

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/406/2011

ATAS/1/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 janvier 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BRAUNSCHMIDT Sarah

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M _____, né en 1973 (ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine somalienne, est arrivé en Suisse en 1999. Il a suivi l'école obligatoire dans son pays d'origine, parle anglais. Il est marié avec une compatriote, née en 1982 et père de cinq enfants, nés en 2004, 2005, 2006, 2007 et 2009.
2. L'assuré souffre d'une malformation neurologique, soit une hydrocéphalie tétraventriculaire sur malformation Chiari de type I, depuis 2009.
3. Il a travaillé en qualité d'aide de cuisine et plongeur pour divers employeurs de mai 2001 à mai 2008 et a été totalement incapable de travailler dès le 23 février 2009. Il a été hospitalisé du 19 mars au 27 avril, opéré le 27 mars (mise en place d'une dérivation en raison d'un hématome sous dural chronique) et le 4 juin 2009 (révision de la DVP).
4. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 20 novembre 2009. Il est assisté, ainsi que sa famille, par l'Hospice général.
5. Selon le Dr A _____, neurochirurgien auprès des HUG, les suites opératoires sont excellentes avec disparition des céphalées, vertiges, troubles de l'équilibre et de la marche, ainsi que des malaises avec perte de connaissance, l'assurée pouvant progressivement reprendre son travail, un scan de contrôle étant toutefois prévu (27 août 2009), l'assuré est incapable de travailler du 27 mars au 24 août 2009, et peut reprendre à 50%, l'évolution semblant favorable (19 janvier 2010).
6. Selon l'avis de la Dresse B _____, médecin-traitant, l'évolution purement clinique est favorable, l'hydrocéphalie étant jugulée, mais l'impact de la maladie sur le psychisme est difficile à évaluer (30 novembre 2009 et 9 février 2010), l'intervention et la situation sociale ont des répercussions sur le psychisme de l'assuré, qui peut travailler à 50% dans un poste adapté, étant précisé que cliniquement, le tableau neurologique est tout à fait bon, la récupération est totale (15 juin 2010), la capacité de travail médicalement objectivée dans une activité adaptée est de 100%, qu'il n'y a pas de limitation objectivée, ni élément clinique engendrant des limitations fonctionnelles (23 juin 2010).
7. Selon l'avis du SMR du 6 juillet 2010 fondé sur les rapports des deux médecins précités, l'assuré est capable de travailler à 50% dès le 24 août 2009 et à 100% dès juin 2010, la seule limitation fonctionnelle étant de l'asthénie.
8. Par projet du 20 juillet 2010, l'OAI alloue une demi-rente, limitée à trois mois après l'amélioration, car l'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 23 février 2009 mais son état de santé s'est amélioré et sa capacité de travail est de 50% dès août 2009 et 100% dès juin 2010.

9. Selon l'avis de la Dresse B _____ du 23 août 2010, l'état de santé de l'assuré n'est pas compatible avec une reprise de travail en octobre 2010, de nouvelles investigations étant prévues en neurochirurgie afin d'exclure une complication médicale.
10. Par décision du 26 janvier 2011, l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI) a limité l'octroi de prestations à une demi-rente du 1^{er} mai au 30 septembre 2010 sur la base de l'avis du SMR du 6 juillet 2010.
11. L'assuré a interjeté recours contre cette décision en date du 11 février 2011, en concluant à l'annulation de la décision et il a précisé ensuite que l'examen neuropsychologique prévu pour le 15 avril 2011 avait été annulé, à défaut de prise en charge par son assurance-maladie.
12. Selon divers avis médicaux du service de neurochirurgie, le patient se plaint de vertiges, sans céphalées ni nausées, qui apparaissent après la station debout prolongée, ainsi que d'une certaine désorientation spatiale, l'aggravation de la symptomatologie ne s'explique pas par un surdrainage qui a été exclu par un scanner.
13. Selon la Dresse B _____, l'assuré se plaint d'une importante fatigue, de vertiges en position debout et d'un ralentissement psychomoteur d'origine indéterminée mais tous les examens complémentaires effectués sont normaux.
14. Dans sa réponse du 10 mai 2011, l'intimé conclut, en l'état du dossier, au rejet du recours.
15. Par pli du 22 juin 2011, l'assuré, représenté par avocat, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 10 mai 2010, subsidiairement un $\frac{3}{4}$ de rente d'invalidité dès la même date.

Il produit:

- a) une attestation médicale du Dr C _____, du Département de médecin communautaire des HUG du 10 juin 2011, qui diagnostique un état dépressif, une récurrence d'un syndrome de stress post-traumatique, une situation sociale difficile et un status post-intervention chirurgicale et qui estime qu'un bilan complet neuropsychologique est nécessaire et sera demandé au service de neurologie,
- b) une attestation du Dr D _____, neurologue, du 16 mai 2011, selon lequel l'examen neurologique révèle essentiellement une démarche ataxique avec élargissement du polygone de sustentation avec un funambule impossible et Romberg discrètement positif; les épreuves talons-genoux et index-nez sont correctement exécutées; il n'y a pas de signe d'hypertension intracrânienne, ni de

méningisme; l'examen des nerfs crâniens est normal et il n'y a pas de latéralisation aux voies longues; les réflexes ostéo-tendineux sont tous présents, moyens et symétriques et en conclusion, du point de vue somatique, l'examen neurologique montre essentiellement une ataxie à la marche de type cérébelleuse statique, le médecin précisant que sa neuropsychologue n'étant pas suffisamment à l'aise avec la langue anglaise pour effectuer un examen neuropsychologique détaillé, il convient que le patient bénéficie d'une nouvelle évaluation neuropsychologique dans le service de neurologie des HUG.

16. Par pli du 29 août 2011, l'OAI préconise la mise en place d'une expertise complémentaire, neuropsychologique et psychiatrique, s'en rapportant à justice pour déterminer si le dossier lui est renvoyé pour ce faire ou si l'expertise est judiciaire, car selon l'avis du SMR du 16 août 2011, les nouvelles pièces médicales mettent en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis l'été 2010, soit avant la décision du 26 janvier 2011, de sorte qu'il convient de reprendre l'instruction médicale.
17. Une expertise a été confiée le 4 octobre 2011 à la Dresse E_____, neurologue, sous la supervision du Dr F_____, responsable du Service de neuropsychologie et au Dr G_____, psychiatre.
18. Le rapport d'expertise neurologique et psychiatrique du 8 octobre 2012 est fondé sur l'ensemble du dossier, l'examen clinique neurologique pratiqué les 9 janvier et 24 février 2012, en présence d'un interprète, un examen neuropsychologique effectué les 19 et 26 janvier 2012, un EEG pratiqué le 1^{er} février 2012, une évaluation psychiatrique basée sur deux entretiens réalisés les 9 mai et 7 août 2012, le second en présence d'un interprète, un consilium entre experts le 18 septembre 2012. Le rapport contient une anamnèse familiale personnelle et professionnelle précise, une anamnèse neurologique détaillant l'apparition et l'évolution des troubles depuis 2008. L'anamnèse psychiatrique révèle que l'assuré n'a jamais souffert de troubles psychiatriques ou psychologiques avant l'altération de son état de santé et la première intervention de mars 2009, mais ne permet pas de confirmer le diagnostic de reviviscence d'un état de stress post-traumatique retenu par l'un des médecins-traitants. S'agissant des plaintes, l'assuré mentionne une fatigue chronique, des troubles sévères de la concentration, de la mémoire et de l'orientation spatiale, des troubles de l'équilibre de type tangage en station debout, des céphalées frontales. Les constatations objectives sont détaillées, du point de vue neurologique et du status psychiatrique. Les experts retiennent les diagnostics neurologiques d'hydrocéphalies non communicantes sur malformation d'Arnold-Chiari de type 1, avec DVP, épilepsie lésionnelle, surdrainage, hématomas sous-duraux chroniques bilatéraux, etc. et, psychiatrique, de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée. S'agissant de l'appréciation du cas, les experts mentionnent que le DVP de mars 2009 s'est compliqué de crises d'épilepsies symptomatiques, d'hygromes bilatéraux et d'hématomes sous-duraux, ayant

nécessité plusieurs reprises neurochirurgicales, depuis lesquelles l'expertisé se plaint d'une importante fatigue, les troubles de l'équilibre s'étant atténués. Depuis lors, son comportement a changé, il est devenu impatient, irritable, intolérant au bruit, ralenti, apathique et apragmatique, avec une aggravation des troubles de l'équilibre et l'apparition de troubles mnésiques et de la concentration. L'hydrocéphalie objectivée à l'imagerie explique une atteinte cognitive de degré de sévérité moyenne, l'évaluation des troubles cognitifs étant compliquée par une nette majoration des déficits. L'évaluation du degré d'intensité de l'état dépressif est compliquée par son aspect atypique. Il est vraisemblablement lié à la persistance des symptômes neurologiques ainsi qu'à d'autres facteurs personnels et sociaux. En soi, ils n'entraînent pas une diminution de la capacité de travail, mais contribuent à aggraver les conséquences imputables aux troubles neurologiques. Ce sont essentiellement les troubles neurocognitifs (mnésiques et exécutifs) qui réduisent la capacité de travail de l'expertisé, laquelle est donc globalement estimée à 50%, depuis l'hospitalisation en neurochirurgie au mois de mars 2009, sans changement depuis lors, dans une activité qui n'exige pas de déplacement. Les experts ne partagent pas l'appréciation des Drs A_____ et B_____ selon lesquels l'expertisé a une pleine capacité de travail depuis juin 2010, car cette appréciation ne tient pas compte des troubles neurocognitifs. S'agissant du pronostic, il n'y a pas lieu d'attendre une amélioration des troubles et, du point de vue psychiatrique, il y a lieu de craindre une aggravation de l'état dépressif.

19. Par pli du 12 novembre 2012, l'OAI estime que l'expertise est probante, de sorte qu'il convient d'admettre une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le mois de mars 2009, sur la base de l'appréciation du SMR du 7 novembre 2012. L'OAI précise le 3 décembre 2012 qu'il modifie ses conclusions dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière, sur la base de l'avis du Service de réadaptation du 23 novembre 2012 qui constate qu'il n'y a pas d'activités dans le marché de l'emploi ordinaire qui respectent strictement les limitations fonctionnelles de l'assuré, hormis une éventuelle activité en atelier protégé.
20. Sur ce, l'assuré persiste dans les conclusions de son recours.
21. La cause a été gardée à juger le 12 décembre 2012.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 est applicable, ainsi que la LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, l'incapacité de travail datant de mars 2009 et la décision litigieuse de janvier 2011.
3. 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.
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité et sur la limitation dans le temps de la rente.
5. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

b) 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

c) 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).

d) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance

d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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

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

b) Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

c) 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).

7. En l'espèce, la Cour de céans estime que l'expertise bidisciplinaire du 8 octobre 2012 peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressé, des examens neurologiques spécifiques, il prend en considération les plaintes du patient, son histoire médicale et ses conclusions sont bien motivées et claires. D'ailleurs, tant le SMR que le recourant admettent la valeur probante de l'expertise. Le SMR confirme ainsi que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et qu'elle est limitée à 50% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles dès le mois de mars 2009. En raison des troubles de l'équilibre, des troubles cognitifs exécutifs et mnésiques, l'exigibilité ne dépasse pas 50% dans une activité sollicitant aussi peu que possible les capacités mnésiques et attentionnelles de l'expertisé, le SMR relevant au surplus la fatigue marquée de l'assuré.

Il s'avère ainsi, à l'issue de l'instruction médicale ordonnée par la Cour, que le pronostic initialement favorable du médecin-traitant et du neurochirurgien ayant opéré l'assuré ne s'est pas réalisé, la capacité de travail résiduelle de l'assuré n'ayant jamais dépassé, au maximum, 50% et ce, dans une activité adaptée. La décision querrellée, en tant qu'elle limitait la rente d'invalidité dans le temps n'est ainsi pas fondée.

8. Sur la base de l'expertise et de l'avis du SMR, le Service de la réadaptation de l'OAI a estimé qu'il n'existait aucune activité lucrative dans le marché de l'emploi ordinaire qui respecte strictement les limitations fonctionnelles de l'assuré, hormis une éventuelle activité en atelier protégé, ce qui a conduit l'OAI à retenir, in fine, que l'assuré devait bénéficier d'une rente entière d'invalidité.

Ainsi, conformément à la jurisprudence, l'assuré ne dispose plus d'aucune capacité de travail exploitable sur le marché général du travail de sorte qu'il faut retenir, avec l'OAI, qu'il est totalement invalide.

Selon l'avis concordant des experts et du SMR, l'assuré a présenté une incapacité de travail de plus de 50% depuis mars 2009. Le délai de carence d'un an est donc échu le 1^{er} mars 2010. Toutefois, la demande de prestations d'invalidité a été déposée le 20 novembre 2009. Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance le 20 mai 2010, mais en application de l'alinéa 3 de la disposition, la rente

est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, soit dès le 1^{er} mai 2010.

9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 26 janvier 2011 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité limitée à 1000 fr, au vu de l'unique et très brève écriture de son conseil, lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 26 janvier 2011 et dit que l'assuré a droit à une rente entière d'invalidité, sans limitation dans le temps, dès le 1^{er} mai 2010.
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de procédure de 1'000 fr. au recourant, au titre de dépens.
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

Irene 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