celui après la survenance de l'invalidité. En effet, l'incapacité de travail se confond ici avec le degré d'invalidité.

Il y a dès lors lieu de retenir un degré d'invalidité de 50%, ce qui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité conformément à l'art. 28 LAI.

15. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI,

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

En l'espèce, le degré d'invalidité de 50% doit être retenu à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2012, de sorte que l'assurée a droit à la demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> février 2013.

16. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée.

17. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).
18. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Dit que l'assurée a droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 janvier 2013 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 2013.
4. Condamne l'OAI à payer à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
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