

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3849/2011

ATAS/683/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mai 2012

2<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur S \_\_\_\_\_, domicilié à Cologny, représenté par  
CARITAS Genève

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Evelyne BOUCHAARA, Judges assessesurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur S \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), de nationalité Tunisienne, né en 1951, séparé de son épouse et père de cinq enfants, née entre 1990 et 1997, est en Suisse depuis 1976. Il a travaillé en tant que chauffeur routier, à titre indépendant de 1998 à 2005, puis salarié, au bénéfice de missions temporaires entrecoupées de période de chômage, jusqu'à fin 2007.
2. Dans le cadre de son dernier emploi de durée déterminée de juin à décembre 2007, il réalisait un salaire de 4'625 fr./mois x 13 pour un horaire de 46 heures par semaine.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 15 avril 2008 en raison d'une opération du cœur en janvier 2008 et d'arthrose aux deux genoux.
4. Il a subi un double pontage aorto-coronarien le 7 janvier 2008 en raison d'une maladie sévère des trois vaisseaux (occlusion de la coronaire droite et sténose de l'ordre de 90%), puis séjourné aux HUG jusqu'au 16 janvier 2008 selon les rapports des HUG des 7 janvier et 7 février 2008. Selon le rapport du 11 décembre 2008 du Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en angiologie, le patient souffre d'une maladie coronarienne avec répercussion sur la capacité de travail depuis 2007, ainsi que d'une insuffisance artérielle du membre inférieur droit de stade II depuis 2007, actuellement sans effet sur la capacité de travail, l'évolution de cette maladie étant bonne avec le traitement médical actuel. La claudication a disparu et il n'y a pas de limitation du point de vue de celle-ci ; l'activité dépendant de l'état cardiologique il convient de l'examiner avec le Dr B \_\_\_\_\_. Le dernier examen date d'avril 2008.
5. Le Dr B \_\_\_\_\_, cardiologue, médecin-traitant de l'assuré, diagnostique en mai 2008 une cardiopathie ischémique avec une atteinte sévère diffuse des trois vaisseaux ayant nécessité l'opération de janvier 2008, une cardiopathie coronarienne sévère ayant nécessité une vascularisation coronarienne, une spondylarthrose avec discopathie L4-L5 avec canal étroit ainsi qu'une artériopathie, les maladies du cœur datant de novembre 2007 et la discopathie de mars 2008. Le patient souffre de douleurs dorsales, thoraciques, de dyspnée à l'effort et l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le tabagisme sont des facteurs de risques. Le pronostic est réservé en raison des atteintes polyvasculaires, d'une atteinte au rachis et des facteurs de risque. L'activité exercée n'est plus exigible.
6. Selon le rapport de l'Hôpital de la Tour du 18 mars 2008, l'assuré a été soumis le 17 mars 2008 à une artériographie puis une angioplastie fémorale superficielle droite, car il souffrait de douleurs à la jambe droite.

7. Le Dr B \_\_\_\_\_ a cessé son activité professionnelle et le dossier de l'assuré a été repris par le Dr C \_\_\_\_\_, cardiologue, qui indique le 18 février 2009 que l'état de santé de son patient s'est aggravé, en raison de l'apparition à fin décembre 2008 d'un diabète de type II, l'état de santé est depuis lors stationnaire et la capacité de travail est nulle dans toute activité.
8. L'assuré souffre d'une gonarthrose bilatérale depuis 1998, impliquant des douleurs s'aggravant et également nocturnes depuis quelques temps, avec une limitation pour monter et descendre les escaliers et pour le port de charges ; cela implique une totale incapacité de travail selon le rapport du 7 juillet 2008 du Dr D \_\_\_\_\_.
9. L'assuré a été soumis à une expertise confiée par l'OAI au Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne. Son rapport du 24 avril 2009 contient un résumé des pièces médicales au dossier allant jusqu'au rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 18 février 2009, ainsi qu'une anamnèse assez détaillée. S'agissant des plaintes du patient, il mentionne une persistance des douleurs thoraciques, avec des craquements de la paroi thoracique, lorsqu'il se retourne dans son lit, touse, ou lors de port de charges. Au deuxième plan et depuis 1998, il se plaint de gonalgies intermittentes surtout lors de descentes d'escaliers, gonalgies également nocturnes. Depuis l'angioplastie fémorale superficielle du mollet droit en mars 2008, l'évolution est favorable avec disparition de la claudication. En décembre 2008, souffrant de polyuries et polydipsies, il consulte le Dr C \_\_\_\_\_ qui diagnostique un diabète de type II. Depuis avril 2008, il se plaint de lombalgies. L'assuré précise qu'il ne sait rien faire d'autre que de conduire des camions. Les données objectives relevées lors de l'examen clinique sont détaillées sur tous les plans. L'expert retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une cardiopathie ischémique et hypertensive (status après pontage aorto-coronarien du 7 janvier 2008) et une gonarthrose bilatérale sévère depuis 1998, le diabète, l'hypertension, l'obésité et la dyslipidémie étant sans répercussion sur la capacité de travail, de même que les troubles dégénératifs du rachis lombaire. Procédant à l'appréciation du cas, l'expert indique que la cardiopathie ischémique évolue favorablement, sans angor résiduel, sans décompensation cardiaque avec une FE, en décembre 2008, à 58%. Pour le surplus, l'assuré signale que les gonalgies se sont aggravées, qu'il souffre de lombalgies intermittentes et qu'un diabète de type II est identifié en décembre 2008. L'assuré se plaint d'une sensation de craquement sans qu'objectivement, on puisse constater une déhiscence. Ainsi, ce qui limite l'assuré et empêche une reprise d'activité professionnelle est essentiellement lié à la gonarthrose, de sorte que l'activité de chauffeur de poids-lourds n'est plus possible, ce d'autant moins en présence d'un diabète avec crise d'hypoglycémie et d'une cardiopathie ischémique. Dans une activité adaptée, il existe une pleine capacité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Les limitations fonctionnelles sont liées à la gonarthrose, avec difficulté à monter des échelles, à accomplir un travail en position accroupie, à genoux, en marchant et le port de charge est limité à 15 kg. L'exposition aux températures élevées ou très basses ainsi que le stress

thermique doivent être évités. En raison du diabète et du risque possible d'hypoglycémie, la conduite professionnelle est remise en cause. Ainsi, dans une activité légère respectant les limitations et permettant des positions alternées sédentaires ou semi-sédentaires, la capacité de travail est totale, la diminution de rendement a été intégrée dans la détermination de la capacité de travail.

Interrogé par le SMR sur les raisons qui poussent l'expert à retenir une capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et non pas dès le mois de mars 2008, le Dr E\_\_\_\_\_ répond que l'assuré a souffert d'une claudication intermittente, réglée le 17 mars 2008, que les gonalgies entraînent un handicap difficile à estimer dans une activité adaptée, que les douleurs thoraciques, liées au status après sternotomie, sont supposées s'améliorer dans les mois qui suivent, soit trois à cinq mois après l'intervention et que le diabète décompensé ne peut pas être daté, mais l'on sait qu'il a été diagnostiqué en décembre 2008. C'est pour ce motif que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le diabète étant alors compensé, il existe une totale exigibilité mais il est probable qu'après l'épisode des lombalgies, il existait une capacité de travail entre juin et novembre 2008. L'expert indique qu'il avait d'abord retenu une totale capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 seulement, ce qu'il a finalement rejeté, car l'incapacité de travail était totale du fait de la décompensation diabétique en décembre 2008. Il admet que son estimation est généreuse et est prêt à adhérer, en deuxième analyse, à l'appréciation du SMR.

10. Le Dr C\_\_\_\_\_ indique le 24 février 2010 que le diabète est stabilisé et que le patient présente à nouveau une ischémie myocardique liée à une sténose au niveau du pont veineux et précise ensuite qu'une angioplastie avec pose d'un stent est prévue. La Dresse F\_\_\_\_\_, cardiologue succédant au Dr C\_\_\_\_\_ dès le mois de juin 2010 confirme le status post-double pontage aorto-coronarien de janvier 2008 et le status post-angioplastie et pose de Stent au niveau du pont veineux sur coronaire droite du 10 mars 2010 et indique qu'une opération pour la reconsolidation sternale est en discussion ; les efforts physiques avec les bras et le thorax sont limités.
11. Le dossier de réadaptation professionnelle ouvert par l'OAI a entretemps été clôturé le 23 mars 2010, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé.
12. La Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en angiologie et médecin-traitant de l'assuré depuis le 28 janvier 2009 diagnostique le 2 septembre 2010 une gonarthrose sévère bilatérale depuis 1998, une hernie discale lombaire depuis une quinzaine d'années, un status post-revascularisation myocardique en janvier 2008, avec effet sur la capacité de travail. Elle mentionne la persistance d'un état de fatigue chronique avec douleurs rétrosternales liées à une instabilité sternale postopératoire, la possible récurrence d'une coronaropathie ainsi que la présence d'importantes douleurs polyarticulaires prédominant au niveau des genoux dans le cadre d'une gonarthrose invalidante. L'incapacité de travail est totale depuis avril

2008 et l'activité de chauffeur n'est plus exigible. Compte tenu des mesures médicales en cours en raison d'une perte pondérale, d'une revascularisation myocardique, d'une probable indication d'une prothèse totale du genou bilatérale et d'un risque de reprise de l'instabilité sternale, il semble, compte tenu de l'âge du patient, qu'une reprise de l'activité professionnelle est peu probable à moyen terme. Ce rapport est complété le 5 octobre 2010, le médecin-traitant rappelant la coronarographie effectuée en mars 2010 ainsi que les difficultés concernant l'intervention prévue pour corriger l'instabilité sternale post-opératoire selon le rapport du Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie cardiaque et vasculaire du 9 juin 2010.

13. Selon l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2010, les limitations fonctionnelles mentionnées par les divers médecins sont les suivantes : inapte à l'effort physique, au travail avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, en station debout prolongée, avec une marche en terrain irrégulier, des ports de charge supérieure à 16 kg, une exposition à des températures élevées ou basses, la conduite automobile ainsi que la nécessité d'alternance des positions sédentaires ou semi-sédentaires. Le SMR souhaite interroger à nouveau le cardiologue et l'angiologue sur la capacité de travail dans une activité adaptée, avec les résultats des investigations cardiologiques et épreuves d'effort.
14. La Dresse F \_\_\_\_\_, cardiologue, répond le 30 novembre 2010 que l'échocardiographie montre une fonction systolique globale conservée avec une fraction d'éjection à 60%, le test d'effort montre une capacité fonctionnelle médiocre à 4,8 Mets avec 125 W, une épreuve cliniquement et électriquement négative pour une ischémie du myocarde. L'état de santé du patient est stabilisé avec des douleurs thoraciques atypiques principalement liées à l'instabilité sternale sur rupture de fixation pour laquelle on lui a proposé une intervention sous forme de reprise de la cicatrice sternale. La capacité de travail résiduelle reste donc pour l'instant identique à celle décrite en août 2010, c'est-à-dire une restriction d'effort avec les bras et le thorax et un travail qui devrait plutôt être sédentaire, sans soulever de poids.
15. L'assuré a été soumis à une expertise confiée par l'OAI à la Dresse I \_\_\_\_\_, cardiologue. Son rapport du 14 avril 2011 contient une anamnèse qui rappelle la cardiopathie ayant nécessité un double pontage en janvier 2008, compliqué d'une restrostenose ayant nécessité une angioplastie et stenting du pontage en mars 2010, une maladie artérielle périphérique avec un status post angioplastie de la fémorale superficielle droite, un diabète décompensé en décembre 2008, une instabilité sternale suite à une rupture des cerclages ainsi qu'une gonarthrose depuis 1999. S'agissant des plaintes du patient, il est essentiellement gêné par des sensations douloureuses pré-thoraciques fréquentes et thoraciques, dès qu'il tousse ou fait un mouvement important du bras, des douleurs dans les deux genoux et des épisodes d'importante fatigue. L'examen clinique cardiaque est détaillé, l'assuré est soumis à

---

une échographie cardiaque, à un électrocardiogramme et à un test d'effort. L'expert retient une maladie coronarienne sévère avec status post double pontage coronarien, un status post-angioplastie fémorale en mars 2008 en raison d'une claudication intermittente de grade II, un status post-angioplastie et stenting du pontage sur la coronaire droite en avril 2010, une instabilité sternale sur rupture des fils sternaux, une obésité avec BMI à 38, une suspicion clinique de syndrome d'apnée du sommeil, des gonalgies et lombalgies chroniques et un diabète non insulino-requérant avec répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert considère que le patient souffre d'une cardiopathie ischémique et vraisemblablement hypertensive sévère associée à des critères de mauvais pronostics au vu de la constellation à risque et en particulier au vu du diabète et de l'obésité et du fait qu'il a déjà subi une première réintervention suite au pontage. Par ailleurs, la déhiscence sternale objectivée et symptomatique rajoute également un critère de mauvais pronostic chez un patient chez qui toute réintervention est à considérer comme à haut risque, avec par ailleurs une chance de succès à moyen terme vraisemblablement limitée. L'instabilité sternale est une complication non négligeable de la première intervention chirurgicale s'agissant de l'influence sur la capacité de travail, le test d'effort montre une diminution significative de la capacité fonctionnelle et l'instabilité sternale entraîne d'autres limitations et il n'est pas possible d'exclure une composante ischémique, qui pourrait être confirmée par une scintigraphie myocardique. Le patient présente également des symptômes évocateurs d'un syndrome d'apnée du sommeil avec périodes de somnolences et l'équilibre tensionnel n'est pas optimal. L'expert relève que le patient présente actuellement une incapacité de travail certaine, dont l'estimation exacte en pourcentage ne sera possible qu'après réalisation d'un test fonctionnel supplémentaire, afin de s'assurer de l'absence ou de la présence d'une ischémie coronarienne résiduelle. Il est en tout cas certain que l'activité de chauffeur poids-lourds et tous métiers à responsabilité collective est exclue chez ce patient. L'incapacité de travail de 20% au moins date de janvier 2007.

16. Selon l'avis du SMR du 1<sup>er</sup> juin 2011, signé par les Drs J\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint et K\_\_\_\_\_, l'expertise cardiologique a été mise en place du fait que, malgré l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ et les avis des Drs F\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, la capacité de travail n'était pas précisément déterminée. Le SMR résume les divers avis médicaux réunis et procède à une synthèse de l'avis de l'expert qui considère que l'assuré présente une cardiopathie ischémique et hypertensive sévère associée à des critères de mauvais pronostics, l'instabilité sternale péjorant l'assuré sur le plan orthopédique. La capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0% depuis 2007 et dans l'activité adaptée elle est aussi de 0% depuis la péjoration de février 2010, sur la base de l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, et au regard de l'EE qui est très suspecte : ondes négatives en V5/6, incidence élevée d'extrasystoles monotopes. Une capacité de travail résiduelle ne pourrait être fixée qu'après réalisation d'une scintigraphie

---

myocardique ou une IRM de stress. Au total, après consilium au SMR, celui-ci suit les avis de l'expert tels que formulés pour clore ce dossier. Au regard de l'âge et des pathologies, le SMR juge ces avis convaincants. La capacité de travail est de 0% dans l'activité habituelle depuis le 17 décembre 2007. Dans une activité adaptée, la capacité est de 100% du 1<sup>er</sup> juin au 30 novembre 2008, 0% du 1<sup>er</sup> décembre au 31 décembre 2008, 100% du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 janvier 2010 et de 0% dès février 2010.

17. Le revenu sans invalidité est fixé sur la base de l'ESS 2008, TA 7, ligne 31, niveau 4, homme, médiane de 68'665 fr., soit 70'109 fr. en 2009. Le revenu avec invalidité est fondé sur l'ESS 2008, TA 1, total, homme, niveau 4 pour 41,6 heures, soit 52'516 fr. et, réévalué à 2009, 53'620 fr. Après abattement de 25% le revenu avec invalidité est de 40'215 fr., ce qui, après comparaison, détermine un degré d'invalidité de 42,6%.
18. Par projet du 24 juin 2011, l'OAI accorde une rente entière d'invalidité à l'assuré dès décembre 2008, sauf pour le période allant du 1<sup>er</sup> avril 2009 (trois mois après l'amélioration de l'état de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009) au 30 avril 2010 (trois mois après l'aggravation de l'état de santé de février 2010) durant laquelle un quart de rente est alloué, l'OAI estimant que l'état de santé de l'assuré lui permettait d'exercer une activité lucrative à temps complet entre janvier 2009 et janvier 2010.
19. L'assuré a contesté ce projet, faisant valoir que depuis l'opération de janvier 2008, il n'a plus jamais pu reprendre une vie normale et encore moins professionnelle.
20. Par décision du 13 octobre 2011, l'OAI octroie à l'assuré une rente entière d'invalidité du 12 décembre 2008 au 28 février 2009, un quart de rente du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 31 mars 2010, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> avril 2010. Une décision similaire est notifiée à Madame S \_\_\_\_\_, concernant les rentes complémentaires pour enfants.
21. Par acte du 11 novembre 2011, l'assuré, représenté par CARITAS GENEVE, forme recours contre les deux décisions rendues le 13 octobre 2011. Il conteste une amélioration de son état de santé entre 2009 et 2010, et il ne pouvait pas être en bonne santé et apte à reprendre le travail quelques mois avant la nouvelle intervention de février 2010. D'ailleurs, le Dr C \_\_\_\_\_ avait noté une aggravation de l'état de santé fin 2008 début 2009, en raison d'un diabète. L'OAI se fonde sur les conclusions du Dr E \_\_\_\_\_ qui retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans que celle-ci n'ait été déterminée, de sorte que cette appréciation est purement théorique, l'OAI n'ayant fourni aucune indication concrète au sujet des activités qui auraient été exigibles. De plus, au vu de son âge, des nombreuses limitations fonctionnelles et de son niveau de formation, il est illusoire que l'assuré aurait pu réintégrer le marché du travail entre 2009 et 2010, entre deux opérations du cœur, alors qu'il souffrait de gonarthrose et de diabète.

L'assuré sollicite un délai supplémentaire afin d'interpeller ses médecins-traitants concernant les conclusions du rapport du Dr E\_\_\_\_\_.

22. Le recours a été enregistré sous deux numéros de causes distincts, soit A/3849/2011 s'agissant de la décision notifiée à l'assuré et A/3852/2011 s'agissant de celle notifiée à la mère de ses enfants.
23. Par pli du 12 décembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante et établit clairement une amélioration de l'état de santé à compter de janvier 2009, l'assuré étant asymptomatique quant à sa cardiopathie et les tests d'efforts s'étant révélés normaux. L'appréciation différente du médecin-traitant n'est pas de nature à remettre en doute les conclusions d'un expert et, en l'occurrence, les renseignements des médecins-traitants viennent conforter l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_. Le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'échographie de fin 2008 ne présentait pas d'angor résiduel. Le Dr A\_\_\_\_\_ conclut à l'absence de limitation du point de vue angiologique. S'agissant des genoux, le Dr D\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail dans une activité assise et le diabète découvert chez l'assuré ne saurait entraîner une incapacité de travail, étant considéré comme stable par le médecin-traitant. La situation médicale de l'assuré a été parfaitement élucidée et c'est donc à juste titre que l'OAI a retenu une amélioration de l'état de santé et une pleine capacité de travail de janvier 2009 à mars 2010.
24. Par pli du 17 janvier 2012, l'assuré, représenté par CARITAS GENEVE, confirme que les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ sont inadéquates dans le cas d'espèce, au vu de l'âge, des limitations fonctionnelles, du niveau de formation, du nombre d'années passées à exercer la profession de chauffeur-routier, l'assuré ne pouvant pas trouver un emploi de bureau, pour lequel une formation est nécessaire, durant un laps de temps d'une année seulement, entre deux opérations du cœur, en souffrant de claudication intermittente, lombalgies, aggravation des gonalgies, obésité sévère, de douleurs thoraciques, diabète sévère, gonarthrose et cardiopathie.
25. Par ordonnance du 23 janvier 2012, les deux causes susmentionnées ont été jointes sous le numéro de cause A/3849/2011.
26. Les Dr F\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ont été interrogés par la Cour et ont répondu ainsi aux questions posées :
- a) La Dresse F\_\_\_\_\_ atteste le 8 février 2012 qu'elle a vu le patient en consultation trois fois entre le 7 juin et le 29 novembre 2010, date de la dernière consultation. Son état de santé était stable, avec des petites douleurs thoraciques atypiques associées à des craquements dus à une instabilité sternale suite à ses pontages aorto coronariens. Elle confirme le bilan effectué à la demande de l'OAI en novembre 2010 (test d'effort déjà décrit, cf. point 14).

b) La Dresse I \_\_\_\_\_ indique que l'étiologie des douleurs thoraciques du patient reste peu claire : on peut suspecter une cause ostéoarticulaire dans le contexte de l'instabilité sternale objectivée, qui notoirement peut être à l'origine d'intenses douleurs en fonction des mouvements corporels, et/ou une cause ischémique dans le contexte de la maladie coronarienne sous-jacente chez ce patient ayant une constellation à haut risque sur le plan cardiovasculaire, avec tous les facteurs de risque, y compris le diabète, raison pour laquelle une réévaluation de la situation coronarienne a été proposée lors de son expertise. Il n'est donc pas possible de répondre définitivement à la question de savoir si les douleurs sont ou non consécutives à la première opération, mais elles entrent très vraisemblablement dans le cadre de la pathologie cardiaque de base du patient et de sa constellation à risque. Le patient souffrait déjà avant janvier 2009 d'une cardiopathie ischémique sévère et a bénéficié d'un pontage aorto coronarien en 2008. L'ECG montre de très probables séquelles d'infarctus inférieur non daté et le patient présente une constellation de facteurs de risque majeurs sur le plan cardiovasculaire (diabète instable, décompensation diabétique en décembre 2008). N'ayant pas connu le patient de janvier 2009 à janvier 2010, elle ne peut pas donner un avis rétrospectif formel sur son état de santé. Elle souligne toutefois la sévérité de la cardiopathie ischémique et de la constellation à haut risque, qui sont clairement établies. On ne peut donc pas parler d'amélioration, mais tout au plus d'une possible stabilisation momentanée, qui n'enlève rien à la sévérité de l'atteinte cardiaque sous-jacente clairement objectivée, avec un haut risque de vraisemblable et imprévisible aggravation, ce d'autant plus que la gestion des facteurs de risque n'était vraisemblablement pas optimale à l'époque, avec pour preuve l'évolution défavorable subséquente du patient. Sur la base de l'expertise effectuée en avril 2011 et de la situation de ce patient à ce moment-là, l'incapacité de travail totale dans toute activité déterminée par le médecin SMR semble pleinement justifiée. S'agissant de la période de janvier 2009 à janvier 2010, elle n'a pas vu le patient, mais elle note une décompensation diabétique en décembre 2008, soit juste avant l'avis de l'expert interniste qui considère le patient, alors qu'il est atteint d'une polyopathie limitante, d'une cardiopathie ischémique sévère, comme pleinement apte à un travail adapté, ce qui paraît difficile à envisager. De plus, le même expert nuance ses propres conclusions précédentes dans son courrier du 11 août 2009 au SMR, précisant, entre autres, que le diabète n'est pas datable, de sorte que la date du début de l'incapacité de travail est à géométrie variable, ce qui témoigne de l'impossibilité d'une estimation rétrospective d'une capacité de travail. En conclusion, il paraît difficile et fort invraisemblable d'imaginer que ce patient ait pu être considéré comme apte à une activité de travail totale dans une activité adaptée dans la période citée, et elle estime que le patient sévèrement touché dans son état de santé sur le plan cardiaque, vasculaire et métabolique doit être considéré comme inapte à toute activité professionnelle dès le diagnostic de la coronaropathie sévère, sans se prononcer sur l'aspect orthopédique.

c) Le Dr C\_\_\_\_\_ atteste le 14 mars 2012 qu'il a suivi le patient depuis octobre 2008 et l'a vu cinq fois entre janvier 2009 et février 2010. Durant cette période, l'état de santé était plutôt aggravé du fait de l'apparition du diabète et de la progression de la maladie coronarienne, nécessitant par la suite la pose d'un stent. Durant cette même période, la capacité de travail en tant que camionneur était nulle. Le diabète a été diagnostiqué à la fin de l'année 2008 et a pu être stabilisé au printemps 2009. L'assuré présentait des douleurs rétrosternales constantes suite à la première opération de janvier 2008, d'abord en relation avec une mauvaise soudure au niveau de l'os sternal (complication post opératoire), puis dans le cadre d'une évolution d'un rétrécissement au niveau des ponts veineux. L'IRM du 29 janvier 2010 a montré un rétrécissement au niveau du pont veineux qui a certainement été progressif, pouvant avoir commencé peu de temps après l'opération cardiaque de janvier 2008. De janvier 2009 à janvier 2010, l'assuré a continué à subir des douleurs dues à l'instabilité sternale et la progression du rétrécissement au niveau du pont veineux. La maladie coronarienne est un continuum, l'évolution n'est pas prévisible et il est donc difficile de dire que le patient aurait pu avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, car on ne sait pas quelle activité il aurait pu faire (secrétariat ? informaticien ?), étant donné qu'il a toujours travaillé comme camionneur faisant des travaux lourds. Il précise le 15 mars 2012 que l'état de santé était plutôt aggravé de janvier 2009 à janvier 2010 en raison de l'apparition du diabète et de la progression de la maladie coronarienne.

27. Ces rapports ont été transmis aux parties afin qu'elles se déterminent.
28. Par pli du 12 avril 2012, le conseil de l'assuré relève que les rapports médicaux démontrent qu'il ne peut pas être soutenu, qu'il disposait d'une pleine capacité de travail de janvier 2009 à janvier 2010. Tant la Dresse I\_\_\_\_\_, experte, que le Dr C\_\_\_\_\_, relèvent la sévérité de la cardiopathie, l'évolution défavorable, la décompensation diabétique en décembre 2008, l'aggravation de l'état de santé, au mieux, sa stabilité, ce qui exclut une totale capacité de travail dans une activité adaptée dans la période retenue par l'OAI, de sorte que la rente entière doit être accordée depuis décembre 2008 sans exception.
29. Par pli du 16 avril 2012, l'OAI a transmis l'avis de la Dresse K\_\_\_\_\_, du SMR, du 2 avril 2012, sans prendre de conclusions. Cet avis relève que, selon le Dr F\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'aggravation de l'état de santé depuis février 2010. Les réponses de la Dresse I\_\_\_\_\_ sont peu étayées sur le plan scientifique, s'agissant des facteurs de risque et des antécédents de l'assuré, car en présence d'une cardiopathie ischémique sévère, un pontage aortocoronarien guérit ou améliore notablement l'état de santé du patient, ce qui semble être réalisé dans ce cas, au vu des résultats de l'examen de novembre 2010 réalisé par le cardiologue traitant. Les conclusions de l'expertise sont affaiblies par les éléments contradictoires entre les réponses du cardiologue traitant et celles de l'expert qui sont peu convaincantes. S'agissant des réponses du Dr L\_\_\_\_\_, le SMR relève le tourisme

cardiologique de l'assuré, dont l'expert décrit un état très sévère, ce qui ne favorise pas une bonne prise en charge. Compte tenu de l'absence d'examen cardiologique spécifique réalisé avant janvier 2010, le SMR retient l'absence d'origine ischémique aux douleurs. En résumé, les trois médecins ont trois avis contradictoires. Le SMR relève ainsi l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, selon lequel l'évolution post-pose de Stent en mars 2010 a été favorable, ce qui contredit les conclusions de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_. Face à tant de discordances, le SMR estime qu'une expertise pluridisciplinaire permettrait de lever les doutes sur les discordances entre les douleurs sternales et la pathologie cardiaque, ainsi que ses répercussions objectives.

30. La cause a été gardée à juger le 19 avril 2012.

### **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<sup>er</sup> 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.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, qui sont applicables au cas d'espèce, la demande de prestation datant du 15 avril 2008.
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. Est litigieuse l'amélioration de l'état de santé de l'assuré du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 31 janvier 2010, ayant motivé la réduction de la rente entière accordée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008 à un quart de rente du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 31 mars 2010.
6. a) 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. 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'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2).

b) 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<sup>er</sup> janvier 2008).

c) 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).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail

disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

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

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).

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).

8. 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).

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).

9. En l'espèce, l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_ n'est pas probante et ne permet pas de déterminer la capacité de travail de l'assuré. Elle ne tient pas compte de l'évolution de l'état de santé de l'assuré au-delà de mi-février 2009. Tout en retenant un diabète décompensé en décembre 2008, des gonalgies qui entraînent un handicap difficile à estimer dans une activité adaptée, mais en postulant - sans le vérifier - que les douleurs thoraciques sont supposées s'améliorer, l'expert retient que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans une activité adaptée, cela après avoir hésité à la fixer à mai 2009 pour tenir compte du diabète puis, sur demande expresse du SMR, acceptant de revenir sur son appréciation initiale afin de la fixer à mars 2008. Cette conclusion n'est donc pas convaincante car elle n'est pas motivée et on ne comprend pas son fondement. De surcroît, le Dr E \_\_\_\_\_ n'est pas un spécialiste en cardiologie.

Par contre, l'expertise de la Dresse I \_\_\_\_\_, complétée à la demande de la Cour, a pleine valeur probante. Elle émane d'une spécialiste en cardiologie, elle tient compte des plaintes du patient et elle est fondée sur un examen complet, y compris une échographie cardiaque, un électrocardiogramme et un test d'effort. L'appréciation du cas est nuancée, l'expert retenant une cardiopathie ischémique et vraisemblablement hypertensive sévère, avec des critères de mauvais pronostics, en raison du diabète et de l'obésité, ainsi que des deux interventions successives. La composante ischémique n'est pas exclue, malgré l'avis de la Dresse F \_\_\_\_\_, car seule une scintigraphie pourrait la confirmer ou l'infirmier. S'agissant de l'étiologie des douleurs thoraciques, présentes depuis la première intervention de janvier 2008, elles peuvent être attribuées à l'instabilité sternale

objectivée, qui cause notoirement d'intenses douleurs et/ou à une cause ischémique. Compte tenu de l'objectivation de probables séquelles d'un infarctus antérieur à 2008, des deux interventions successives, de la sévérité de la cardiopathie, de la constellation à haut risque, l'expert retient qu'il n'y a en tout cas pas eu d'amélioration de janvier 2009 à janvier 2010, mais au mieux une possible stabilisation momentanée, qui n'enlève rien à la sévérité de l'atteinte, avec un risque important et imprévisible d'aggravation. L'experte relève encore qu'il est invraisemblable d'imaginer que ce patient soit considéré comme capable d'exercer une activité adaptée, dès janvier 2009, suite à une décompensation diabétique en décembre 2008, rappelant que ce patient est sévèrement touché dans son état de santé sur le plan cardiaque, vasculaire et métabolique dès le diagnostic de la coronaropathie sévère.

Ainsi, l'expert retient que l'assuré est totalement incapable de travailler, dans toute activité, dès janvier 2008 en tout cas, sans amélioration notable depuis lors.

A cet égard, le dernier avis du SMR du 2 avril 2012 n'est pas convaincant. En premier lieu, l'assuré n'a pas pratiqué de tourisme médical. Lorsque le Dr B\_\_\_\_\_, cardiologue, a pris sa retraite en octobre 2008, le Dr C\_\_\_\_\_ a repris le suivi jusqu'en juin 2010, suivi de la Dresse F\_\_\_\_\_. Au demeurant, s'agissant d'une pathologie somatique et non pas psychiatrique, un changement de spécialiste n'est pas déterminant. En second lieu, les avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, experte, ainsi que des deux cardiologues successifs de l'assuré, les Drs C\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ne sont pas contradictoires. La période litigieuse va de janvier 2009 à janvier 2010 et l'assuré était alors suivi par le Dr C\_\_\_\_\_. Pour mémoire, l'assuré a subi un double pontage aortocoronarien en janvier 2008, suite auquel des douleurs thoraciques sont apparues, sans rémission. Il a subi en mars 2008 une angioplastie fémorale et un diabète décompensé est apparu en décembre 2008. Ensuite, l'aggravation de la maladie coronarienne a nécessité la pose d'un stent en mars 2010. Le Dr C\_\_\_\_\_ retient ainsi plutôt une aggravation de l'état de santé à partir de décembre 2008-janvier 2009 et conclut, tout comme la Dresse I\_\_\_\_\_, à une totale incapacité de travail dans toute activité sans amélioration. Le fait que les douleurs thoraciques retrosternales constantes soient dues à une mauvaise suture au niveau de l'os sternal, comme complication suite à la première opération de janvier 2008 et/ou, ultérieurement liée à l'aggravation de la maladie coronarienne n'est pas, en tant que tel, déterminant, car ces importantes douleurs sont objectivées et sans rémission depuis janvier 2008. Pour le surplus, le fait qu'un pontage aortocoronarien implique, habituellement, une guérison ou une amélioration de l'état de santé n'empêche pas que, dans le cas d'espèce, tant le Dr C\_\_\_\_\_ que la Dresse I\_\_\_\_\_ retiennent une aggravation progressive de l'état coronarien, ayant vraisemblablement commencé peu de temps après l'opération de janvier 2008, sans que la Dresse F\_\_\_\_\_ soit d'un avis contraire. En effet, celle-ci a repris le suivi cardiologique de l'assuré en juin 2010 et atteste, depuis lors,

d'une stabilité de l'état de santé, sans jamais se prononcer sur le taux de capacité résiduelle de l'assuré, se contentant d'indiquer des restrictions d'effort physique avec les bras et le thorax, l'exigence d'un travail sédentaire, sans poids à soulever. La seule divergence entre l'avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ et celui de la Dresse I\_\_\_\_\_ concerne l'éventualité d'une ischémie, ce qui n'est pas, de l'avis de la Dresse I\_\_\_\_\_, déterminant, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique précisément décrit et, surtout, de l'évolution défavorable de l'assuré suite à la première intervention de janvier 2008.

La Cour estime donc qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, car il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré est totalement incapable de travailler dans toute activité, en raison de la gravité de la pathologie cardiaque, sans amélioration notable depuis décembre 2007.

Même en admettant que l'état de santé de l'assuré se soit légèrement amélioré, cette amélioration n'aura été que provisoire et de courte durée. La première période irait de juin à novembre 2008, de sorte que l'OAI a renoncé à juste titre à en tenir compte, la période déterminante de travail étant limitée à trois mois (de septembre 2008, trois mois après l'amélioration, à novembre 2008). Après stabilisation du diabète, la seconde période commencerait entre mars et mai 2009 sans durer, car il n'est pas vraisemblable qu'un assuré, dont l'aggravation de la pathologie coronarienne exige la pose d'un stent, dispose d'une capacité de travail durant les mois précédents l'intervention, comme le relève l'experte. Ainsi, dans cette hypothèse, l'examen de la capacité de travail concrète de l'assuré, trois mois après le début de l'amélioration, aurait dû conduire l'OAI à considérer qu'aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à engager, en 2009, un assuré de 58 ans, sans formation, ayant toujours travaillé en qualité de chauffeur routier, atteint d'une grave pathologie cardiaque, aggravée d'un diabète, d'obésité, d'hypertension et d'une gonarthrose bilatérale sévère, de sorte qu'il n'est pas réaliste de penser qu'il serait en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, pour quelques semaines de surcroît.

C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu, par décision du 13 octobre 2011, que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré, lui permettant d'exercer une activité lucrative à temps complet entre janvier 2009 et janvier 2010 et limité, du 1<sup>er</sup> mars 2009 au 30 mars 2010 la rente à un quart de rente.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 13 octobre 2011 seront annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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 1'000 fr., compte tenu des frais de la procédure, soit

les factures de la Dresse F\_\_\_\_\_ (20 fr.), du Dr C\_\_\_\_\_ (90 fr.) et de la Dresse I\_\_\_\_\_, expert (610 fr.), suite à l'instruction complémentaire menée par la Cour.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet, annule les décisions du 13 octobre 2011 et dit que le recourant a droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008.
3. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'intimé.
4. Le condamne à verser une indemnité de procédure de 2'000 fr en faveur du recourant.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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