RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1034/2020 **ATAS/336/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à ATHENAZ (AVUSY) recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, séparé et père de deux enfants actuellement majeurs, est dessinateur d'intérieur et a travaillé au taux de 100% dans son propre atelier d'encadrement, depuis août 2005.

2. Le 20 octobre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic d'algie vasculaire de la face ou cluster headache.

3. L'assuré a été suivi par le docteur C_____, médecin généraliste, pour cette atteinte qui est devenue chronique.

4. Le 1er avril 2016, l'assuré a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de migraines de type cluster l'affectant depuis 1995.

5. Les deux médecins précités ont adressé un rapport médical à l'OAI, comportant notamment les éléments suivants :

   - Le 11 avril 2016, le Dr B_____ a fait mention, au titre de l'anamnèse, d'une algie vasculaire de la face, et d'un pronostic favorable sous médication. Selon ce médecin, l'assuré ne présentait pas de restriction physique pour exercer son activité, qui, d'un point de vue médical, était exigible à 100%, sans baisse de rendement. Il renvoyait toutefois au Dr C_____ sur la question de l'incapacité de travail.

   - Le 29 avril 2016, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré souffrait, avec effet sur sa capacité de travail, de migraines (de type cluster headache), ainsi que, sans effet sur sa capacité de travail, d'une hypothyroïdie, d'une hypovitaminose en vitamine D et d'une haute tension artérielle. L'assuré était incapable de travailler lors de ses crises (survenant dès 3h du matin et durant alors toute la journée). Son activité habituelle d'encadreur était encore exigible à 20%, de même qu'une activité adaptée. Son incapacité de travail était de 80% dès le 1er janvier 2015, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, compte tenu d'une totale incapacité de travail lors de ses crises.

6. Le 23 mai 2016, se fondant sur un rapport de sa cellule de tri aux termes duquel l'assuré n'avait « pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI » mais des algies vasculaires de la face sans incidence sur la capacité de travail, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui faisant part de son intention de lui refuser toute prestation.

7. Par courrier du 10 juin 2016, l'assuré a émis des objections à l'encontre de ce projet de décision. Le cluster ne l'avait pas quitté depuis 2010 et était devenu chronique. Quotidiennement, la douleur et un flux nerveux envahissant son corps le réveillaient entre 2h et 3h du matin, au point que si cet état ne diminuait pas au lever du jour, il continuait à vomir et à souffrir jusqu'au coucher du jour et ce, environ une fois par semaine. Autrement, il passait ses journées, soit à rester dans peu de lumière, soit à essayer de travailler dans son atelier, avec des douleurs à la

tête, au ventre, des problèmes de vision latérale et de synchronisation des mouvements, au point de devoir fréquemment fermer son atelier en attendant une amélioration de son état. L'OAI ne l'avait pas même examiné.

8. Par décision du 30 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, dans les termes du projet précité de décision et avec la mention supplémentaire que les arguments qu'il avait soulevés dans le cadre de la procédure d'audition n'apportaient rien de nouveau susceptible de modifier l'appréciation de l'OAI.

9. Le 1er juillet 2016, AXA Assurances SA a fait parvenir à l'OAI, pour information, quelques pièces de son dossier concernant l'assuré. D'après un formulaire rempli le 3 juin 2016 par le Dr C_____, l'assuré avait fait une rechute d'un cluster headache. Il présentait une incapacité de travail de 80% depuis le 1er janvier 2015. À teneur d'un même formulaire, rempli le 13 juin 2016 par le Dr B_____, l'assuré faisait une rechute d'une algie vasculaire de la face. Ce médecin ne faisait pas mention d'une incapacité de travail.

10. Dans un courrier du 22 juillet 2016 adressé au Dr C_____, le Dr B_____ a indiqué avoir revu l'assuré, qu'il avait vu en 2010 pour une algie vasculaire de la face gauche sévère. Actuellement, il présentait des crises quotidiennes diurnes extrêmement intenses, ne répondant pas à la médication habituelle. Les crises entraînaient des périodes de vomissement quotidiennes, qui avaient provoqué une perte pondérale. L'assuré était dans l'impossibilité d'assumer son travail d'encadreur. La chronicisation de la douleur avait entraîné une asthénie, une perte de la concentration et une perte de son schéma corporel. L'aggravation du tableau clinique neurologique était probablement compatible avec un cluster chronique, ce qui se voyait dans 10 à 15% des clusters décrits dans la littérature neurologique. Elle l'empêchait absolument pour l'instant de reprendre toute activité professionnelle.

11. Le 28 juillet 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée de l'OAI. Se référant au rapport précité du Dr B_____ du 22 juillet 2016, l'assuré se disait dans l'impossibilité de subvenir à ses besoins, suite aux handicaps quotidiens que générait la forme chronique qu'avait prise son cluster. Il a repris la description de son quotidien qu'il avait faite dans son courrier précité du 10 juin 2016. Il lui était impossible de travailler dans cet état.

12. D'après un avis médical du 16 août 2016 du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr B_____ avait émis deux rapports contradictoires. Il était nécessaire de lui demander des explications quant au suivi qu'il avait effectué et à l'évolution du tableau clinique de l'assuré.

13. Par mémoire du 9 septembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, tout en réservant ses conclusions pour le cas où le rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016, donc postérieur à la décision attaquée, était pris en considération.

14. En réponse aux questions que la chambre de assurances sociales leur a posées, les Drs B_____ et C_____ ont indiqué notamment ce qui suit, respectivement les 17 novembre et 23 décembre 2016 :

    - D'après le Dr B_____, l'assuré avait développé un cluster devenu chronique depuis 2010. La persistance de cette douleur avait entraîné un état dépressif secondaire, qui avait motivé la prise en charge par un psychiatre, le docteur D_____. Les constatations neurologiques figurant dans son rapport médical du 22 juillet 2016 correspondaient à l'état de santé de l'assuré déjà à la fin juin 2016. Le diagnostic était celui d'une algie vasculaire de la face ou cluster headache chronique avec un état dépressif secondaire. Le suivi médical avait été assuré par le Dr C_____ et il l'était désormais par le docteur E_____, généraliste. Le cluster headache chronique et l'état dépressif avaient entraîné une incapacité de travail de 100%. Les certificats d'arrêt de travail avaient été signés par le Dr C_____. Une légère phase d'apaisement du cluster headache rendait envisageable une reprise future d'activité à 20%.
    - Le Dr C_____ s'est référé à son rapport médical précité du 29 avril 2016. Le dossier avait été transféré au Dr E_____ le 27 septembre 2016.

15. Dans des observations du 23 janvier 2017, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

16. Le 25 janvier 2017, l'assuré s'est insurgé contre le rapport du Dr C_____, qui lui avait caché la teneur de son rapport du 29 avril 2016 à l'OAI.

17. Par arrêt du 6 juin 2017 (ATAS/452/2017), la chambre des assurances sociales a admis partiellement le recours de l'assuré, annulé la décision de l'OAI du 30 juin 2016 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision. Elle a considéré que la décision attaquée aurait été bien fondée s'il fallait s'en tenir aux documents médicaux dont l'OAI disposait au 30 juin 2016, lorsqu'il avait rendu sa décision. Toutefois, au regard de la description de son quotidien qu'avait faite l'assuré le 10 juin 2016, du rapport du Dr B_____ du 22 juillet 2016 et des réponses de ce dernier du 17 novembre 2016 (dont il résultait que les constats médicaux consignés dans ledit rapport du 22 juillet 2016 valaient à la fin juin 2016), il s'imposait que l'instruction du cas soit complétée, en particulier que tant le psychiatre traitant (le Dr D_____) que le nouveau généraliste traitant (le Dr E_____) de l'assuré se déterminent sur les faits pertinents pour l'octroi éventuel de prestations de l'assurance-invalidité, voire – question laissée ouverte – qu'une expertise bi-disciplinaire (neurologique et psychiatrique) soit effectuée.

18. L'OAI a ensuite requis des rapports médicaux des médecins de l'assuré.

19. Le Dr E_____ a fait mention, le 23 octobre 2017, des diagnostics de cluster headache chronique et de dysthymie, avec effet sur la capacité de travail, et a estimé que l'assuré était totalement incapable de travailler.

20. Le Dr D_____ a indiqué, le 25 septembre 2017, que n'ayant plus revu l'assuré depuis le 26 octobre 2016, il ne pouvait se positionner sur sa situation médicale actuelle.

21. Le 7 mars 2018, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise neurologique, confiée au docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie.

22. Le Dr F_____ a rendu son rapport d'expertise neurologique le 7 août 2018. Après une synthèse du dossier, ce rapport résume les indications fournies par l'assuré, puis relate les constatations faites par l'expert lors de l'examen de l'assuré, avant de poser les diagnostics de syndrome douloureux chronique diffus à prédominance gauche, de céphalées chronifiées à prédominance gauche, sans composante actuellement active de cluster headache, et un état dépressif. Suit une discussion du cas, dans le cadre de laquelle l'expert relève que l'assuré, en état de délabrement social avec perte de ressources financières, incrimine un cluster headache s'étant chronifié, mais que ses plaintes actuelles correspondent essentiellement à un syndrome douloureux chronique plus diffus, sans substrat organique sous-jacent, avec une composante de céphalées vasculaires plutôt au second plan. L'assuré n'avait d'ailleurs aucun traitement spécifique pour des céphalées ou algies vasculaires, mais seulement un antidépresseur (pouvant avoir un effet positif dans les céphalées tensionnelles mais aucun effet reconnu dans les algies vasculaires de la face). L'assuré n'avait jamais interrompu son tabagisme, facteur principal d'algie vasculaire de la face. Au titre de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ainsi que des ressources, l'expert a noté que l'assuré, inactif sur le plan professionnel, était également très peu actif sur le plan privé, dans le cadre de son tableau dépressif, de sa fatigue et de son manque de motivation, sans que ne soient apparus, lors de l'examen et des tests, de surcharge consciente ou d'effort submaximal. Les ressources disponibles étaient faibles, dans l'état psychologique dépressif de l'assuré et vu sa conviction d'une invalidité à terme. Le psychiatre traitant D_____ n'avait pas donné suite à la demande de l'expert de le renseigner, en dépit de l'accord de l'assuré.

    En réponse aux questions posées, l'expert a retenu que, sur le plan neurologique, l'assuré ne présentait aucune incapacité de travail, ni dans l'activité habituelle ni dans une autre activité, mais que des mesures médicales, essentiellement psychiatriques, étaient théoriquement à même d'améliorer sa capacité de travail, le manque de motivation de l'assuré (exemplifié par le fait qu'il n'avait jamais interrompu le facteur de risque principal de ses céphalées vasculaires, à savoir le tabagisme) représentant cependant un élément négatif à ce sujet. Des traitements existeraient pour les algies vasculaires, si celles-ci n'étaient pas au second plan.

    L'évolution actuelle de l'assuré semblait marquée par un délabrement social avec une perte de ressources financières s'inscrivant dans le cadre de la fermeture définitive de son atelier d'encadreur. L'assuré incriminait un cluster headache initialement clairement par épisodes, qui se serait ensuite chronifié, mais ses plaintes actuelles correspondaient essentiellement à un syndrome douloureux

chronique plus diffus, sans substrat organique sous-jacent où la composante de céphalées vasculaires était plutôt au second plan. L'assuré n'avait d'ailleurs aucun traitement spécifique pour des céphalées ou algies vasculaires de la face, ne prenant qu'un antidépresseur sous forme de Duloxetin. Ce médicament pouvait avoir un effet positif dans les douleurs chroniques, notamment les céphalées tensionnelles, mais n'avait aucun effet reconnu dans les algies vasculaires de la face. Par ailleurs, le facteur principal d'algie vasculaire de la face présenté par le patient, à savoir son tabagisme ancien, n'avait jamais été interrompu par l'assuré lui-même, qui affirmait que « cela ne servirait à rien ».

À la question de savoir pourquoi il ne prenait aucun traitement de fond ou aigu pour les céphalées dont il se plaignait, le patient invoquait une inefficacité, tout en reconnaissant qu'il n'y avait eu aucun essai récent. D'une façon générale, le tableau actuel limitant les activités du patient relevait de constatations psychiatriques de type dépressif, associé aux douleurs chronicisées diffuses, prédominant à l'hémicorps gauche, sans substrat organique sous-jacent. La partie céphalalgique, notamment l'ancien cluster headache aigu ou chronicisé était tout à fait au second plan.

L'assuré n'avait aucun traitement destiné à soigner des algies vasculaires de la face, que celles-ci soient aiguës ou chronicisées. Il prenait un traitement antidépresseur qui pouvait avoir un effet sur des douleurs chroniques, notamment des céphalées tensionnelles, d'ailleurs avec une certaine amélioration. Ceci confirmait l'importance de la composante psychiatrique chez l'assuré, d'ordre dépressif. Dans l'état psychique actuel, l'expert ne voyait pas de possibilité de faire bouger les choses sur le plan professionnel, notamment dans le cadre d'un recyclage ou d'un essai de reprise de l'activité antérieure. L'assuré se considérait clairement comme un invalide, et il était difficile de savoir si un traitement psychiatrique bien conduit lui permettrait de sortir de cet état, que lui-même attribuait au diagnostic d'algie vasculaire de la face, alors que ce diagnostic était clairement au second plan.

L'assuré, inactif sur le plan professionnel, était également très peu actif sur le plan privé. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une surcharge consciente et les tests de validation neuropsychologique ne mettaient pas en évidence d'effort submaximal lors des tests. Cela dit, la motivation de l'assuré restait faible de l'avis de l'expert.

Actuellement, les ressources disponibles étaient faibles, dans le cadre de l'état psychologique dépressif de l'assuré et de sa conviction d'une invalidité à terme.

Sur plan neurologique organique, il n'y avait aucune incapacité de travail. Il n'y avait pas de limitation cognitive en dehors de celle liée à l'état dépressif, qui constituait la principale limitation de reprise d'activité professionnelle en général, et qui pourrait, à ce titre, être évaluée sur le plan de l'incapacité de travail. Les mêmes remarques étaient valables pour une activité professionnelle dans un autre

domaine, qui ne devait pas être considérée ici, étant donné qu'au plan neurologique organique, il n'y a aucune incapacité de travail particulière.

23. Le 3 septembre 2018, le SMR a retenu, en résumé, que l'assuré présentait des algies vasculaires de la face, dans le cadre d'une somatisation d'un trouble dépressif, non incapacitantes. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise convaincante du Dr F_____.

24. Par projet de décision du 13 septembre 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'instruction complémentaire de son dossier avait fait ressortir qu'il avait une pleine capacité de travail.

25. Le 2 octobre 2018, l'assuré a objecté que la complexité de son cas requérait une expertise plus large que les rapports des Drs E_____ et F_____.

26. Par décision du 23 octobre 2018, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. Celui-ci disposait d'une pleine capacité de travail et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

27. Par acte du 16 novembre 2018, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales. Du fait de son cluster headache devenu chronique et en dépit des traitements médicaux qu'il avait scrupuleusement suivis, il n'avait pas vécu d'améliorations de son état de santé et avait dû fermer son atelier. L'affirmation qu'il avait une pleine capacité de travail ne correspondait pas à la réalité. Des pièces avaient été sorties de son dossier et l'expertise du Dr F_____, qui avait un lourd passé judiciaire, ne s'était pas déroulée dans des conditions normales. Il a produit à l'appui de son recours deux rapports médicaux :

    - L'un, du 2 mai 2018, des docteurs G_____(psychiatre consultant), H_____ (cheffe de clinique au service de neurologie) et I_____(médecin adjoint, responsable à la Consultation de la douleur) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), relatif à des consultations des 7 février et 23 avril 2018 pour le diagnostic d'algie vasculaire chronique de la face gauche. Lesdits médecins adressaient l'assuré au docteur J_____, spécialiste des céphalées aux HUG, et ils lui proposaient de discuter avec son psychiatre, le Dr D_____, d'un suivi plus rapproché avec éventuellement une psychologue de leur équipe ;

    - L'autre, du 1er juin 2018, du Dr J_____, faisant mention, au titre du diagnostic, d'un syndrome protéiforme d'allure psychosomatique incluant des douleurs chroniques. Les plaintes chroniques actuelles de l'assuré ne pouvaient plus être considérées comme l'expression d'une algie vasculaire de la face. Une augmentation du dosage de Duloxétine était envisageable, et, dans une interprétation plus psycho-dynamique et psychosomatique, un suivi psychiatrique devait être mis au premier plan. Il devait y avoir eu, plusieurs années auparavant, dans le contexte d'une grappe de l'algie vasculaire ayant enfin permis d'obtenir une clarification diagnostique, une décompensation psychosomatique sur la base d'une disposition anxio-dépressive. Au stade

actuel de la chronicité des symptômes, il était probablement illusoire de penser que l'assuré puisse de nouveau assumer son activité professionnelle, si l'on ne trouvait pas une prise en charge réellement efficace.

28. Le 10 décembre 2018, l'OAI, s'appuyant sur un avis médical du même jour du SMR, a conclu à ce que le dossier lui soit renvoyé afin qu'une expertise psychiatrique soit effectuée.

29. Le 7 janvier 2019, l'assuré a indiqué ne pas s'opposer à une expertise psychiatrique, mais n'avoir pas confiance dans des « recherches médicales mandatées par les services » de l'OAI.

30. Par arrêt du 26 février 2019 (ATAS/159/2019), la chambre de céans a trouvé regrettable que l'intimé n'ait pas estimé nécessaire, avant de rendre la décision attaquée, d'ordonner une expertise psychiatrique, en plus de l'expertise neurologique qu'il avait mise en œuvre. Elle a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision sur la base d'un état de fait actualisé à tous égards.

31. L'OAI a fait procéder à une expertise psychiatrique de l'assuré par le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie.

32. À teneur de son rapport du 15 août 2019, le Dr K_____ a fondé son expertise sur un entretien de 3 heures 30, en présence de Madame L_____, psychologue FSP. L'expert a résumé le dossier et les déclarations de l'assuré dans le cadre d'un entretien ouvert, puis approfondi (anamnèse). Il a exposé ses constats et décrit le traitement actuel de l'assuré. Sur cette base, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant, en les justifiant de façon détaillée. Il a examiné les indicateurs développés par le Tribunal fédéral en la matière et a conclu que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis janvier 2018 et cela encore pendant une année. Durant cette année, on pouvait exiger de lui qu'il suive une psychothérapie et qu'il bénéficie d'une prise en charge globale par le centre de la douleur des HUG. Il était probable qu'à l'issue de celle-ci, l'assuré ait récupéré une capacité de travail de 50% au moins. Il faudrait réévaluer la situation dans un an.

    L'expert a indiqué que l'état psychique de l'assuré s'était détérioré à partir de 2010-2011, moment où il s'était séparé de sa femme et ses enfants et où son neurologue lui avait diagnostiqué des algies vasculaires de la face ou cluster headache. La prise en charge de ses céphalées intenses et douloureuses avait été difficile en raison d'une réponse insuffisante au traitement habituel. Par conséquence, un cluster chronique s'était installé et l'assuré ne s'en était jamais remis. Malgré l'absence de lésions organiques ou de signes directs que la céphalée en grappe soit encore présente, l'assuré n'avait plus été capable de récupérer sa fonctionnalité habituelle. Une symptomatologie algique chronique, pas seulement localisée à l'hémiface gauche, mais aussi à tout l'hémicorps gauche, s'était manifestée au premier plan,

associée à un épisode dépressif réactionnel, qui s'était installé en parallèle à une poussée de douleurs musculo-squelettiques qu'aucun médicament n'arrivait à maîtriser. Depuis là, le tableau clinique s'était chronicisé, alimenté par la précarité socio-économique (l'assuré émargeait désormais aux services sociaux), l'isolement social, la solitude et sa conviction intime de handicap permanent. Le problème principal de l'assuré, qui entravait le processus de guérison de sa pathologie dépressive et qui entretenait le trouble somatoforme douloureux, était le fait qu'il ne reconnaissait que partiellement être déprimé, mettant toujours en avant ses douleurs physiques. Sa faible capacité d'introspection l'empêchait d'exprimer avec des mots son mal-être, la capacité de symbolisation lui faisant défaut. Par conséquent, il se focalisait sur son corps et développait tout un cortège de symptômes somatiques qui, selon l'avis de l'expert partagé par l'expert neurologue, étaient seulement en partie liés à une pathologie somatique réelle, mais qui représentaient surtout d'une manière flagrante sa façon d'exprimer la douleur morale et psychique avec le langage du corps.

L'expertisé avait suivi des études en arts appliqués à Genève. Il avait ensuite travaillé sur mandats pour des architectes. Jusqu'à l'âge de 35-40 ans, il ne s'était pas fixé dans un travail, préférant multiplier les petits contrats et avoir la liberté de voyager ou de se consacrer à ses loisirs. Sur le plan sentimental, il était resté toute son adolescence avec la même fille et lorsqu'ils s'étaient séparés, il ne s'était plus remis en couple avant une dizaine d'années avec celle qui deviendrait la mère de ses enfants. En raison des charges financières familiales, l'expertisé avait travaillé pendant six ans comme encadreur, avant de s'installer en indépendant au début des années 2000. Il avait gardé son atelier une quinzaine d'années, puis avait fermé boutique, à contrecœur, fin 2017, car ses douleurs étaient devenues beaucoup trop handicapantes pour qu'il continue à travailler. En effet, depuis une date indéterminée, vers le début de sa vingtaine, il avait commencé à souffrir de migraines très douloureuses regroupées sous le terme de cluster headache. L'assuré avait expliqué à l'expert que les douleurs avaient augmenté au fur et à mesure des années, avec des périodes de crises où pendant quelques semaines, il était dans une grande souffrance. Cependant, c'était en 2011 lors de la séparation après 20 ans de relation avec sa femme qu'il avait eu une crise encore jamais expérimentée jusqu'alors. Les douleurs dans sa tête et tout son hémicorps gauche avaient été telles qu'il ne pouvait presque plus bouger, ni s'alimenter. Il avait perdu 10 kg et avait décompensé avec un épisode dépressif. Par la suite, l'assuré n'avait plus eu de telles crises, mais une chronicité de douleurs s'était installée avec des pics plus ou moins forts. Au fur et à mesure des années et jusqu'au jour de l'expertise, les douleurs agissaient chez l'assuré comme une usure et une incapacité à vivre au quotidien. Après plusieurs investigations sur le plan neurologique, il était convenu, aujourd'hui, que l'assuré n'avait plus de cluster headache mais un trouble somatoforme douloureux. L'expert ne niait pas la réalité de la douleur, qui était présente et intense. Il était convaincu que l'assuré avait présenté des migraines invalidantes qui avaient laissé des traces de douleur irréversible dans ses souvenirs.

Mais au fur et à mesure des années, la douleur migraineuse s'était transformée en douleurs de tout l'hémicorps gauche, sans substrat organique, mais liées aux difficultés d'élaboration psychiques de l'assuré. En effet, la douleur de l'assuré, en se chronicisant, pouvait s'apparenter à une émotion, comme le soulignait certaines études.

Après un examen détaillé des capacités, ressources et difficultés de l'assuré, l'expert a constaté que ses limitations étaient principalement la capacité d'adaptation à des règles et à des routines, la capacité à planifier et à structurer les tâches, la capacité d'endurance et la capacité à effectuer des activités spontanées. Ces atteintes étaient dues à l'impact du trouble somatoforme douloureux sur la vie de l'assuré, mais surtout à l'inexistence de la prise en charge. En effet, il était convenu que, dans ce type de trouble, la douleur ne pouvait généralement pas être éradiquée, mais qu'il était possible de vivre avec une prise en charge multidisciplinaire par un centre de la douleur. Il était clair que l'assuré présentait une fragilité psychique, d'autant plus grande que la douleur durait depuis des années et l'avait usé. Cependant, avec à l'aide d'une psychothérapie qui lui permettrait élaborer sa vie psychique interne et des multiples thérapies proposées au centre de la douleur des HUG, l'assuré pourrait retrouver une capacité de travail.

La capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée était actuellement de 0% depuis janvier 2018, moment où l'assuré avait fermé son atelier après quinze ans d'activité, faute de pouvoir y travailler. Cette capacité était à réévaluer dans un an, après mise en place du suivi médical et multidisciplinaire préconisé par le soussigné.

33. Par projet de décision du 16 septembre 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2019, fondée sur un taux d'invalidité de 100%. À l'issue de l'instruction médicale, il lui reconnaissait une incapacité de travail totale dans toute activité dès le mois de janvier 2018 (début du délai d'attente d'un an). À l'échéance du délai d'attente, à savoir le 1er janvier 2019, son incapacité de gain était jugée entière. Par conséquent, le droit à une rente entière était ouvert dès cette date. Un traitement médical qui pourrait lui permettre de recouvrer tout ou partie de la capacité de gain était exigible de lui.

34. Par décision du 5 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

35. Le 27 mars 2020, l'assuré a formé recours contre la décision du 5 mars 2020. La reconnaissance de son incapacité totale dans toute activité par l'OAI dès le mois de janvier 2018 ne correspondait pas à la réalité. Il avait déposé sa demande de prestations le 1er avril 2016, après des années de lutte contre la maladie afin de pouvoir conserver son entreprise. Le Dr C_____ avait indiqué dans un rapport médical du 29 avril 2016 qu'il était capable de travailler à 20% et que sa maladie avait débuté en 1995. Le Dr B_____ avait indiqué dans son rapport du 22 juillet 2016 qu'une aggravation clinique neurologique l'empêchait pour l'instant de reprendre toute activité professionnelle. De plus, il avait été mis en incapacité

travail à 50% par le Dr C_____ dès le 13 juillet 2013. Son assurance perte de gain ne l'avait plus couvert après un pseudo examen médical du 23 juin 2014 pratiqué par son médecin-conseil, le Dr M_____, qui ne connaissait même pas le nom de sa maladie, et donc ses conséquences, et qui avait conclu, après 20 minutes de consultation, à une capacité de travail de 100%. La date de reconnaissance de son incapacité de travail par l'assurance- invalidité manquait de cohérence avec les constats médicaux.

Par ailleurs, le calcul du montant de la rente reposait sur une base qui ne correspondait pas à la réalité. Il avait ouvert son atelier en 2005. 8% des créations d'entreprises échouaient dans les sept premières années d'exploitation. Malgré la chronicité de la maladie, qui s'était installée petit à petit, l'entreprise avait tenu le coup. Cette chronicité et les restrictions de sa capacité avaient commencé en 2013 et le chiffres d'affaires de l'entreprise en avait été affecté. L'OAI se référait dans ses calculs au chiffre d'affaires et au développement de l'entreprise sur une base dégradée par sa maladie. Le revenu annuel envisagé après 13 ans d'activité, sans le manque à gagner dû à la maladie, était de CHF 90'000.- et non pas de CHF 39'816.- comme le retenait l'intimé sur la base de bilans altérés par la maladie. Il subissait par cette décision une double peine et demandait sa réévaluation.

36. Par réponse du 20 mai 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans son rapport du 15 août 2019, l'expert K_____ avait estimé que le recourant présentait une incapacité de travail durable de 100% dans toute activité depuis le mois de janvier 2018. Ce rapport devait se voir reconnaître une pleine force probante. L'intimé avait également pris en considération l'ensemble des pièces médicales du dossier pour fonder son appréciation. Il ne ressortait pas des griefs du recourant d'élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions de l'intimé. S'agissant du revenu annuel moyen pris en compte, l'intimé se ralliait à la détermination de la caisse genevoise de compensation (ci-après la caisse) du 20 mai 2020.

Selon cette dernière, la caisse avait octroyé au recourant, le 5 mars 2020, une rente de l'assurance-invalidité d'un montant mensuel de CHF 1'660.- dès le 1er janvier 2019. Ce montant se fondait sur un revenu annuel déterminant (ci-après RAM) de CHF 39'816.-, 35 années de cotisation, une échelle de rente de 42 et 18 demi-bonifications pour tâches éducatives (ci-après BTE). Dans son recours du 26 mars 2020, l'assuré considérait que le calcul du montant de sa rente reposait sur une base qui ne correspondait pas à la réalité. Comme il n'expliquait pas en quoi ce calcul serait erroné, la caisse se bornait à présenter les modalités ayant déterminé sa rente en application des dispositions légales. Selon l'art. 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente était déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les BTE ou pour tâches d'assistance compris entre le 1er janvier qui suivait la date où l'ayant droit avait eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précédait la réalisation du risque assuré (invalidité, décès ou à l'âge de la retraite). Ainsi, pour les assurés nés en 1961 et dont le risque, ici l'invalidité, était survenu en 2019, comme le recourant, les éléments de calculs

(durée de cotisations, revenus et BTE) à prendre en compte étaient compris entre le 1er janvier 1982 et le 31 décembre 2018.

S'agissant de la durée de cotisations, pour avoir droit à une échelle de rente complète (44), donnant droit à une rente elle-même complète de l'assurance-invalidité, le recourant devait avoir cotisé sans discontinuer durant 37 ans entre janvier 1982 et décembre 2018. Or, à la lecture de sa feuille de calcul Acor, annexée, on pouvait constater que l'assuré avait cotisé seulement durant 35 ans. Il n'avait pas cotisé en 1983 et 1984. En 2018, il avait été couvert par les cotisations de son épouse. La colonne « éduc » indiquait que les conjoints avaient droit à 18 BTE à se partager par moitié, soit 9 BTE entières ou 18 demi-BTE.

La caisse a détaillé son calcul aboutissant à une rente d'invalidité d'un montant mensuel de CHF 1'660.- et conclu qu'il était parfaitement conforme au droit.

37. Sur demande de la chambre de céans, le Dr K_____ a indiqué, le 19 octobre 2020, qu'il avait déjà pris en considération les rapports médicaux des 6 avril 2016, 22 juin 2016 et 1er juin 2018 dans son rapport d'expertise du 15 août 2019. Il avait décidé de faire partir l'incapacité de travail de l'assuré au moment où celui-ci avait fermé son activité indépendante, donc le 31 décembre 2017, voire le 1er janvier 2018. Si l'on se référait à l'avis du SMR du 16 août 2016, qu'il avait résumé dans son précédent rapport d'expertise, on pouvait lire que de manière pertinente, le Dr N_____ soulignait l'incohérence de deux documents fournis par le Dr B_____. En effet, dans le premier courrier, celui-ci laissait sous-entendre qu'il n'avait pas revu l'assuré depuis 2010 et que son évolution était fortement défavorable. Ensuite, dans le rapport médical du 11 avril 2016, il disait l'avoir suivi entre 2010 et 2016. Pour le Dr N_____, si l'incapacité de travail était effectivement nulle, il était nécessaire de demander au Dr B_____ des explications quant au suivi effectué et l'évolution du tableau neurologique. Autrement dit, le même médecin, dans un rapport disait que son patient était apte à travailler du point de vue neurologique à 100% et quelques mois après, qu'il était inapte. Cela posait quelques doutes, surtout en raison du fait que le suivi n'avait pas été constant et que le neurologue n'avait vu l'assuré qu'à quelques reprises entre 2010 et 2016.

Mais, ce qui avait décidé l'expert à fixer le début de l'incapacité de travail totale au moment de la fermeture de l'activité indépendante, donc le 31 décembre 2017, voire le 1er janvier 2018, avait été l'étude minutieuse du dossier assecurologique mis à disposition par l'OAI. Il ressortait de l'extrait du compte individuel de l'assuré que le chiffre d'affaires déclaré à l'AVS n'avait pas changé jusqu'en 2017, date de la fermeture de son atelier. En conclusion, l'expert a confirmé ses précédentes conclusions, selon lesquelles l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité dès le mois de janvier 2018 et pas à une date précédente. Il s'avérait toujours difficile pour un médecin de se prononcer de manière rétroactive sur une capacité de travail, surtout s'il ne connaissait pas la personne en question. Par conséquent, dans ce cas de figure, selon un degré de vraisemblance prépondérante probable, il était admissible de considérer l'assuré

était inapte totalement au travail depuis le mois de décembre 2017, date de la fermeture définitive de son atelier.

38. Le 2 novembre 2020, le recourant a relevé que le Dr B_____ avait expliqué à la chambre des assurances sociales, le 17 novembre 2016, que le Dr N_____ avait interprété de manière erronée son rapport du 11 avril 2016, dans lequel il avait indiqué avoir suivi l'assuré de manière ambulatoire du 20 octobre 2011 à 2016, car il expliquait deux lignes plus bas qu'avant et après lui, c'était le Dr C_____ qui assurait le suivi et qu'il n'intervenait que comme spécialiste neurologique. En 2010, il avait posé le diagnostic d'une algie vasculaire de la face ou cluster headache en adressant son rapport au médecin traitant de l'assuré, le Dr C_____. La prise en charge de cette céphalée intense et douloureuse avait été difficile en raison d'une réponse insuffisante au traitement habituel de Vérapanil. L'assuré avait donc développé un cluster chronique depuis 2010. La persistance de ses douleurs avait entraîné un état dépressif secondaire, qui avait motivé la prise en charge par un psychiatre, le Dr D_____, à Onex.

    L'assuré ajoutait que les recherches autour de ses douleurs insupportables avaient commencé en mai 2000 auprès du Dr O_____, ORL à la clinique de la Colline, puis qu'elles avaient été poursuivies auprès de son dentiste de l'époque, le Dr P_____. Ces recherches, dirigées et supervisées par le Dr C_____, n'avaient abouti à rien, si ce n'était à dix années de douleurs, sans diagnostic et sans médicaments pouvant améliorer son état de santé.

    En second lieu, le Dr K_____ évoquait les revenus de son entreprise déclarés à l'AVS, laissant entendre que l'entreprise n'était pas viable. Il donnait l'impression de ne vraiment pas connaître le sujet de la création et du développement d'une entreprise, qui échouait à 80% dans les sept premières années d'exploitation. Les revenus durant cette période étaient donc majoritairement très faibles. La maladie l'avait contraint à ne pouvoir développer normalement son entreprise. La seule vérité émise par le Dr K_____ dans son complément était qu'il était difficile pour un médecin de se prononcer de manière rétroactive sur la capacité de travail, surtout s'il ne connaissait pas le patient. Il n'avait vu le Dr K_____ que pendant les trois heures qu'avait duré l'expertise. Tout l'argumentaire de celui-ci ne reposait que sur ses compétences et ses constats de psychiatre, mais pas sur le travail et les rapports de ses collègues médecins qu'il remettait en question. Le complément du Dr K_____ cherchait à dévaloriser ses droits de faire opposition à une décision de l'intimé. Ce que l'expert identifiait comme une névrose d'indemnisation se nommait scientifiquement une sinistrose, dite névrose de revendication, et était beaucoup plus complexe qu'il ne le laissait entendre. Le recourant s'en référait à une étude de l'université de Genève intitulée : « retour sur la sinistrose, dite névrose de revendications » (www.unige.ch). En conclusion, le Dr K_____ prenait des positions qui ne reposaient sur aucune base scientifique, mais sur des positions personnelles, qui apparaissaient partisanes.

39. Le 3 novembre 2020, l'intimé, se référant à un avis médical du SMR du 2 novembre 2020, a considéré que la réponse du Dr K_____ ne permettait pas de retenir des conclusions différentes, dès lors que celui-ci avait expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il maintenait que le début de l'incapacité travail du recourant remontait à janvier 2018 et pas au-delà. Le rapport d'expertise du 15 août 2019 remplissait tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. L'intimée persistait dans ses conclusions en rejet du recours.

40. Sur ce, la cause a été gardé à juger

EN DROIT

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

   Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

   Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

2. Le recours porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité antérieurement au 1er janvier 2019 et sur le montant de celle-ci.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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.

   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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1).

   Dans un arrêt du 3 juin 2015 (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a jugé que la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

   Le Tribunal fédéral a développé dans sa jurisprudence relative à l'établissement de la capacité de travail exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique les indicateurs suivants, qui s'appliquent également pour déterminer la capacité de travail exigible des personnes souffrant de troubles psychiques :

   a. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par l'atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

   b. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur

le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

c. La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

d. Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

e. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

f. Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

g. Il faut examiner en suite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

5. 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).

   En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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, le recourant conteste l'expertise du Dr K_____, en tant qu'elle fixe le début de son incapacité de travailler durable au 1er janvier 2018. Il fait valoir que le Dr B_____ avait indiqué dans son rapport du 22 juillet 2016 qu'une aggravation clinique neurologique l'empêchait pour l'instant de reprendre toute activité professionnelle et que le Dr C_____ avait estimé, le 29 avril 2016, que sa capacité de travail était de 20% et qu'il l'avait mis en arrêt de travail à 50% dès le 13 juillet 2013.

   La chambre de céans a jugé, le 6 juin 2017, soit après les rapports des Drs C_____ et B_____ précités, qu'un complément d'instruction s'imposait, retenant ainsi qu'ils n'étaient pas suffisamment probants.

   L'intimé a en conséquence fait procéder à une expertise neurologique de l'assuré par le Dr F_____, qui a conclu, le 7 août 2018, à une capacité de travail entière de celui-ci sur le plan neurologique.

   Ce rapport répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'assuré a fait valoir que les conclusions de cette expertise, à savoir une pleine capacité de travail, ne correspondait pas à la réalité, en produisant un rapport du 2 mai 2018 de la Consultation de la douleur des HUG, qui ne se prononçait pas sur sa capacité de travail, et un rapport du Dr J_____ du 1er juin 2018, qui retenait que les plaintes chroniques actuelles de l'assuré ne pouvaient pas être considérées comme l'expression d'une algie vasculaire de la face, ce qui allait dans le sens des conclusions de l'expert neurologue. Le Dr J_____ expliquait en effet l'incapacité de travail de l'assuré par une décompensation psychosomatique probable dans le contexte d'une grappe de l'algie vasculaire. Cette appréciation a été par la suite confirmée par le Dr K_____, qui a retenu une incapacité de travail pour des causes psychiques. Le rapport du Dr J_____ ne remet donc pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr F_____, mais au contraire en confirme les conclusions.

   Le rapport du Dr E_____ du 23 octobre 2017, qui retenait les diagnostics de cluster headache chronique et de dysthymie entraînant une totale incapacité de travail de l'assuré, ne suffit pas à remettre en cause les conclusions des expertises, dès lors qu'il s'agit du médecin traitant généraliste du recourant.

   S'agissant de l'expertise du Dr K_____, elle répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Cet expert a confirmé de façon motivée et convaincante, dans son complément d'expertise du 19 octobre 2020, la date à partir de laquelle il retenait une totale incapacité de travail du recourant, soit le 1er janvier 2018, date à laquelle le recourant a interrompu son activité professionnelle. Les rapports médicaux des médecins traitants du recourant qui attestent d'une

incapacité de travail antérieure à cette date ne remettent pas sérieusement en cause les conclusions du Dr K_____, étant rappelé que la chambre de céans a déjà jugé qu'ils ne pouvaient se voir reconnaître pleine valeur probante.

C'est en conséquence à juste titre que l'intimé a retenu une incapacité de travail totale du recourant dès le mois de janvier 2018 et un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2019.

8. a. Le recourant a encore fait valoir que le calcul du montant de la rente reposait sur une base qui ne correspondait pas à la réalité, car il se référait au chiffre d'affaires et au développement de l'entreprise sur une base dégradée par sa maladie.

b. Aux termes de l'art. 36 al. 2 LAI les dispositions de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires.

L'art. 29bis al. 1 LAVS dispose que le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès).

Conformément à l'art. 52c RAVS, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations. Les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente.

Selon l'art. 141 RAVS, tout assuré a le droit d'exiger de chaque caisse de compensation qui tient pour lui un compte individuel un extrait des inscriptions faites, portant des indications relatives aux employeurs (al. 1 phr. 1). L'assuré peut, dans les 30 jours suivant la remise de l'extrait de compte, contester avec motifs à l'appui l'exactitude d'une inscription auprès de la caisse de compensation, laquelle se prononce dans la forme d'une décision de la caisse; cette décision est susceptible de recours (al. 2). Lorsqu'il n'est demandé ni extrait de compte ni rectification, ou lorsqu'une demande en rectification a été rejetée, la rectification des inscriptions ne peut être exigée, lors de la réalisation du risque assuré, que si l'inexactitude des inscriptions est manifeste ou si elle a été pleinement prouvée.

c. En l'espèce, le recourant semble se référer à la jurisprudence applicable dans le cadre de la fixation du degré d'invalidité, selon laquelle on ne peut pas retenir, comme revenu sans invalidité, le dernier salaire que la personne assurée a perçu, s'il ne correspond manifestement pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide, car elle rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Il n'y a pas de règle similaire applicable dans le calcul du montant de la rente d'invalidité. En l'occurrence, la caisse a détaillé dans la réponse comment elle a établi le montant de la rente d'invalidité du recourant, selon un calcul qui n'appelle pas la critique et qui doit être confirmé.

9. Infondé, le recours doit être rejeté.

10. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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