

GE_GERICHTE A/1874/2011 vom 22. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1874_2011

FR: GE_GERICHTE A/1874/2011 du 22 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1874/2011 del 22 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur G _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jaroslaw GRABOWSKI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur à G _____ (ci-après l'assuré), né en 1966, a travaillé en tant que chauffeur-livreur dans l'entreprise familiale de 1998 jusqu'au 12 décembre 2000, date dès laquelle il a été en incapacité de travail totale. Dans son rapport du 20 février 2001 destiné à l'assureur d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué des cervicobrachialgies gauches, avec paresthésies du membre supérieur gauche. L'incapacité de travail était totale dès le 12 décembre 2000, pour une durée indéterminée. L'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) le 3 décembre 2003, invoquant une affection neurologique lombaire et cervicale existant depuis l'adolescence. Il a mentionné que son dernier salaire était de 3'500 fr. Dans son rapport du 26 janvier 2004, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé les diagnostics de hernie discale lombaire L5-S1 gauche opérée en juillet 2000, d'ostéophytose C6-C7 gauche opérée en janvier 2002, et d'instabilité lombaire L4 à S1, en précisant que ceux-ci avaient des répercussions sur la capacité de travail. Il n'avait cependant pas de nouvelles récentes de l'assuré, qu'il n'avait plus vu depuis septembre 2003. Dans un questionnaire rempli le 16 mars 2004, l'employeur de l'assuré a indiqué que celui-ci avait travaillé pour lui en tant que vendeur en copy-service et de coursier à 100 % à raison de 8.5 heures par jour du 1 er novembre 1998 au 31 décembre 2002, date à laquelle le contrat avait été résilié en raison d'un changement de la situation de l'assuré. Le salaire qu'il aurait perçu sans atteinte à la santé aurait été de 5'500 fr. dès le 1 er janvier 2002. Le Dr L _____, dans son rapport du 6 juillet 2004, a posé les diagnostics d'hernie discale L5-S1 opérée en 2000, de récurrence de hernie discale L5-S1 opérée en 2001, d'ostéophytose C6-C7 opérée en 2002 et de spondylodèse L4-S1 en 2003 en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré, nulle depuis le 12 décembre 2000. L'assuré se plaignait de douleurs résiduelles à la colonne en cas d'efforts. Son état était stationnaire, mais il était clair qu'il ne pouvait plus exercer sa profession. Le Dr L _____ a précisé que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais qu'une autre activité sans efforts ni port de charges pouvait être envisagée pour l'assuré, jeune et dynamique et désireux de travailler, en sollicitant toutefois l'avis du Dr M _____ sur les risques et les possibilités d'un nouvel emploi. Il a d'ailleurs joint à son rapport les comptes-rendus opératoires établis par ce médecin à la suite des interventions pratiquées en juillet 2000, janvier 2002 et mai 2003. Le Dr N _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR) a procédé à l'examen de l'assuré le 30 juin 2005. Interrogé sur son travail, l'assuré a indiqué

que 50 % du temps étaient consacrés à une activité de bureau avec alternance de la station assise et de déplacements dans l'entreprise et 50 % au port de charges variant de 5 à 25 kg, lorsqu'il devait aller chercher et livrer des marchandises. Après avoir retracé l'anamnèse de l'assuré, le Dr N_____ a rapporté que ce dernier décrivait des lombalgies continues, à prédominance vespérale, accompagnées d'un dérouillage matinal de 30 minutes. Les symptômes étaient augmentés en station assise prolongée, l'obligeant à décharger la fesse gauche et à se lever après 30 minutes. Les symptômes étaient également augmentés en station statique debout après 15 minutes et diminuaient à la marche. L'assuré souffrait trois jours par semaine d'une irradiation de type sciatique, jusqu'au pied gauche. Il n'arrivait pas à se mettre sur la pointe du pied gauche, et devait porter depuis 6 ans des chaussures montantes en raison d'une laxité au niveau de la cheville. Il ressentait une tension continue au niveau cervical postérieur, les douleurs étant cependant moins importantes qu'au niveau lombaire. Il se déclarait surtout gêné par l'importante diminution de la mobilité de la nuque, l'obligeant à se tourner en bloc lorsqu'il devait regarder du côté gauche. Il était indépendant pour les activités de la vie quotidienne, pouvait marcher à plat pendant environ une heure à une vitesse discrètement diminuée, mais éprouvait des difficultés à descendre les escaliers et ne faisait plus de sport en raison des rachialgies. Le port de charges supérieures à 5 kg déclenchait des symptômes aigus. Après avoir procédé à l'examen clinique de l'assuré et à l'étude de son dossier radiologique, le Dr N_____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques avec déficit neurologique partiel sensitivo-moteur S1 gauche dans un contexte de hernie discale L5-S1 traitée chirurgicalement, de spondylodèse L4-S1, de discopathie étagée lombaire L2-L3 et L4-L5, de troubles dégénératifs postérieurs modérés L4-L5 et L5-S1 et de cervicopathies chroniques avec cervicarthrose basse et status post résection d'une ostéophytose C6-C7 gauche, pose de cage varlock et greffe, toutes ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les autres diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux d'hypotrophie du rein gauche et de diminution de l'acuité visuelle du côté gauche. Le Dr N_____ a indiqué que l'examen clinique mettait en évidence une extrême diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, à mettre en relation avec la spondylodèse sur deux niveaux. L'appréhension importante ne permettait pas un examen jusqu'aux limites de mobilité articulaire. La palpation était diffusément douloureuse de D9 à S1, la mobilité également extrêmement limitée au niveau de la nuque, surtout dans les mouvements nécessitant une rotation sur la gauche avec une extension. L'examen neurologique était quant à lui rassurant avec absence d'irritation aiguë du nerf sciatique ou des racines cervicales et absence d'atteinte majeure au niveau radiculaire. L'examen radiologique du mois de mai 2003 montrait des signes d'arthrose postérieure modérée en L4-L5, L5-S1, ainsi qu'une déshydratation des disques sur les trois derniers niveaux. Le matériel d'ostéosynthèse était en place. Le disque L5-S1 était pincé, traduisant la discopathie connue. L'examen clinique et les atteintes ostéoarticulaires dégénératives visibles sur les clichés radiologiques ne justifiaient cependant pas une incapacité de travail totale dans le poste occupé. La partie liée à l'activité du bureau était en effet peu contraignante pour le rachis et il existait à l'examen des signes d'amplification des symptômes, tels que la présence de douleurs multi-étagées, touchant le rachis dorsal bas et tout le rachis lombaire, ainsi qu'une verbalisation et une mimique importantes de la douleur. L'expert a posé les limitations fonctionnelles suivantes: pas d'attitude en porte-à-faux du tronc ou de position statique au-delà d'une heure, pas de position accroupie, à genoux, pas de mouvements répétitifs en flexion-extension du tronc, de travail en hauteur ou sur une échelle, et pas de port de charges supérieures à 10 kg.

S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert a noté que pour l'intervention d'hernie discale, le délai habituel de reprise dans une activité peu contraignante était de quelques semaines (environ trois semaines). Pour la spondylodèse, une reprise du travail à quatre mois après l'opération aurait été attendue. Le Dr M _____ ayant décrit des suites favorables aux opérations dans son rapport du 26 janvier 2004, l'assuré aurait pu reprendre une activité professionnelle progressive dès octobre 2003. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 %, correspondant à l'activité de bureau. La fonction de chauffeur-livreur n'était en revanche pas adaptée. Dans une activité adaptée non contraignante pour le rachis, la capacité de travail était de 80 % dès octobre 2003, avec une diminution de 20 % en raison des difficultés à maintenir une position statique prolongée en station assise. Dans son rapport du 20 novembre 2006, la Division de réadaptation de l'OAI a noté que l'assuré avait tenté de se réinsérer pendant trois ou quatre jours en tant que nettoyeur affecté à des tâches légères dans un restaurant. Il n'avait pas ressenti de gêne et pensait pouvoir reprendre une telle activité dans l'entreprise familiale à 50 % dès le mois de décembre 2006, avec un salaire de 2'000 fr. mensuels. Il souhaitait une rente partielle avec une activité exigible à 50 %. L'OAI a noté que l'assuré n'avait pas dû changer de position durant l'entretien, qui avait duré une heure. Il a conclu que ce dernier pourrait reprendre une activité adaptée d'aide de bureau ou dans l'entretien léger, car il avait de l'expérience et des compétences dans ce domaine. Il a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le revenu avec invalidité se fondait sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2002, pour une activité simple et répétitive (TA 1, ligne Total), soit 4'557 fr. pour 40 heures par semaine. Calculé sur une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.7 heures et indexé à 2003, le revenu avec invalidité était de 57'745 fr. et de 49'196 fr. en tenant compte d'une capacité de travail de 80 %. L'OAI a opéré un abattement de 15 %, ce qui aboutissait à un revenu de 39'267 fr. A titre de revenu sans invalidité, l'OAI a tenu compte d'un montant de 44'308 fr., indiquant s'être référé au questionnaire rempli par l'employeur de l'assuré et aux comptes individuels. Il en résultait un degré d'invalidité de 11.4 %. La Division de réadaptation de l'OAI a proposé d'étudier le droit à une aide au placement sur demande motivée, et a invité l'assuré à se renseigner auprès de l'assurance-chômage sur son droit à d'éventuelles prestations. Aucune autre mesure professionnelle n'était envisagée. Par courrier du 27 novembre 2006, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente entière du 1^{er} janvier au 30 novembre 2003. L'OAI a retenu que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 12 décembre 2000. Sa demande de janvier 2004 était toutefois tardive, et il n'avait droit à la rente que pour les douze mois précédant son dépôt. Son droit à la rente était supprimé trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée en septembre 2003, soit dès décembre 2003, date dès laquelle le taux d'invalidité était de 11.4 %, ce qui excluait le droit à une rente. Le 22 décembre 2006, l'assuré a contesté le projet de décision, affirmant qu'il ne pouvait travailler à plus de 50 % dans une activité adaptée à ses possibilités physiques. Il a indiqué qu'il formulerait des observations circonstanciées. Il a produit le rapport du Dr M _____ du 18 décembre 2006, qui indiquait ne pas partager les convictions du Dr N _____ quant à la capacité résiduelle de travail, même si l'expertise avait été bien conduite. Ce neurochirurgien déclarait qu'une activité à 50 % serait plus adaptée au vu des douleurs résiduelles à la suite des interventions, et il a souligné que plusieurs études démontraient qu'un certain pourcentage de patients ne reprenait que très partiellement, voire jamais une activité en raison de douleurs résiduelles post-chirurgie de fixation. Par décision du 2 janvier 2007, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} janvier 2003 au 30 novembre 2003. Par courrier du 22 décembre 2008, l'assuré a déposé une

nouvelle demande de prestations à l'OAI en invoquant une sensible aggravation de son état de santé. Il pouvait à peine bouger et se préparait à une cinquième intervention chirurgicale. Il a joint à son envoi les documents suivants: rapport du scanner du rachis cervical effectué le 20 novembre 2008 par la Dresse O _____, spécialiste FMH en radiologie, concluant à un status post bloc vertébral C6-C7 sans particularité, à des troubles dégénératifs étagés du rachis cervical particulièrement marqués à l'étage C3-C4 où il existait un rétrécissement foraminaux bilatéral, et à une hernie discale protrusive postéro-médiane et un rétrécissement foraminaux gauche à l'étage C2-C3; courrier du Dr M _____ du 2 décembre 2008 au Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) recommandant la prise en charge chirurgicale de l'assuré en vue d'une décompression antérieure. Par courrier du 8 janvier 2009, l'OAI a invité l'assuré à produire les documents permettant de rendre évidente une aggravation de son état de santé jusqu'au 5 février 2009. L'assuré a répondu par courrier du 2 février 2009 qu'il n'avait pour l'heure aucun document supplémentaire à fournir, mais qu'il subirait une lourde opération le 10 février suivant. Il a demandé à l'OAI d'attendre le résultat de cette intervention. Par avis du 5 octobre 2009, le Dr P _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SMR, a relevé que les pièces fournies par l'assuré rendaient plausible une aggravation de son état de santé mais ne donnaient aucune indication sur la durée de cette dégradation. L'OAI a obtenu le rapport d'intervention du Dr Q _____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG en novembre 2009. Dit rapport, daté du 17 février 2009, posait le diagnostic de canal cervical étroit C3-C4 ayant justifié une laminectomie décompressive C3 et C4 le 10 février 2009. Les suites opératoires étaient sans complication. L'assuré présentait une amélioration de l'amplitude cervicale à la sortie mais une hypoesthésie C8 persistante à gauche. Selon un autre rapport, l'assuré avait revu le Dr Q _____ lors d'une visite de contrôle le 11 mai 2009 et l'intervention avait amené une nette amélioration des mouvements de la nuque avec une bonne flexion, extension et rotation. Sans médicaments, il avait des douleurs importantes dans la nuque. De plus, les fourmillements dans les mains persistaient. Il était nécessaire de débiter les séances de physiothérapie cervicale avec massage et rééducation de la nuque. Dans son rapport du 7 décembre 2009, le Dr M _____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis environ deux ans, sans modification des diagnostics. Les positions stationnaires prolongées étaient intenable, et la capacité de travail en tant qu'employé de commerce était nulle depuis décembre 2008. En raison de cervicalgies chroniques difficiles à supporter, une reprise du travail n'était pas envisageable, même dans une activité adaptée. Dans son rapport du 2 février 2010, le Dr L _____ a fait état d'une aggravation de l'état de l'assuré depuis fin 2008, en raison de l'apparition d'un canal étroit C3-C4 opéré en février 2009. Les douleurs persistaient, la mobilité de la tête et des membres supérieurs avait diminué. La capacité de travail en tant qu'employé de commerce était nulle, et la reprise du travail ne pouvait être envisagée. Un nouvel examen rhumatologique a été confié par l'OAI au Dr N _____, qui l'a réalisé le 9 juillet 2010. Celui-ci a complété l'anamnèse établie dans son premier rapport de juin 2005 et résumé le dossier médical de l'assuré, dont les plaintes étaient les suivantes: endormissement au niveau de la main gauche, plus spécifiquement au niveau des 2^{ème} et 3^{ème} doigts, apparu deux à trois mois après l'opération, difficultés à fléchir les doigts. Malgré une légère amélioration de la rotation gauche au niveau cervical depuis l'opération de février 2009, il ne ressentait pas d'amélioration globale, notamment s'agissant des douleurs quotidiennes. Il décrivait une douleur du côté gauche partant du trapèze, irradiant latéralement au niveau de la nuque et finissant à l'occiput. Le dérouillage matinal durait une heure et l'assuré devait

s'étendre deux heures l'après-midi. Il se réveillait trois à quatre fois par nuit. Les cervicalgies augmentaient lorsqu'il était en station debout ou faisait le ménage et diminuaient après 30 minutes en position couchée. Il avait également des douleurs au bas du dos, prédominant en fin d'après-midi. Il persistait une irradiation du membre inférieur gauche au niveau de la cuisse et du mollet. De temps en temps, il avait des fourmillements des orteils, sauf le gros orteil. Au niveau neurologique, il décrivait une diminution de la sensibilité de la face interne de la cuisse gauche, avec l'impression que sa jambe gauche allait le lâcher. L'assuré décrivait encore des douleurs des genoux depuis qu'il avait 14 ou 15 ans, situées dans la région péri-rotulienne, le gênant davantage à gauche qu'à droite et l'empêchant de se mettre à genoux. Du point de vue professionnel, l'assuré a indiqué avoir travaillé à temps partiel dans l'entreprise familiale avec un taux d'activité à 50% depuis 2005 ou 2006, jusqu'à l'intervention pour sa nuque, s'occupant de l'entretien, du nettoyage léger et du tri des dossiers. Il avait essayé de reprendre le travail deux mois avant l'examen pendant trois jours mais n'avait pas réussi à poursuivre, ayant tout le côté gauche bloqué. L'examen clinique montrait une limitation marquée de la gestuelle au niveau de la nuque, des mouvements automatiques quasiment abolis, et un comportement algique contrastant avec l'image donnée alors que le médecin examinateur l'avait croisé à l'extérieur du bâtiment. L'assuré avait toléré sans difficulté la station assise pendant les 30 minutes de l'entretien, mais les transferts de la position couchée à assise étaient ralentis par les douleurs lombaires. L'assuré se déshabillait rapidement en utilisant normalement ses bras, l'expert ne pouvant de ce fait pas retenir l'allégation du médecin traitant annonçant que la mobilité des membres supérieurs était restreinte. A l'issue de son examen, le Dr N_____ a posé les diagnostics de cervicalgies persistantes, non déficitaires, dans un contexte de status post-cure de canal cervical étroit en C3-C4, status post-résection d'une ostéophytose C6-C7 gauche, d'uncarthrose étagée (M 54.2); de lombosciatalgies avec un déficit de réflexe dans un contexte de cure de hernie discale L5-S1 à gauche, reprise chirurgicale et spondylodèse étagée, ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré était également atteint de neuropathie irritative du nerf cubital au coude gauche avec déficit sensitif et de pré-obésité, ces troubles étant sans incidence sur sa capacité de travail. Le Dr N_____ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail sur ordinateur au-delà de 30 minutes, pas de travail prolongé la tête en extension ou les bras surélevés au-dessus de la tête, pas de rotation rapide, pas de mouvements répétés de flexion ou extension de la nuque et du tronc, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de position statique debout au-delà de 30 minutes, assis au-delà d'une heure ni port de charges au-delà de 10 kg (charges légères). Une incapacité de travail totale était attestée par le Dr M_____ depuis le 12 décembre 2008, en raison de la décompensation de cervicalgies en relation avec le canal cervical étroit. A six mois de l'intervention du 10 février 2009, c'est-à-dire à partir de la mi-août 2009, une reprise à temps partiel dans une activité adaptée était possible. A cet égard, le Dr N_____ a souligné que le Dr Q_____ avait décrit une grande amélioration des mouvements de la nuque dans son rapport du 11 mai 2009. En tenant compte de l'évolution depuis 2005, des suites opératoires décrites et de l'examen clinique, il y avait une légère péjoration de l'état de santé, mais pas une incapacité totale dans une activité légère. L'assuré était capable d'effectuer une activité légère respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, à raison de deux périodes de 3 heures par jour avec une diminution de rendement de 20%. L'activité habituelle était adaptée à l'état de l'assuré, qui disposait dans ce travail d'une capacité de 70 % avec une diminution de rendement de 20 %, soit 55 %. Dans son avis du 31 août 2010, le Dr P_____ a conclu

à une aggravation depuis le 12 décembre 2008, avec une capacité nulle de cette date au 15 août 2009, puis à 55 % dès cette date dans l'activité habituelle (nettoyage, classement et archivage dans l'entreprise familiale). Dans une note du 4 novembre 2010, le Service de réadaptation de l'OAI a retenu que l'activité habituelle de l'assuré était adaptée à ses limitations et que la perte économique se confondait avec son incapacité de travail, à savoir 45 %. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en novembre 2010, aux termes duquel un quart de rente était octroyé à l'assuré dès le 1^{er} décembre 2009. L'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis décembre 2008, date du début du délai de carence, et qu'il disposait en décembre 2009 (date du début d'ouverture du droit) d'une capacité de travail de 55 % dans son activité habituelle. Le 31 janvier 2011, l'assuré a formulé des observations. Il a reproché à l'OAI d'avoir retenu comme dernière activité son travail d'aide de bureau, qu'il avait entrepris dans un effort de réadaptation. Or, le degré d'invalidité devait se déterminer en comparant le revenu réalisé avant l'invalidité, soit 5'500 fr. selon le rapport de l'employeur du 16 janvier 2004, et le revenu d'invalidité compte tenu d'éventuelles mesures de réadaptation. Le taux de 55 % retenu par l'OAI ne correspondait ainsi pas au degré d'invalidité mais au taux de travail exigible. Par décision du 13 mai 2011, l'OAI a octroyé un quart de rente à l'assuré dès le 1^{er} décembre 2009. Il a retenu que la capacité de travail de 55 % était exigible dans l'activité habituelle adaptée à l'atteinte à la santé et que son incapacité de travail de 45 % correspondait à son degré d'invalidité. Des mesures d'ordre professionnel n'étaient dès lors pas indiquées. De plus, la rechute ayant eu lieu plus de trois ans après la suppression de la rente initiale, il s'agissait d'un nouveau cas d'assurance. Par acte du 16 juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il conclut sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à calculer sur la base d'un revenu sans invalidité de 54'000 fr. et subsidiairement au renvoi du dossier afin que l'OAI motive sa décision au sujet du calcul du revenu hypothétique de l'assuré et du taux d'invalidité. Le Dr N _____, dans son expertise, a retenu un taux d'incapacité de 45 % par rapport à l'activité de nettoyage et de classement, adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Il fait grief à l'OAI de ne pas avoir exposé de quelle manière il a retenu le taux d'invalidité, qui doit résulter de la comparaison entre le revenu hypothétique et le revenu résiduel d'un assuré, et a ainsi violé son droit d'être entendu. De plus, la décision de l'OAI ne tient pas compte du fait que le taux d'activité exigible se réfère à une activité habituelle déjà sensiblement réduite en raison de ses douleurs au dos, par rapport à son activité de livreur exercée en 2000. Il conteste également que l'aggravation ait eu lieu plus de trois ans après la suppression de la rente d'invalidité, qui est survenue en janvier 2007. Conformément aux dispositions légales applicables dans ce cas de figure, l'OAI aurait dû procéder au calcul de l'invalidité en comparant le revenu réalisé en 2000, soit 54'000 fr. avant indexation, en le comparant au revenu exigible aujourd'hui, soit 55 % de 18'240 fr., ce qui correspond à un taux d'invalidité de 82 %. Il produit à l'appui de son recours un courrier adressé par son employeur à la caisse de compensation en date du 29 novembre 2000, signalant son départ de l'entreprise au 31 décembre 2000 et mentionnant un salaire annuel brut de 54'000 fr., ainsi que le certificat de salaire afférent à 2009, dont il ressort qu'il a perçu un revenu de 18'240 fr. Dans sa réponse du 14 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il allègue que la rente initialement accordée a été supprimée au 1^{er} décembre 2003, et que ce n'est que le 12 décembre 2008 que l'assuré a présenté une rechute, soit plus de trois ans après la première invalidité, de sorte qu'il s'agit d'un nouveau cas d'assurance. Quant au degré d'invalidité, l'assuré est en mesure de reprendre son activité

habituelle d'aide de bureau, de sorte que le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail et résulte de la différence entre le salaire qu'il aurait réalisé sans atteinte à la santé en travaillant à temps complet et le salaire actuellement obtenu en travaillant à 55 %. Par courrier du 19 juillet 2011, la Cour de céans a adressé copie de ce courrier à l'assuré en lui impartissant un délai au 9 août 2011 pour la consultation du dossier et ses déterminations. Le 25 octobre 2011, la Cour de céans a requis de l'OAI qu'elle lui fasse parvenir l'extrait de compte individuel de l'assuré mentionnant les revenus réalisés avant 2001. A la même date, la Cour de céans a adressé un courrier à l'assuré l'invitant à produire les certificats de salaire et bordereaux d'impôt permettant d'établir les revenus réalisés de 1998 à 2001. Par courrier du 8 novembre 2011, l'OAI a transmis le compte individuel de l'assuré à la Cour de céans. Il en ressort que ce dernier a perçu les revenus suivants: en 1998, 10'408 fr. pour son activité pour X_____ SA et 7'000 fr. pour Y_____ SA en 1999, 34'200 fr. pour Y_____ SA en 2000, 42'500 fr. pour Y_____ SA en 2001, 43'200 fr. pour Y_____ SA. Copie de cette écriture a été transmise à l'assuré le 8 novembre 2011. Par courrier du même jour, l'assuré a fait parvenir à la Cour de céans un extrait de son compte individuel ainsi que le bordereau de taxation afférent à 2001, portant sur un salaire brut de 43'200 fr. Il a exposé qu'il n'avait pu obtenir les taxations antérieures de l'administration fiscale, qui ne conservait ces documents que dix ans. Le 9 novembre 2011, la Cour de céans a adressé une copie de ce courrier et de ses annexes à l'OAI. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 , consid. 1.1 ; ATF 129 V 4 , consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 , consid. 1 ; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1 er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le recours porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, en particulier sur son degré d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises

ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). L'art. 16 LPGa prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 , consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 , consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF I 428/06 du 25 mai 2007, consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Si pour des raisons étrangères à l'invalidité, qui peuvent être liées à l'absence de formation scolaire ou professionnelles, aux connaissances linguistiques ou au statut de l'assuré, celui-ci a touché un revenu clairement inférieur à la moyenne, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité selon l'art. 16 LPGa s'il est établi que l'assuré n'entendait pas s'en contenter. Ce parallélisme des revenus se fera soit en tenant compte d'un revenu sans invalidité plus élevé que le revenu effectivement touché, soit en le fondant sur des valeurs statistiques, soit en diminuant la valeur statistique du revenu d'invalide (ATF 134 V 322 , consid. 4.1 et les références). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 , consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global

maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 , consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par la Cour de céans. Il y a notamment excès de pouvoir d'appréciation négatif lorsque l'autorité renonce à faire usage de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 , consid. 2). En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise réalisée le 9 juillet 2010 par le Dr N_____. Force est de constater que cette dernière correspond en tous points aux requisits jurisprudentiels développés. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical de l'assuré, contient une anamnèse, tient compte des plaintes subjectives, et a été établie après un examen clinique détaillé. Ses conclusions sont en outre claires et motivées. Les certificats établis par les Drs R_____ et L_____ en décembre 2009 et février 2010 ne suffisent pas à la remettre en question, dès lors que leurs constatations sur l'incapacité totale de travail de l'assuré ne sont nullement motivées. L'assuré ne conteste au demeurant pas les conclusions de l'expert. Partant, la Cour de céans ne s'écartera pas des constatations du Dr N_____, qui a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle du 12 décembre 2008 jusqu'au mois d'août 2009, soit six mois après l'intervention chirurgicale subie, et dès cette date de 70 % dans une activité légère adaptée avec une diminution de rendement de 20 %, soit 55 %. Il sied encore de noter que contrairement à ce qu'allègue l'assuré, ce taux d'activité se réfère à son activité déjà réduite en raison de ses atteintes à la santé. En effet, le Dr N_____ a admis une légère aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son examen du 30 juin 2005, lors duquel il avait retenu une capacité de travail de 80 % avec diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. La capacité de travail de 70 % retenue par l'expert à la suite du nouvel examen se réfère à une activité à temps complet, et non au taux effectivement exercé par l'assuré dans l'entreprise familiale. Ce médecin a d'ailleurs mentionné que l'assuré pouvait travailler six heures par jour avec une diminution de rendement, ce qui correspond à 70 % de l'horaire habituel dans l'entreprise, soit 8.5 heures par jour, conformément aux indications ressortant du questionnaire à l'employeur. L'assuré invoque une violation du droit d'être entendu, l'OAI n'ayant pas motivé son calcul du degré d'invalidité. Le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65 , consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 , consid. 3d/aa). En l'occurrence, l'OAI a indiqué dans sa décision que l'incapacité de travail de l'assuré se confondait avec son degré d'invalidité. Cette motivation, bien que succincte, permettait à l'assuré de se rendre compte de la portée de la décision à son égard et interjeter recours auprès de la Cour de céans. De plus, ce dernier a eu l'occasion de se déterminer sur le préavis de l'OAI et la Cour de céans jouit d'une cognition entière. Partant, même à supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu, ce qui est douteux, ce vice doit être considéré comme réparé et le grief de l'assuré écarté. S'agissant du degré d'invalidité de l'assuré, la Cour de céans retient ce qui suit. L'OAI a considéré que le degré d'invalidité de l'assuré correspondait à son incapacité de travail, puisque son activité d'aide de bureau dans l'entreprise familiale était adaptée.

Toutefois, ce raisonnement ne peut être suivi. S'il est exact que les tâches accomplies dans cet emploi sont compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré, il n'est cependant pas établi que celui-ci puisse y exploiter pleinement sa capacité de travail résiduelle. L'assuré a en effet déclaré au Dr N_____, lors de la première expertise en 2005, que son travail consistait avant son atteinte à la santé en des activités de bureau à 50 %, le temps restant étant consacré aux livraisons. Lors de l'examen de juillet 2010, il a indiqué qu'il avait repris le travail à 50 % en 2005 ou 2006, jusqu'à l'intervention chirurgicale subie. Dès lors, rien n'indique que l'employeur de l'assuré, quand bien même il s'agit de son père, ait la possibilité de lui fournir un poste à 55 % dans sa société, pour une rémunération calculée au pro rata temporis du salaire qu'il réalisait en travaillant à temps complet avant la survenance de ses atteintes à la santé. Ainsi, contrairement à ce qu'allègue l'OAI, le degré d'invalidité n'est pas identique au taux d'incapacité de travail, et en omettant d'évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain, l'OAI a méconnu le principe selon lequel l'invalidité est une notion économique et non médicale. Il convient donc de procéder au calcul du degré d'invalidité. S'agissant du revenu sans invalidité, il n'existe pas de motif de s'écarter de celui que l'assuré réalisait avant la survenance de la première atteinte à la santé qui a diminué sa capacité de gain. Bien que celle-ci remonte à décembre 2000, on peut néanmoins se référer au revenu réalisé en 2001, soit 43'200 fr. selon l'extrait de compte individuel et le bordereau de taxation de l'assuré, car le salaire n'avait pas encore baissé en raison de la capacité de travail limitée de l'assuré. Ce revenu correspond à douze mensualités de 3'600 fr., ce qui correspond plus ou moins au salaire mensuel de 3'500 fr. indiqué dans la demande de prestations de l'assuré. En revanche, le salaire de 5'500 fr. qui aurait été versé dès le 1^{er} janvier 2002 sans atteinte à la santé selon les indications de l'employeur ne peut être pris en compte, dès lors qu'il est très largement supérieur à la rétribution effectivement versée à l'assuré, et qu'aucun élément ne permet d'expliquer ce qui aurait pu motiver une aussi substantielle augmentation. En particulier, ni l'assuré ni son employeur n'ont allégué que son cahier des charges se serait modifié sans atteinte à la santé. Il n'est dès lors pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que la rémunération de l'assuré aurait augmenté dans cette mesure sans atteinte à la santé. Le revenu de 43'200 fr. en 2001 correspond à un revenu sans invalidité de 48'517 fr., compte tenu de l'indexation jusqu'en 2009. Quant au revenu d'invalidité, il convient de se référer aux salaires statistiques pour le déterminer. En effet, le salaire réalisé ne peut être retenu pour les motifs suivants. On peut déduire des déclarations de l'assuré qu'il n'a quasiment pas travaillé en 2009, puisqu'il a indiqué au Dr N_____ qu'il avait travaillé à temps partiel jusqu'à l'opération subie en janvier de cette année et n'aurait tenté une reprise que deux mois avant l'expertise de juillet 2010. Dans ces conditions, la rémunération de 18'240 fr. ressortant du certificat de salaire 2009 apparaît comme une prestation sociale bénévole, dont on ne peut tenir compte, conformément à l'art. 25 al. 1 let. b du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), selon lequel les éléments de salaire dont l'assuré ne peut fournir la contrepartie en raison de sa capacité de travail limitée ne sont pas réputés revenus. Quant aux revenus enregistrés dans le compte individuel de l'assuré en 2007 et 2008, ils correspondent apparemment à un emploi exercé à 50 % et non 55 %. Si l'activité d'aide de bureau actuelle de l'assuré est compatible avec ses limitations fonctionnelles, il faut relever qu'il ne s'agit pas de la seule possibilité d'insertion existant sur le marché du travail, de sorte qu'on se référera au salaire moyen tiré d'activités simples et répétitives pour les hommes selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2008 (TA1, ligne Total), soit 4'806 fr. mensuels et 57'672 fr. annuels pour une durée

hebdomadaire de travail de 40 heures. Indexé et ajusté à la durée hebdomadaire moyenne de travail en 2009, soit 41.6 heures selon la Statistique sur la durée normale du travail (DNT) publiée par l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, le revenu d'invalide serait de 58'883 fr. à temps complet et de 30'736 fr. compte tenu de la capacité de travail de 55 %. Conformément à la jurisprudence, il y a encore lieu de procéder à un abattement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que l'assuré ne peut travailler qu'à temps partiel. Cet abattement correspond d'ailleurs à celui que l'OAI a effectué dans son calcul du 20 novembre 2006. Une réduction plus importante ne se justifie pas, car l'assuré n'est pas à un âge avancé, et la diminution de rendement est déjà prise en compte dans la capacité de travail de 55 % retenue par l'expert. On obtient ainsi un revenu d'invalide de 26'125 fr. En comparant ce revenu à la rémunération sans invalidité, on obtient un degré d'invalidité de 46.15 %, qu'il faut arrondir à 46 % conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121, consid. 3.2) S'agissant des modalités de calcul du degré d'invalidité, l'assuré invoque l'art. 32 bis RAI et en tire la conclusion que le degré d'invalidité aurait dû être calculé en comparant le revenu allégué pour 2000, soit 54'000 fr., avec le revenu actuel, soit 18'240 fr. Cet argument est manifestement sans portée. D'une part, ces revenus ne peuvent être retenus en l'espèce, pour les motifs exposés ci-dessus. De plus, la disposition à laquelle se réfère l'assuré prévoit que lorsqu'un assuré dont la rente a été supprimée pour cause d'abaissement du degré de l'invalidité a, dans les trois ans qui suivent, de nouveau droit à une rente en raison de la même atteinte à la santé, les bases de calcul de l'ancienne rente restent déterminantes si cela est plus avantageux pour l'ayant droit. Cette norme se rapporte ainsi au calcul du montant de la rente et non à celui du degré d'invalidité. S'agissant du début du droit à la rente, c'est à bon droit que l'OAI a considéré qu'il s'agit d'un nouveau cas d'assurance et n'a octroyé ses prestations qu'après une période d'attente d'une année. En effet, l'art. 29 bis RAI dispose que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. En l'occurrence, la première rente octroyée à l'assuré a été versée jusqu'en novembre 2003. Le délai réglementaire de trois ans est donc manifestement dépassé, et le droit à la nouvelle rente naît en l'espèce une année après le début de l'incapacité de travail, soit en décembre 2009. Compte tenu de son degré d'invalidité de 47 %, l'assuré peut prétendre un quart de rente dès cette date. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'OAI est conforme au droit dans son résultat. Partant, le recours sera rejeté. Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties

ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.