

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2936/2024

ATAS/260/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 15 avril 2025**

**Chambre 10**

En la cause

A \_\_\_\_\_,

recourant

représenté par Maître Pierre OCHSNER

contre

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

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, juges assesseurs.**

---

## **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1978, originaire du Kosovo, marié et père de deux enfants nés les \_\_\_\_\_ 2016 et \_\_\_\_\_ 2018, a terminé l'école secondaire au Kosovo et est arrivé en Suisse en 2010. Depuis lors, il a occupé différents emplois dans le bâtiment. En dernier lieu, il a été engagé par l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2020 en qualité de ferrailleur à plein temps pour un salaire horaire de CHF 27.-.

**b.** Le 26 septembre 2022, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) mentionnant qu'il avait été en incapacité totale de travail du 19 mai au 30 octobre 2022 en raison d'une maladie auto-immune diagnostiquée le 16 mai 2022, et qu'il percevait des indemnités journalières de la part de son assureur maladie perte de gains.

**c.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a reçu de nombreux documents, dont :

- un rapport d'hospitalisation du service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) mentionnant que l'assuré avait consulté les urgences le 19 mai 2022 suite à une fatigue importante, un inconfort abdominal et des vomissements depuis le 14 mai 2022 ; une prise de sang avait montré une anémie justifiant une hospitalisation du 19 mai au 25 juin 2022, et les examens complémentaires avaient montré une anémie hémolytique auto-immune rapidement progressive, d'origine indéterminée et non résolue, nécessitant un traitement médicamenteux et un suivi médical prolongé ; le pronostic vital de l'intéressé avait été engagé et son hospitalisation avait nécessité beaucoup de transfusion de sang (plus d'une trentaine), plusieurs traitements hématologiques spécialisés, dont une pentathérapie, des immunoglobulines intraveineuses, du rituximab, une plasmaphérèse, puis une chimiothérapie ; ces traitements avaient permis une stabilisation de son hémoglobine puis une élévation progressive de cette dernière ; l'état clinique du patient s'était également amélioré et il avait pu récupérer sa mobilité habituelle. La station était stabilisée mais la valeur d'hémoglobine demeurait bien en dessous des normes habituelles, nécessitant un suivi médical hebdomadaire pendant encore plusieurs mois et un traitement hématologique spécialisé dispensé aux HUG dès sa sortie ;

- l'avis de sortie des soins aigus du 24 juin 2022 ;

**d.** Dans un rapport du 30 novembre 2022 relatif au suivi de l'anémie hémolytique auto-immune mixte, la docteure C\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au département d'oncologie des HUG, service d'hématologie, a posé le diagnostic d'anémie hémolytique auto-immune arégénérative à anticorps chauds et froids diagnostiquée le 19 mai 2022 et, à titre d'antécédents, un diabète cortico-induit et des hémocultures positives à « MSSE » en faveur d'une contamination. Le patient

se portait globalement bien et la seule plainte signalée était une douleur au niveau épigastrique survenant lors du sommeil, sans sensation de brûlure ni reflux. Il n'avait pas présenté d'état fébrile ni d'autres signes d'infection récente. La saturation à l'air ambiant, la fréquence cardiaque, la tension artérielle et le status cardiorespiratoire étaient dans la norme. Une péjoration de la fonction rénale était notée à compter du 27 juillet 2022, sans trouble électrolytique ni perturbation des tests hépatiques, et sans syndrome inflammatoire biologique. La densitométrie avait mis en évidence une densité minérale osseuse normale chez un patient sans antécédent de fracture de fragilité et sans corticothérapie en cours, sans indication à un traitement anti-ostéoporotique spécifique, en revanche, la poursuite de la supplémentation vitaminocalcique était recommandée. Sur le plan hématologique, l'obtention d'une réponse complète de l'anémie hémolytique auto-immune mixte était constatée. Le patient bénéficiait d'une prophylaxie par Valtrex qui serait poursuivie au moins jusqu'en mars 2023 et la symptomatologie digestive haute serait surveillée, avec notamment une éventuelle gastroscopie en cas d'indication. Elle a conclu que le patient était en réponse complète de l'anémie hémolytique auto-immune à auto-anticorps chauds et froids mais, au vu du risque élevé de récurrence compte tenu de l'origine auto-immune, un suivi mensuel serait poursuivi à la polyclinique ambulatoire d'hématologie.

**e.** En date du 8 mars 2023, la division de réadaptation de l'OAI a rappelé que le traitement actuel comprenait la prise quotidienne de plusieurs médicaments et que l'assuré était régulièrement suivi au HUG. La situation médicale était probablement non stabilisée, avec des limitations importantes et une fatigue générale. Il était proposé de poursuivre l'instruction médicale.

**f.** Dans un rapport du 7 avril 2023, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a conclu que son examen clinique était sans particularité, que l'électrocardiogramme était normal, que l'échocardiographie objectivait des troubles de la fonction diastolique de type relaxation, alors que le reste de l'examen était sans particularité avec une fraction d'éjection conservée. Il compléterait la consultation par la réalisation d'un test d'effort.

**g.** Par rapport du 5 mai 2023, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré se plaignait d'une dyspnée d'effort et de malaise sans perte de connaissance. Le test effort, maximal, était négatif cliniquement et électriquement. Le profil tensionnel était normal et les symptômes étaient probablement d'origine extracardiaque.

**h.** Dans une communication du 22 août 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation n'était en l'état possible en raison de son état de santé.

**i.** Une échographie de l'épaule gauche réalisée le 29 septembre 2023 a conclu à une tendinose inflammatoire non-rupturée du supra-épineux isolée, à des tendons de la coiffe des rotateurs sans anomalie notable, et à l'absence de bursite sous-acromio-deltaïdienne.

**j.** Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale réalisée le 18 octobre 2023 a mis en évidence une leucoencéphalopathie micro-vasculaire débutante et un micro-anévrisme de l'artère cérébrale moyenne à droite. Le risque annuel de rupture était estimé à 0.23%. Selon le contexte clinique, un complément par imagerie pourrait être réalisé afin de mieux caractériser cet anévrisme. En l'absence d'imagerie comparative, un suivi neuroradiologique était proposé dans six mois puis, en cas de stabilité, à intervalle d'un an, deux ans et cinq ans.

**k.** Dans un rapport du 19 octobre 2023, la docteure E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir été consultée par l'assuré le 3 octobre 2023. L'intéressé avait rapporté un malaise avec perte de connaissance en 2022, dans le train, suite auquel un bilan réalisé avait mis en évidence une anémie hémolytique auto-immune. Depuis lors, il ressentait une asthénie intense, accompagnée d'un manque d'endurance à la marche, qui l'obligeait à faire des pauses et s'asseoir régulièrement lors de ses déplacements. Parfois, il présentait une sensation de malaise associée. Il signalait également des épisodes de vertige, avec impression rotatoire, pour lesquels un vertige paroxystique positionnel bénin aurait été suspecté. L'examen neurologique effectué le 3 octobre 2023 ne montrait pas de signe de dysfonction cérébelleuse, de neuropathie périphérique ou de claudication neurogène expliquant les symptômes. Le tableau était compatible avec le déconditionnement secondaire à la maladie hématologique, et les vertiges rotatoires restaient expliqués par l'antécédent de vertige paroxystique positionnel bénin.

**l.** Par rapport non daté, enregistré par l'OAI le 15 novembre 2023, le docteur F\_\_\_\_\_, a indiqué que l'assuré, qu'il suivait depuis le 30 janvier 2023, était très diminué sur le plan physique et psychique. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail consistaient en une anémie hémolytique auto-immune et des vertiges paroxystiques positionnels bénins. Il a en outre signalé une gastrite et un diabète cortico induit à titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail. Le pronostic était défavorable et l'intéressé était en incapacité totale de travail. Les limitations fonctionnelles comprenaient les positions prolongées, le port de charges de plus de 5 kg, la marche sur terrain irrégulier, le travail sur des échelles ou sur des échafaudages, ainsi que la conduite en raison des vertiges et des malaises à répétition. Concernant les facteurs faisant obstacles à une réadaptation, le médecin a cité la barrière de la langue, le bas niveau socio-éducatif et les symptômes actuels. L'intéressé ne pouvait pas effectuer les tâches ménagères, ni faire les courses ou la cuisine. Il lui arrivait de ne pas pouvoir se doucher.

**m.** Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service d'hématologie des HUG, a indiqué que l'assuré était suivi chaque six mois et a résumé le traitement et les complications rencontrées. Lors de la consultation du 30 novembre 2023, l'assuré s'était plaint d'une extrême fatigue depuis son anémie hémolytique auto-immune avec intolérance à l'effort et

impossibilité de travailler. Cliniquement, l'assuré était en bon état général, afebrile, ne présentait pas d'adénopathie ou de splénomégalie. L'examen clinique était sans particularité et la formule sanguine dans la norme. Dans ce contexte, une origine hématologique aux symptômes de fatigue pouvait être exclue. Le patient serait revu une dernière fois dans six mois après une prise de sang capillaire puis le suivi spécialisé serait terminé étant donné la résolution complète de l'épisode d'anémie hémolytique auto-immune.

**n.** Le 15 février 2024, l'OAI a confié un mandat à son service médical régional (ci-après : SMR), relevant que les rapports des médecins traitants au dossier semblaient contradictoires « (cf. généraliste vs HUG hémato) ».

**o.** Dans un avis du 16 février 2024, la docteure H\_\_\_\_\_ médecin auprès du SMR, a indiqué que l'atteinte principale consistait donc en une anémie hémolytique auto-immune d'origine idiopathique résolue et que l'assuré présentait en outre des vertiges paroxystiques positionnels bénins. L'atteinte hématologique s'était complètement résolue et n'entraînait plus de limitations fonctionnelles, mais une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de ferrailleur pouvait être retenue en lien avec les vertiges en raison de la nécessité de travaux en hauteur avec des montées sur des échelles et des échafaudages. Il n'y avait pas d'autre restriction à retenir et la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 30 novembre 2023, moment où l'anémie hémolytique auto-immune n'entraînait plus de limitation. Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au 19 mai 2022, et le début de l'aptitude à la réadaptation au 30 novembre 2023. Les limitations fonctionnelles comprenaient les travaux en hauteur sur des escabeaux, des échelles et des échafaudages.

**B. a.** Le 15 avril 2024, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'invalidité entière, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, pour la période limitée du 1<sup>er</sup> mai 2023 au 29 février 2024. La rente était supprimée dès le 1<sup>er</sup> mars 2024. Il a en effet retenu que l'intéressé présentait une incapacité de gain entière à l'échéance du délai d'attente, soit le 19 mai 2023, mais que sa capacité de travail était de 100% dès le 30 novembre 2023. La comparaison des gains sans invalidité (CHF 67'756.-), et avec invalidité (CHF 65'969.-) révélait une perte de gain de CHF 1'787.- correspondant à un degré d'invalidité de 2.64%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dans la situation. La rente était dès lors supprimée dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, soit trois mois après le 30 novembre 2023.

**b.** En l'absence d'observation de la part de l'assuré dans le délai de trente jours, l'OAI a informé l'intéressé, par courrier du 27 mai 2024, que la caisse cantonale genevoise de compensation procéderait au calcul de sa rente et lui ferait parvenir une décision sujette à recours.

**c.** Par décision du 11 juillet 2024, l'OAI a rendu sa décision de rente, reprenant la motivation à l'appui de son projet du 15 avril 2024.

**d.** Par courrier du 23 juillet 2024, l'assuré, par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, a sollicité la réévaluation de la décision de l'OAI. Il a notamment fait état d'un trouble dépressif sévère qui se chronicisait, avec des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes fréquents, une perte d'appétit, une perte de l'élan vital et de la motivation, d'une humeur triste, des épisodes récurrents d'attaque de panique, des idées noires. Son état avait nécessité l'introduction d'un traitement psychotrope et un suivi psychiatrique et psychologique. Les symptômes étaient présents en novembre 2023 et il n'était pas envisageable qu'il puisse exercer une quelconque activité professionnelle.

**e.** Le 26 juillet 2024, l'OAI a indiqué à l'assuré que la correspondance précitée du Dr F\_\_\_\_\_ lui avait été adressée en dehors du délai d'audition de trente jours à compter de l'envoi du projet de décision du 15 avril 2024, de sorte que ce rapport ne pouvait pas être pris en considération dans le cadre de son droit d'être entendu. Une décision sujette à recours avait été rendue le 11 juillet 2024 contre laquelle l'intéressé pouvait recourir dans les trente jours auprès de la juridiction compétente ou déposer une nouvelle demande passé ce délai.

**f.** Le 13 août 2024, l'OAI a notamment reçu :

- un rapport du 25 avril 2024 du docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, accompagné d'un rapport de coloscopie du 15 avril 2024 ;
- un rapport du 16 janvier 2024 du docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, posant le diagnostic de crise de goutte du pied gauche en 2023 et du pied droit début janvier 2024 sur une hyperuricémie et attestant d'une incapacité de travail vu les crises répétées touchant les pieds et le suivi mensuel.

**g.** Le 13 août 2024, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, mentionnant qu'il souffrait d'un trouble dépressif sévère chronique et d'une anémie hémolytique auto-immune depuis le mois de mai 2022.

**h.** Le 22 août 2024, la Dre H\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport de coloscopie du 15 avril 2024 ne faisait pas état d'atteintes à la santé entraînant des répercussions sur la capacité de travail, que le rapport de gastroscopie du 1<sup>er</sup> février 2023, lequel était déjà en possession du SMR, montrait une gastrite à helicobacter pylori sans répercussion sur la capacité de travail et que la seule nouvelle atteinte pouvant avoir un impact sur ladite capacité était les crises de goutte mentionnées par le Dr J\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convenait d'interroger ce spécialiste.

**i.** Le 28 août 2024, le Dr J\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI qu'il ne connaissait pas l'assuré et ne pouvait donc pas répondre à ses questions.

**C. a.** Par acte du 11 septembre 2024, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a interjeté recours par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision du 11 juillet 2024. Il a conclu, préalablement, à l'octroi

d'un délai pour compléter son écriture, à la convocation d'une audience de comparution personnelle, à l'audition du Dr F\_\_\_\_\_ et à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, le recourant a rappelé le contenu du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2024 et considéré que l'intimé avait établi les faits de manière incomplète et erronée. Il s'était en effet essentiellement fondé sur l'avis médical du service d'hématologie des HUG, qui ne s'était à aucun moment prononcé sur sa capacité de travail, et avait ainsi écarté l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, sans motiver les raisons pour lesquelles il privilégiait les conclusions des HUG. La décision querellée ne prenait pas non plus en compte son état psychologique. Il aurait été plus judicieux de suivre l'avis du médecin généraliste, qui avait la connaissance la plus complète et intime de son état de santé. Il était en incapacité totale de travail dans toutes activités et avait droit à une rente complète.

**b.** Dans son complément au recours du 8 octobre 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en compte ses troubles psychiques. Il existait un doute raisonnable sur son état de santé, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail, ce que l'intimé avait d'ailleurs reconnu dans son mandat SMR du 15 février 2024. Il aurait ainsi dû procéder à des investigations complémentaires en ordonnant une expertise médicale pluridisciplinaire au vu de ses atteintes à la santé.

Le recourant a annexé une attestation du 4 octobre 2024 K\_\_\_\_\_, psychologue FSP, concernant le suivi débuté pour une psychothérapie individuelle.

**c.** Dans sa réponse du 7 novembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a rappelé que le rapport du 6 décembre 2023 du service d'hématologie des HUG concluait que l'anémie hémolytique auto-immune à anticorps chauds et froids avait été traitée et était désormais résolue. Dans le rapport de consultation d'hématologie du 1<sup>er</sup> décembre 2023, il était notamment mentionné que l'état de santé du patient était bon et que l'examen clinique était sans particularité, et que l'intéressé avait été traité pour une anémie hémolytique auto-immune avec une bonne réponse et une résolution complète de l'atteinte. L'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ était donc difficilement compréhensible, dès lors qu'il attestait d'une incapacité de travail totale en raison de l'anémie hémolytique auto-immune, ce qui était complètement contradictoire avec l'avis des spécialistes en la matière. Le SMR avait donc conclu à juste titre que l'atteinte principale présentée par le recourant et ayant justifié une incapacité de travail était complètement résolue et n'entraînait plus de restrictions fonctionnelles. Le courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2024 était postérieur à la décision litigieuse et ne pouvait donc pas être pris en compte dans la présente procédure, faute de faire état d'éléments vraisemblablement présents antérieurement à ladite décision. À cet égard, il a rappelé que le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait fait aucune mention de symptômes d'un état dépressif dans son rapport reçu le 15 novembre 2023.

**d.** Dans sa réplique du 17 novembre 2024, le recourant a indiqué qu'il était suivi par la docteure L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, depuis le 3 octobre 2024, laquelle avait diagnostiqué un état dépressif sévère sans symptôme psychotique et des préoccupations anxieuses correspondant au trouble hypocondriaque, attestant que ses pathologies étaient en lien de causalité avec l'anémie hémolytique auto-immune. Par ailleurs, le Dr F\_\_\_\_\_ avait signalé, dans son rapport du 15 novembre 2023, qu'il était très diminué sur le plan physique et psychique, de sorte qu'il y avait lieu d'admettre que ses atteintes à la santé psychique étaient présentes et attestées déjà depuis son épisode d'anémie hémolytique auto-immune, comme confirmé par la Dre L\_\_\_\_\_, à tout le moins depuis le 15 novembre 2023, date du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ qui avait retenu une diminution psychologique.

Le recourant a produit un rapport de la Dre L\_\_\_\_\_ du 12 décembre 2024, aux termes duquel elle suivait le patient depuis le 3 octobre 2024. Celui-ci souffrait d'un état dépressif correspondant à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et de préoccupations anxieuses correspondant au trouble hypocondriaque (F45.2). Le lien de causalité entre l'anémie hémolytique auto-immune et l'état de santé psychique du patient était retenue. Cette maladie avait nécessité de nombreux traitements et engagé le pronostic vital du patient, qui avait développé des symptômes dépressifs et une grande anxiété qui persistait à ce jour, avec la crainte de la récurrence et de la mort, bien que les examens sanguins soient normaux et qu'il soit considéré comme guéri. Sa capacité de travail était nulle et les limitations résidaient en de la fatigue, une irritabilité avec des difficultés interpersonnelles, une faible résistance au stress et des difficultés de concentration, d'attention, de compréhension et des troubles de la mémoire.

**e.** Par duplique du 16 janvier 2025, l'intimé a maintenu ses conclusions. Contrairement à ce que soutenait le recourant, il ne ressortait pas du dossier que des atteintes à la santé psychique étaient établies. Le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait fait état d'aucun symptôme en lien avec un état dépressif dans son rapport du 16 novembre 2023. Aucun rapport médical antérieur à celui de la Dre L\_\_\_\_\_, daté du 12 décembre 2024, ne faisait état d'une problématique psychiatrique. Au surplus, il se ralliait à la position du SMR.

Il a produit un nouvel avis du 13 janvier 2025 de la Dre H\_\_\_\_\_, laquelle s'est déterminée sur le rapport de la Dre L\_\_\_\_\_. Elle a considéré qu'il y avait de nouveaux éléments d'ordre psychiatrique, mais qu'ils étaient apparus postérieurement à la décision litigieuse. Par ailleurs, la sévérité de ces éléments psychiatriques était questionnable en regard du suivi et du traitement mis en place. Par conséquent, ses précédentes conclusions restaient valables.

**f.** Copie de ces documents a été transmise au recourant le 17 janvier 2025.

**g.** Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

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

**1.2** À 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.

**1.3** Le délai de recours est de 30 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, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 11 juillet 2024, par laquelle l'intimé a octroyé au recourant une rente d'invalidité entière pour la période limitée du 1<sup>er</sup> mai 2023 au 29 février 2024, singulièrement sur la suppression de cette prestation à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

**3.2** En l'occurrence, l'intimé a supprimé la rente d'invalidité accordée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> mars 2024, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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.

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, mentale ou psychique 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 vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 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.

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

**4.1** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références).

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 (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais

aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et les références).

Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

Un motif de révision a été retenu notamment lorsqu'une méthode différente d'évaluation de l'invalidité s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_716/2022 du 5 juillet 2023 consid. 4.2), lors d'un changement de poste de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_33/2016 du 16 août 2016 consid. 8.1) et lorsqu'une mesure de réadaptation a réussi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_231/2016 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 2.1).

En revanche, 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 147 V 167 consid. 4.1 et les références). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. 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 I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 ; 9C\_353/2020 du 5 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

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

que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR

---

(ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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. À 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au

moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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.

7. En l'espèce, l'intimé a retenu, conformément à l'avis du 16 février 2024 du SMR, que le recourant avait récupéré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 30 novembre 2023, ce qui justifiait de supprimer la rente octroyée dès le 1<sup>er</sup> mai 2023 après trois mois d'amélioration de sa capacité de travail, soit dès le 1<sup>er</sup> mars 2024.

Le recourant conteste cette évaluation et fait grief à l'intimé d'avoir privilégié les conclusions du rapport des HUG au détriment de celles de son médecin traitant. Il relève à cet égard que le service d'hématologie ne s'était pas prononcé sur sa capacité de travail et qu'il existait un doute raisonnable sur son état de santé, comme reconnu par l'intimé dans son mandat du 15 février 2024. Il reproche également à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses troubles psychiques, attestés dès le 15 novembre 2023.

**7.1** Dans son rapport de novembre 2023, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu deux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, soit une anémie hémolytique auto-immune d'origine idiopathique et des vertiges paroxystiques positionnels bénins. Il a expliqué que son patient était très diminué sur les plans physique et psychique, faisant état d'une fatigue intense. Il a retenu, à titre de limitations fonctionnelles, les positions prolongées, le port de charge de plus de 5 kg, la marche en terrain irrégulier, le travail sur des échelles et des échafaudages, ainsi que la conduite.

**7.1.1** En ce qui concerne les atteintes à la santé somatique, il ressort du rapport des HUG du 1<sup>er</sup> décembre 2023 que l'épisode d'anémie hémolytique auto-immune

était complètement résolu lors de la consultation du 30 novembre 2023, de sorte que le diagnostic retenu par la Dre H\_\_\_\_\_ n'est pas contestable.

S'agissant des vertiges paroxystiques positionnels bénins, dont l'existence a été confirmée par le rapport du 19 octobre 2023 de la Dre E\_\_\_\_\_, ils ont également été dûment pris en considération par la médecin-conseil.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a expressément indiqué que la gastrite et le diabète n'avaient aucune influence sur la capacité de travail. Il sera en outre relevé que le rapport d'échographie de l'épaule gauche du 29 septembre 2023 a uniquement conclu à une tendinose inflammatoire non rupturée et isolée du supra-épineux, et que le Dr D\_\_\_\_\_ n'a retenu aucune pathologie suite à son bilan cardiovasculaire et à un test d'effort. D'ailleurs, le médecin-traitant, auquel ces résultats ont été envoyés, tout comme le rapport d'IRM cérébrale du 18 octobre 2023, n'y a fait aucune référence dans son rapport destiné à l'intimé. Enfin, le rapport du 16 janvier 2024 du Dr J\_\_\_\_\_ concernait en réalité un autre patient.

Partant, le SMR a retenu tous les diagnostics somatiques que le médecin-traitant a considéré comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, ce qui n'est au demeurant pas contesté. Le recourant ne soutient en effet pas qu'il souffrirait d'autres troubles physiques qui auraient été omis par le SMR.

**7.1.2** S'agissant des limitations fonctionnelles et de l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé que les spécialistes du service d'hématologie des HUG ont attesté, dans leur rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2023, que l'épisode d'anémie hémolytique auto-immune était complètement résolu lors de leur consultation du 30 novembre 2023. Ils ont précisé que le patient était en bon état général, que l'examen clinique était sans particularité et que l'extrême fatigue dont il se plaignait n'avait pas une origine hématologique. Ainsi, même si ce document ne se détermine pas expressément sur la capacité de travail du recourant, force est de constater qu'aucune restriction ne saurait être retenue en lien avec une atteinte qui n'est plus présente.

L'appréciation de la Dre H\_\_\_\_\_, laquelle a estimé que l'anémie hémolytique auto-immune d'origine idiopathique résolue n'entraînait plus de limitations fonctionnelles et ne justifiait plus aucune restriction de la capacité de travail à compter du 30 novembre 2023, ne prête ainsi pas le flanc à la critique.

Concernant les vertiges, la médecin-conseil a admis certaines contre-indications évoquées par le médecin traitant, à savoir le travail sur des échelles et des échafaudages. Elle semble toutefois avoir omis, par inadvertance, la restriction liée à la conduite, que le Dr F\_\_\_\_\_ a motivée en expliquant que le patient ne pouvait pas conduire en raison des vertiges et des malaises à répétition. Cette limitation fonctionnelle peut donc être considérée comme établie, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, et il y a lieu de conclure que l'activité adaptée ne doit pas comprendre la conduite professionnelle de véhicule.

Quant aux autres restrictions énoncées par le Dr F\_\_\_\_\_, la chambre de céans constate qu'il n'a livré aucune explication permettant de comprendre les raisons pour lesquelles son patient ne pourrait pas exercer un métier exigeant le maintien des positions prolongées et le port de charge de plus de 5 kg. Il est relevé à ce propos que la Dre E\_\_\_\_\_ a mentionné que le patient ne présentait ni lombalgies, ni douleurs aux membres inférieurs, et que le rapport des HUG du 1<sup>er</sup> décembre 2023 confirme que le recourant est en bon état général, que son examen clinique est sans particularité, que le bilan cardiologique et pneumologique s'était révélé normal, et que la seule plainte consistait en l'extrême fatigue alléguée. Ces éléments permettent d'écarter les restrictions d'épargne citées par le médecin traitant en lien avec les positions prolongées, le port de charge limité et la marche en terrain irrégulier, puisqu'aucune pièce produite dans le cadre de la présente procédure ne vient conforter l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ à ce propos.

**7.1.3** Contrairement à ce que soutient le recourant, le mandat SMR, qui indique que les rapports du généraliste traitant et du service d'hématologie des HUG « semblent contradictoires », ne permet pas de conclure à l'existence d'un doute raisonnable quant à son état de santé.

Le dossier médical a précisément été transmis au SMR afin qu'il analyse les renseignements médicaux produits et détermine les atteintes à la santé à retenir, les limitations fonctionnelles qui en découlent et l'évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans un métier adapté.

La Dre H\_\_\_\_\_ a rempli son mandat et conclu que les rapports en sa possession étaient suffisants pour prendre position.

Aucun élément ne permet de douter de la fiabilité ou de la pertinence des constatations du SMR, étant précisé que la seule absence de mention de la conduite à titre de limitation fonctionnelle ne saurait remettre en cause la valeur probante de cette détermination.

L'intimé était donc fondé à suivre les conclusions de l'avis du 16 février 2024.

Enfin, la chambre de céans constate que, dans sa lettre adressée à l'intimé le 23 juillet 2024, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a soulevé aucun argument médical susceptible de douter de l'appréciation de la Dre H\_\_\_\_\_.

**7.1.4** Sur le plan psychique, le médecin traitant du recourant a signalé, dans son rapport de novembre 2023, que son patient était « très diminué sur le plan physique et psychique ». Il n'a cependant fait mention d'aucun symptôme et d'aucune limitation sur le plan psychiatrique. Il n'a pas non plus fait état d'un suivi spécialisé, ni d'une indication à en organiser un. Il n'a pas indiqué qu'un quelconque traitement médicamenteux aurait été introduit ou se justifiait en raison d'une affection psychique. De surcroît, les différents rapports des HUG ne suggèrent pas non plus des difficultés de cet ordre.

La seule mention d'une diminution sur le plan psychique ne saurait suffire pour retenir l'existence d'une atteinte à la santé.

Le premier document transmis à l'intimé qui fait état de symptômes sur le plan psychique est le rapport du 23 juillet 2024 du Dr F\_\_\_\_\_, soit un document établi postérieurement à la décision litigieuse. Si le médecin traitant a attesté que les troubles étaient déjà présents en novembre 2023, force est toutefois de constater qu'il ne les avait pas mentionnés dans son rapport rédigé à l'époque, ce qui permet de douter de cette affirmation.

S'agissant de l'attestation du 4 octobre 2024 de K\_\_\_\_\_ et du rapport du 12 décembre 2024 de la Dre L\_\_\_\_\_, ces documents ont également été rendus après le prononcé de la décision du 11 juillet 2024. En outre, le recourant n'a débuté son suivi spécialisé auprès de la psychiatre que le 3 octobre 2024.

Dans ces conditions, la chambre de céans ne saurait prendre en considération ces documents pour apprécier le bien-fondé de la décision attaquée.

**7.2** Compte tenu de ce qui précède, le grief tiré d'un établissement incomplet et erroné des faits doit être rejeté.

Il s'ensuit que les demandes de comparution personnelle et d'audition de témoin s'avèrent superflues et peuvent être rejetées, par appréciation anticipée des preuves.

**7.3** Le recourant ne fait valoir aucun argument à l'encontre des revenus avec et sans invalidité retenus dans la décision litigieuse et ne conteste pas le calcul du degré d'invalidité effectué par l'intimé.

Rien ne justifie de s'en écarter.

Il en découle donc que l'intimé était fondé à supprimer le droit à la rente du recourant dès le 1<sup>er</sup> mars 2024, compte tenu de l'amélioration de son état de santé qui lui a permis de récupérer une capacité de gain dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2023.

**8.** Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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