

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2629/2011

ATAS/794/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 juin 2012

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur V_____, domicilié à Vézenaz, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître STICHER Thierry

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur V_____ (ci-après : l'assuré), né en 1954, marié, de nationalité Suisse, père de deux enfants nés en 1989 et 1990, est enseignant au Département de l'instruction publique du canton de Genève depuis 1979.
2. L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 19 décembre 2001. Le 21 décembre 2001, le Dr A_____ a rédigé un compte rendu opératoire indiquant une intervention de herniectomie-dissectomie L5-S1 par voie interlaminar droite le 19 décembre 2001. La hernie avait rompu le ligament et il y avait une double hernie.
3. L'assuré a subi une nouvelle intervention chirurgicale le 15 janvier 2002. Le Dr A_____ a rédigé un compte rendu opératoire indiquant une intervention de re-exploration L5-S1 droite, herniectomie-redissectomie L5-S1 en raison d'un status adhésif avec récurrence d'une hernie discale L5-S1 droite.
4. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 22 novembre 2007 au 6 janvier 2008, à 50 % du 7 janvier 2008 au 30 juin 2008, totale du 10 décembre 2008 au 9 janvier 2009, à 50 % du 12 janvier au 23 février 2009, à 100 % du 2 au 5 mars 2009, à 50 % du 6 au 15 mars 2009, à 75 % du 16 au 30 mars 2009, à 50 % du 31 mars au 31 août 2009, à 100 % du 1^{er} au 4 septembre 2009, à 50 % du 17 septembre au 23 novembre 2009, à 100 % le 24 novembre 2009 et à 50 % dès le 25 novembre 2009.
5. Une IRM lombaire du 5 décembre 2007 contient les conclusions suivantes :
 - L'absence d'argument IRM évocateur d'une récurrence de hernie discale ou d'un conflit disco-radiculaire significatif.
 - Discopathies dégénératives avancées en L4-L5 et L5-S1 (post-opératoire sur ce dernier niveau) caractérisées par une importante perte de matériel discal associée à une dessiccation. Modic I (composante inflammatoire) dans la partie antérieure de L4-L5. Probable hémangiome à composantes tissulaire et graisseuse de 12 mm de diamètre dans le corps vertébral de L4.
 - Lésions dégénératives interfacettaires postérieures débutantes en L5-S1 ddc et L4-L5 droite.
6. Le 10 mars 2008, le Dr B_____, chef du service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a examiné l'assuré et rendu un rapport le 11 mars 2008 selon lequel l'assuré souffrait toujours de douleurs au niveau de la jonction lombo-sacrée. Si le traitement préconisé (médicament et infiltration) ne modifiait pas la situation, une hospitalisation était préconisée afin d'exclure une indication à une chirurgie (par exemple par un disque artificiel).

7. Le 16 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en raison de séquelles suite à deux opérations de hernies discales.
8. Le 15 octobre 2009, l'assuré a eu un entretien d'évaluation à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) au cours duquel il a indiqué que l'escalade soulageait ses symptômes. L'OAI a proposé d'attendre les renseignements médicaux du Dr C _____, FMH médecine interne.
9. Le 16 décembre 2009, le Dr. C _____ a rempli un rapport médical AI attestant d'un suivi depuis 1997, d'un diagnostic de discectomie L5-S1, avec réexploration en 2002, discopathies sévères L4-L5 et syndrome post-discectomie. Le symptôme actuel était des lombalgies chroniques invalidantes et le pronostic était défavorable en raison de troubles dégénératifs importants de la colonne lombaire.

L'incapacité de travail était de 50 % depuis le 5 novembre 2009 et l'assuré avait été en arrêt à plusieurs reprises en 2007/2008 et 2009. L'activité exercée était exigible à 50 % en raison de lombalgies.

10. Par communication du 17 décembre 2009, l'OAI a pris en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un cours (escalade).
11. Le 4 janvier 2010, l'Office du personnel de l'Etat de Genève a rempli un questionnaire pour l'employeur, en mentionnant un engagement le 1^{er} septembre 1979 comme enseignant pour un salaire mensuel brut en 2009 de 10'964 fr. et le fait que l'assuré ne pouvait guère enseigner plus de 2 heures de suite, sans pouvoir écrire au tableau, avec des acétates préparés à l'avance et sans pouvoir se déplacer. La capacité de travail était de 50 %.
12. Le 13 janvier 2010, le Dr D _____ du SMR a estimé qu'il fallait demander des informations complémentaires au Dr C _____.
13. Par communication du 31 mars 2010, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'aucune mesure professionnelle n'était possible pour le moment.
14. Le 3 mai 2010, le Dr C _____ a attesté de lombalgies chroniques et de lombosciatalgies épisodiques.
15. Le 20 mai 2010, la Dresse E _____ du SMR a rendu un avis selon lequel la réponse du Dr C _____ du 3 mai 2010 ne permettait pas de se prononcer et des informations complémentaires devaient lui être demandées.
16. Le 14 juin 2010, le Dr C _____ a indiqué des lombalgies invalidantes, des lombosciatalgies épisodiques et la présence de lombalgies lors d'activités dans des positions différentes.
17. Le 9 août 2010, la Dresse E _____ du SMR a préconisé un examen rhumatologique au SMR.

-
18. Le 16 août 2010, l'assuré a été examiné au SMR par la Dresse F_____ et un rapport a été rendu le 12 octobre 2010 par les Drs F_____ et G_____.

L'assuré se plaignait de douleurs à la nuque, aux avant-bras, à la main gauche, au bas du dos, au genou gauche, aux chevilles et de migraines. Il souffrait de lombalgies depuis une dizaine d'années. La position debout était la pire. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de syndrome lombaire dans le contexte d'un status post-double intervention pour hernie discale L5-S1 droite en décembre 2001, respectivement janvier 2002, discopathies L4-L5 et L5-S1 avec signes modic I et spondylarthrose débutante (M51.3). Sans répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies intermittentes, début de contracture de Dupuytren Rayon IV à gauche et rayon III à droite, gonalgies bilatérales de type mécanique dans le contexte d'une ancienne distorsion à gauche; status post-opération des sinus en 2001, status post-opération d'un cryptorchidisme et d'une varicocèle dans l'adolescence, status post-amygdalectomie dans l'enfance et status post-varicelle à 40 ans.

Il était difficile de concevoir une incapacité de travail de 50 % dans une activité bien adaptée. Sur la base de l'anamnèse, la vie quotidienne et le status qui ne montrait aucune irritation ou compression radiculaire, un travail sur 5-6 heures par jour (cours et préparation des cours) devait être exigible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : il fallait éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux. L'assuré ne pouvait pas travailler à la chaîne ni sur machine vibrante. Il devait pouvoir se lever de la position assise au moins 2 à 3 fois par heure, de préférence à sa guise. Le port de charge était limité à 7 kg occasionnellement.

L'assuré était en incapacité de travail entre 50 % et 100 % du 22 novembre 2007 au 30 juin 2008, 0 % du 1^{er} juillet au 9 décembre 2008 puis de 50 % depuis le 10 décembre 2009 avec des intervalles de courte durée à 0 % et quelques jours à 0 % (rapport de l'employeur du 6 janvier 2010). La capacité de travail était de 60 % dans l'activité habituelle ou toute activité adaptée dès décembre 2008.

19. Le 6 décembre 2010, la Dresse E_____ a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 5-6 heures par jour depuis décembre 2008. L'incapacité de travail avait évolué entre 50 % et 100 % du 22 novembre 2007 au 30 juin 2008, de 0 % du 1^{er} juillet au 9 décembre 2008, de 50 % dès le 10 décembre 2009 avec de brefs intervalles à 100 % et 75 %.

L'incapacité de travail était durable depuis le 5 novembre 2009 et le début de l'aptitude à la réadaptation fixé au 1^{er} décembre 2008.

20. Le 11 janvier 2011, le Dr H_____, médecin associé en santé-travail de l'Office du personnel de l'Etat, a écrit au Département du service du personnel enseignant de l'enseignement secondaire post obligatoire qu'il avait reçu en consultation l'assuré le 10 novembre 2010, que celui-ci souffrait d'une affection

médicale chronique pour laquelle sa charge de travail ne dépasserait pas 50 % et qu'il s'agissait d'une inaptitude définitive à la fonction.

21. Le 8 mars 2011, la Dresse F _____ a rendu un avis selon lequel la date de début d'une réadaptation était en réalité le 1^e janvier 2009. L'incapacité de travail durable débutait le 5 novembre 2009 selon le Dr C _____ mais selon l'employeur l'incapacité de travail avait varié entre 50 % et 100 % depuis le 22 novembre 2007, avec une capacité de travail totale entre le 1^{er} juillet 2008 et le 9 décembre 2008 et à 50 % depuis le 12 janvier 2009.
22. Selon une note au dossier du 15 avril 2011, l'assuré s'est entretenu téléphoniquement avec un gestionnaire, lequel lui a indiqué que sur la base de l'estimation du SMR, qui retenait une capacité de travail de 6 heures par jour sur 5 jours, soit 30 heures par semaine, la capacité effective de travail, par rapport à une base plein temps de 40 heures, était de 75 %.
23. Par projet de décision du 15 avril 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en retenant que depuis novembre 2009 l'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle sans interruption notable. L'activité habituelle était exigible à 75 % depuis le début de l'incapacité de travail de longue durée de sorte que l'incapacité de travail et de gain était de 25 % dès novembre 2010.
24. Le 1^{er} juin 2011, l'assuré, représenté par ASSISTA TCS, a observé que le Dr C _____ concluait à une incapacité de travail de 50 %, le SMR à une incapacité de travail de 40 % et l'OAI à une incapacité de travail de 25 %, ce dernier taux n'étant pas motivé et qu'il convenait de compléter l'expertise afin de déterminer la capacité de travail.
25. Par décision du 29 juin 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations en relevant que le SMR admettait une capacité de travail de 5 à 6 heures par jour, heures de cours et préparation des cours comprise, soit 25 à 30 heures hebdomadaires. Une activité à plein temps variait de 20 à 24 heures de cours par semaine. Pour tenir compte de la préparation des cours, les horaires tenaient compte d'un facteur de pondération de 1,8. Ainsi, à 24 heures de cours correspondaient 43,2 heures de travail hebdomadaire, avec la préparation des cours. Il convenait de prendre en compte une moyenne de 22 heures de cours pour un plein temps, soit 39,6 heures de travail hebdomadaire et une activité exigible en moyenne de 5,5 heures par jour selon le SMR, de sorte que l'incapacité de gain était de 30,56 heures (31 %).
26. Une IRM de la colonne lombaire du 19 août 2011 a conclu que l'examen du jour permettait de trouver des phénomènes discodégénératifs relativement étagés, avec arthrose des articulaires postérieures entraînant des sténoses neuroforaminales modérées des niveaux L2-L3 à L4-L5 et plus marquées au niveau L5-S1 des deux côtés. Par ailleurs, mise en évidence d'une petite formation kystique au niveau du neuroforamen L3-L4 du côté gauche plutôt radiculaire compte-tenu de l'absence de

contact évident avec l'articulation. Pas de signe en faveur d'une fibrose post-opératoire significative.

L'examen était interprété en corrélation avec celui du 29 mai 2009.

27. Le 1^{er} septembre 2011, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à son annulation et à l'octroi, principalement, d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à un quart de rente d'invalidité.

Il convenait au moins de se fonder sur l'avis médical du SMR qui concluait à une capacité de travail de 60 %. En particulier, il subissait une importante diminution de rendement dans l'activité de préparation des cours et correction des épreuves qui l'obligeait à faire de nombreuses pauses. Dans les faits, une capacité de travail de plus de 50 % était impossible.

28. Le 5 septembre 2011, l'OAI a indiqué que la décision litigieuse avait été envoyée sous pli simple.
29. Le 12 octobre 2011, l'assuré a transmis le rapport d'IRM de la colonne lombaire du 19 août 2011 et relevé que celui-ci citait une autre IRM du 29 mai 2009 que la Dresse F_____ n'avait pas pris en compte dans son avis du 16 août 2010. Or, l'IRM du 19 août 2011 montrait des signes d'aggravation (Modic I et II et formation kystique L3-L4).

Une expertise judiciaire et l'audition de la Dresse F_____ étaient nécessaires.

30. Le 13 octobre 2011, l'assuré a précisé qu'aucune IRM n'avait été effectuée le 29 mai 2009 mais que l'aggravation attestée par l'IRM du 19 août 2011 était survenue antérieurement à la décision litigieuse.
31. Le 7 novembre 2011, la Dresse F_____ a rendu un avis médical selon lequel il y avait clairement une aggravation radiologique entre 2007 et 2011, notamment en ce qui concernait la spondylarthrose qui s'était étendue et qui avait amené à une sténose des foramens, débutante à modérée. Il n'y avait pas de compression radiculaire, ni de fibrose post-opératoire significative. Les signes de Modic expliquaient les plaintes et confirmaient qu'une incapacité de travail entière n'était plus exigible. L'atteinte rachidienne était responsable d'une diminution de rendement, notamment en ce qui concernait les heures de préparation de cours en position assise car l'assuré devait changer régulièrement de position. Une incapacité de travail de 40 % était donc tout à fait justifiée, dans toute activité professionnelle.
32. Le 9 novembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours et relevé qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire.
33. Le 17 novembre 2011, le recourant a observé que la Dresse F_____ indiquait une incapacité de travail de 40 %.

34. A la demande de la Cour de céans, l'OAI a précisé le 20 décembre 2011, d'une part, qu'il avait suivi les conclusions de la Dresse F_____ en retenant une capacité de travail de 5-6 heures par jour mais non pas une capacité de travail de 60 %, d'autre part, que l'incapacité de travail était durable depuis novembre 2009 sur la base du rapport du Dr C_____ du 16 décembre 2009, les périodes d'incapacité de travail antérieures n'étaient pas durables au sens de la LAI.
35. A la demande de la Cours de céans, la Dresse F_____ a indiqué le 19 mars 2012 que l'assuré pouvait depuis décembre 2008 effectuer 14 heures d'enseignement par semaine plus les heures de préparation, soit une capacité de travail de 5 heures par jour, qu'en tout, la capacité de travail était de 60 % en raison d'importantes lésions dégénératives mais pas inférieure car l'examen clinique et radiologique ne montrait aucun indice en faveur d'une compression, une récurrence de hernie discale ou une fibrose postopératoire avec irritation ou compression et l'assuré présentait un bon état physique avec une musculature du tronc bien développée, une relative bonne mobilité lombaire résiduelle et faisait régulièrement de l'escalade. L'IRM du 22 août 2011 montrait une aggravation radiologique de l'état de la colonne lombaire mais qui devait être interprétée dans le contexte de l'anamnèse et du status clinique actuel qu'elle ne connaissait pas de sorte qu'elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Depuis le 10 décembre 2008, l'assuré n'avait plus jamais réussi à retravailler plus de quelques jours à 100 %. Une relative stabilisation était atteinte en décembre 2008 et depuis le 12 janvier 2009, la capacité de travail était de 60 %.
36. Le 29 mars 2012, le recourant a observé que sa capacité de travail avait été fixée par le SMR à 60 %, entraînant un taux d'invalidité de 40 % et que l'IRM du 22 août 2011 témoignait d'une aggravation que le SMR ne pouvait apprécier de sorte que le dossier était insuffisamment instruit et nécessitait l'ordonnance d'une expertise.
37. Le 2 avril 2012, la Caisse de prévoyance du personnel enseignant de l'instruction publique et des fonctionnaires de l'administration du canton de Genève (CIA) a informé l'assuré qu'elle lui reconnaissait un degré d'invalidité de 50 %.
38. Le 3 avril 2012, l'intimé a maintenu ses conclusions en constatant que le SMR confirmait ses précédentes conclusions.
39. Le 7 mai 2012, la Cour de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré :

"Je suis toujours en emploi de 50 % au collège de Candolle. S'agissant d'un enseignant à plein temps son travail est réparti entre 20 à 24 heures d'enseignement soit une moyenne de 22 heures, de 45 minutes. Le reste est voué à, en ordre décroissant de temps : - Préparation des cours; évaluation des élèves, travail administratif; réunions; contacts élèves et parents. La préparation des cours est très

variable elle va de 15 minutes à une journée entière. J'ai également enseigné 15 ans au cycle d'orientation. J'estime que la charge de travail d'un enseignant au collège est bien supérieure même si la rémunération est identique pour ces deux enseignants. S'agissant des heures de travail sur une semaine complète, il existe un facteur de 1,8 qui correspond à la moyenne de 22 heures d'enseignement par rapport à un temps de travail de 40 heures. Actuellement je travaille 12 heures par semaine d'enseignement essentiellement le matin entre 8h00 et 10h00. Je travaille ensuite jusqu'à 12h30 et l'après-midi en moyenne je fais encore une heure de travail, de sorte que mon horaire de travail quotidien est de 5,5 heures sans compter les réunions qui ont lieu au rythme d'environ une fois par semaine et qui durent environ 2h00 chacune. J'ai de la peine à rester en position assise plus de 10-15 minutes en raison de douleurs permanentes et crispations dans le dos. Lorsque je prépare mes cours je dois me lever régulièrement, voire me coucher un moment. Mon rendement est donc diminué. Je travaille plus lentement qu'avant. Chaque après-midi je fais de la gym et de la marche rapide / ou de la natation. Ces exercices me permettent d'éviter un traitement antalgique permanent. Les douleurs constantes sont apparues après la deuxième opération, un jour où j'ai ressenti une douleur fulgurante dans le dos qui n'a plus cessé depuis lors. L'examen auprès du SMR s'est bien passé, la Dresse F_____ a pris beaucoup de temps pour s'occuper de mon dossier. Le médecin-conseil de l'Etat a indiqué qu'il n'était pas possible que je travaille à plus de 50 % de ce fait l'Etat ne m'engagerait pas à un taux de 60 % comme indiqué par la Dresse F_____. Je verse ce jour au dossier un courrier de la CIA du 2 avril 2012 me reconnaissant un degré de 50 % d'invalidité et un courrier du Dr H_____ du 11 janvier 2011. Les douleurs ont augmenté début 2011 pour cette raison mon médecin m'a envoyé effectuer une IRM laquelle a constaté une aggravation par l'augmentation de l'arthrose. Je serai prêt à être revu par la Dresse F_____ pour évaluer les conséquences de cette aggravation. Je serai d'accord de considérer que j'ai droit à un quart de rente fondé sur une incapacité de travail 40 % jusqu'au moment de mon aggravation de mon état de santé et me soumettre à une instruction médicale menée par l'OAI afin d'examiner si cette incapacité de travail a augmenté depuis cette aggravation. A 12h30 lorsque j'arrête mon travail j'ai très mal au dos ce qui m'oblige à me coucher 1h00 à 1h30. Ensuite je me mets un moment au travail jusqu'à environ 14h30 et ensuite je pars faire du sport. Je me remets au travail vers 17h00 mais pas en position assise mais en position à moitié couché. La position la pire est pour moi debout-statique et ensuite assise-statique. Dans le cadre de la décision de la CIA j'ai été examiné par les trois médecins qui prennent la décision soit mon médecin-traitant le Dr C_____, le médecin de la CIA et le Dr H_____, médecin-conseil de l'Etat.

Pour moi les chiffres de la Dresse F_____ sont cohérents entre 5-6 heures de travail par jour et un taux de travail global de 60 %, car le facteur de 1,8 comprend un pour l'enseignement et 0,8 pour la préparation laquelle est effectuée avec une diminution de rendement. Si on applique une diminution de un tiers, on arrive à 5

heures et quart de travail par jour soit un 60 %. Ce 5 heures et quart correspond dans l'enseignement à un demi-poste".

L'avocat du recourant a déclaré :

"Si notre proposition n'est pas acceptée et qu'une instruction complémentaire se révèle nécessaire nous souhaitons qu'une expertise judiciaire soit ordonnée plutôt qu'un renvoi à l'OAI".

La représentante de l'OAI a déclaré :

"L'avis SMR de la Dresse F_____ n'est pas toujours logique car elle a mentionné d'abord 5-6 heures de travail journalier exigible puis 5 heures avec un total d'heures de travail par semaine de 41 qui n'est pas motivé. Pour ces raisons l'OAI s'est fondé sur un horaire de 5-6 heures journalier exigible du recourant pour aboutir à un taux d'invalidité de 31 %. Je demande un délai pour réfléchir à cette proposition".

40. Le 15 mai 2012, l'OAI a observé que la Dresse F_____ avait été contactée téléphoniquement au sujet du taux de travail exigible du recourant, qu'en considérant un horaire hebdomadaire moyen d'un enseignant à plein temps de 39,6 heures, soit 23,76 heures pour un 60 % et une capacité de travail du recourant de 5,5 heures par jour soit 27,5 heures hebdomadaires, il résultait une baisse de rendement du recourant de 13,6 %, de sorte qu'il convenait de retenir une capacité de travail du recourant de 60 % dans toute activité. La proposition du recourant formulée en audience du 7 mai 2012 était acceptée, soit l'octroi d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2010 jusqu'au moment d'une éventuelle aggravation de son état de santé, laquelle serait instruite par voie de révision.
41. Le 1^{er} juin 2012, le recourant a conclu à ce que sa proposition soit validée, soit un taux d'invalidité de 40 % donnant droit à un quart de rente d'invalidité, que le début de celle-ci soit cependant fixé au 1^{er} avril 2010, compte tenu du dépôt de sa demande le 16 septembre 2009 et que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour instruction par voie de révision de l'aggravation de son état de santé.
42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, soit une demande de prestations du 16 septembre 2009 et une décision litigieuse du 29 juin 2011, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard du nouveau droit, hormis la révision 6a entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.
6. 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).

7. a) 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

c) 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa

santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

d) Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement

accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

8. 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. 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).

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. 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).

c) Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de

l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d) 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).

e) 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. cc).

f) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

9. a) 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).

b) 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, figurent au dossier, d'une part, les rapport médicaux du Dr C_____ (des 16 décembre 2009, 3 mai 2010, 14 juin 2010) et, d'autre part, un examen rhumatologique du SMR du 16 août 2010 (rapport du 12 octobre 2010), complété par des avis médicaux des 6 décembre 2010, 8 mars 2011, 7 novembre 2011 et 19 mars 2012.

Selon le Dr C_____, le recourant présente des lombalgies chroniques invalidantes dont le pronostic est défavorable en raison de troubles dégénératifs importants de la colonne lombaire et des lombosciatalgies épisodiques et lors d'activités, entraînant des incapacité de travail multiples depuis 2007 et à 50 % depuis le 5 novembre 2009.

Selon le SMR, le recourant présente les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome lombaire dans le contexte d'un status post double intervention pour hernie discale L5-S1 droite, discopathies L4-L5 et L5-S1 avec signes modic I et spondylarthrose débutante (8M51.3) entraînant une capacité de travail limitée. Celle-ci a été évaluée à 5-6 heures par jour ou 60 % dès le 1^{er} décembre 2008 (rapport des 12 octobre 2010 et 6 décembre 2010) puis dès le 1^{er}

janvier 2009 (rapport du 8 mars 2011); le 7 novembre 2011, le SMR a précisé qu'une incapacité de travail de 40 % était tout à fait justifiée dans toute activité professionnelle et le 19 mars 2012 que la capacité de travail était de 5 heures par jour ou de 60 % depuis le 12 janvier 2009, avec une stabilisation atteinte le 1^{er} décembre 2008; enfin une IMR du 22 août 2011 montrait une aggravation qu'il n'était en l'état pas possible d'évaluer sans investigation supplémentaire.

Le rapport d'expertise du SMR, complété par les avis médicaux subséquents précisant en particulier le taux de la capacité de travail du recourant et la date du début de l'incapacité de travail durable, remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Selon cette expertise et en particulier les précisions données par le SMR le 19 mars 2012, le recourant a présenté une incapacité de travail durable depuis le 10 décembre 2008 et sa capacité de travail était nulle du 10 décembre 2008 au 11 janvier 2009 et de 60 % dès le 12 janvier 2009 dans l'activité habituelle d'enseignant, soit une incapacité de travail de 40 %. L'intimé a, dans un premier temps, confirmé sa décision de rejet de prestation en invoquant un taux d'invalidité du recourant de 31 %. Il s'est finalement rallié à l'avis du recourant selon lequel son incapacité de travail était de 40 % dans son activité habituelle d'enseignant et a proposé l'octroi d'un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2010.

La Cour de céans constate que la Dresse F_____ du SMR a estimé, dès sa première évaluation figurant dans les conclusions de son rapport du 12 octobre 2010, que la capacité de travail exigible était de 60 % tant dans une activité habituelle qu'adaptée, taux qu'elle a confirmé dans ses avis subséquents des 7 novembre 2011, dans lequel elle précise que le recourant subit une diminution de rendement dans les heures de préparation des cours de sorte qu'une incapacité de travail de 40 % dans toute activité est tout à fait justifiée et 19 mars 2012, dans lequel elle mentionne qu'en tout la capacité de travail est de 60 %, soit un nombre d'heures de travail exigible de 14 heures d'enseignement sans diminution de rendement et des heures de préparation avec une certaine diminution de rendement. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de la capacité résiduelle de travail telle qu'estimée par le SMR, soit un taux de 60 % dans l'activité habituelle d'enseignant, étant constaté que le recourant l'a acceptée et que l'intimé s'y est finalement rallié.

Le recourant fait encore valoir une aggravation de son état de santé attestée par l'IRM du 22 août 2011.

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243, 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le

rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références; ATF du 19 avril 2012 9C 598/2011).

L'objet du litige étant limité par la date de la décision litigieuse, soit le 29 juin 2011, une aggravation survenue postérieurement à cette date doit être traitée au titre de demande révision, l'allégation du recourant selon laquelle l'aggravation a dû se produire antérieurement au 29 juin 2011, même si elle n'a été attestée radiologiquement que le 22 août 2011, n'étant que probable.

Certes, l'objet du litige peut-il être étendu, aux conditions précitées. Toutefois, en l'espèce, la question de l'aggravation de l'état de santé du recourant n'est pas en l'état d'être jugée mais doit faire l'objet d'une évaluation médicale de sorte qu'il ne se justifie pas d'étendre l'objet du litige à cette question, ce d'autant que les parties sont finalement tombées d'accord pour qu'elle fasse l'objet d'une révision, instruite par l'intimé.

S'agissant enfin de la naissance du droit au quart de rente d'invalidité, il est à constater que le SMR a indiqué une stabilisation de l'état de santé au 10 décembre 2008, avec une incapacité de travail totale du 10 décembre 2008 jusqu'au 11 janvier 2009 et à 60 % dès le 12 janvier 2009, de sorte que le délai d'un an (art. 9 LAI) a commencé à courir le 10 décembre 2008 et qu'au 9 décembre 2009 le recourant a présenté une incapacité de travail durable de 40 % dans son activité habituelle, soit un taux d'invalidité de 40 % donnant droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2009. Cependant, au vu du dépôt de la demande de prestation le 16 septembre 2009, le droit à la rente prend naissance six mois plus tard, soit le 1^{er} mars 2010.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée, il sera dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2010 et la cause sera, pour le surplus, renvoyée à l'intimé pour instruction par la voie de la révision pour la période postérieure à la décision litigieuse du 29 juin 2011.
12. Vu l'issue du litige, une indemnité de 2'500 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimé. 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 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 29 juin 2011.
4. Dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2010.
5. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
6. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 2'500 fr. au recourant.
7. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
8. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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