

EN FAIT

1. Monsieur J_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), originaire d'Afrique du Sud où il est né en 1965, y a suivi sa formation. Après le collège de 1978 à 1982, il a suivi deux ans d'études de médecine à l'Université (1983-1984), puis a obtenu un Bachelor en lettres – littératures anglaise et africaine. Il a travaillé plusieurs années dans son pays pour des entreprises high-tech dans la télécommunication et le cryptage, puis en Hollande dans la communication, avant d'arriver en Suisse en janvier 1997. Dès février 1997, il a travaillé pour l'UNION EUROPEENNE X_____, en tant que responsable de projet, et ce, jusqu'en février 1999. Il a ensuite été engagé par Y_____ SA, de mars 1999 à février 2000, comme directeur de la communication. Après une période de chômage de mars à décembre 2000, l'assuré s'est installé, à son compte, en qualité de consultant en communication.
2. Selon son extrait de compte individuel AVS, l'assuré a réalisé un salaire annuel ou annualisé de 99'150 fr. en 1998, 144'000 fr. en 1999, 72'000 fr. en 2000. A titre indépendant, l'assuré a déclaré un revenu de 14'300 fr. en 2001 (mars à décembre), 27'400 fr. en 2002 et 8'300 fr. en 2003. En parallèle, il a perçu des salaires de Z_____ de 16'000 fr. en 2002 (novembre et décembre 2002) et de 96'000 fr. en 2003. Dès 2004, son revenu d'indépendant a été limité à 4'200 fr. par an.
3. L'assuré a eu une fille en Afrique du Sud en 1993. Il s'est marié avec une ressortissante suisse le 10 janvier 1997 et une fille est née de cette union en avril 2000, gravement atteinte dans sa santé. La famille vivait dans le canton de Vaud et après la séparation du couple, l'assuré s'est installé à Genève en mai 2003. Il a divorcé en mai 2004. L'assuré a eu un fils né en 2007 d'une union libre datant de courant 2003. Sa compagne et son fils ont quitté la Suisse en mars 2009.
4. N'ayant plus de clients, l'assuré n'a plus travaillé depuis 2005. C'est sa compagne qui a entretenu la famille jusqu'en mai 2009, l'assuré étant depuis lors assisté par l'Hospice général.
5. Selon le Dr A_____, psychiatre auprès du département de psychiatrie des HUG, l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (F 33.2) depuis 2006, d'un trouble de la personnalité (F 60.8) depuis vingt-cinq ans et de diverses difficultés familiales depuis 2004. Il a été suivi au CTB du 29 septembre au 30 novembre 2009 et du 19 avril au 11 juin 2010. Il n'est pas capable de gérer le moindre stress, ne parvient même plus à ouvrir son courrier et à faire face à ses tâches administratives. Il se réfugie dans des activités artistiques comme le dessin pour calmer son anxiété. Le pronostic est réservé en raison de la chronicité de l'état dépressif sévère, mais une évolution favorable n'est pas exclue. L'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique ambulatoire avec des entretiens bimensuels, une thérapie de groupe hebdomadaire et seul un traitement

anxiolytique en réserve de Temesta Expidet® 1 mg 3x/j est prescrit, l'assuré craignant les effets néfastes des antidépresseurs. L'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} novembre 2010. On peut s'attendre à une capacité de travail de 50 %, à partir de 2013, soit après deux ans d'évolution favorable et de stabilisation, avec la mise en place de mesures de réadaptation professionnelle si nécessaire. Bien que la pathologie psychiatrique soit lourde depuis plusieurs années, la demande d'assurance-invalidité n'a été faite que récemment, en raison d'une négligence marquée vis-à-vis des tâches administratives. On ne peut pas exclure un trouble affectif bipolaire, de type 2 (rapport du 30 août 2011).

Lors du deuxième suivi au CTB, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) est posé. Le traitement antidépresseur est maintenu, ce qui permet la légère amélioration clinique relevée.

6. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 1^{er} juin 2011 en raison d'une grave dépression.
7. Lors d'un entretien le 27 juillet 2011, l'assuré indique n'avoir plus aucune vie sociale. Il rencontre des difficultés pour voir sa deuxième fille, qui vit avec sa mère dans le canton de Vaud et se rend une fois par mois en France pour voir sa compagne et son fils cadet. Son principal souci est d'ordre financier. Son statut de consultant indépendant convenait bien à son caractère mais, à présent, cela serait trop difficile pour lui et il n'a, de plus, plus les réseaux nécessaires pour cela. Il est convenu que l'assuré recontacte l'OAI lors du retour de son séjour en France pour voir sa compagne et son fils.

Lors d'un entretien téléphonique du 1^{er} novembre 2011, l'assuré n'envisage pas d'être capable de travailler dans un bureau, car il associe le travail administratif à son mal-être. D'ailleurs, il est question de mettre en place une curatelle, tant il a de la peine à mener ses affaires administratives, même simples. Il parle à nouveau de sa fibre artistique, pense qu'il pourrait être traducteur, écrivain ou acteur de théâtre. S'il ne trouve pas un métier qui le motive, il va « péter les plombs ». Durant l'entretien, l'assuré digresse constamment, il a de la peine à dissocier ses difficultés avec son ex-femme de sa situation professionnelle.

8. La Dresse B _____, du SMR, estime le 14 novembre 2011 qu'il convient d'effectuer une expertise psychiatrique. Le traitement médicamenteux est limité à des anxiolytiques en réserve, car l'assuré ne prend pas d'antidépresseurs en raison d'un sentiment de méfiance. Les HUG retiennent un bon pronostic, avec une capacité recouvrée à 50 % en 2013.
9. Sur ce, l'assuré a été soumis à l'expertise du Dr C _____, psychiatre, et, dans l'intervalle, par communication du 10 janvier 2012, il a été informé de ce qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était actuellement envisageable en raison de son état de santé.

10. Le rapport d'expertise du 26 avril 2012 est fondé sur un entretien avec l'assuré, des tests psychométriques passés le même jour et le dossier de l'OAI. L'anamnèse relève qu'après l'obtention d'un Bachelor en art et en lettres en 1988, l'assuré a travaillé dans des activités peu qualifiées, soit enseignant d'écoles privées, rédacteur de modes d'emploi pour téléphones mobiles. Il a rapidement été licencié du poste de directeur obtenu en mars 1999, puis s'est établi à son compte jusqu'à sa faillite en 2004. Les tests psychométriques donneraient le sentiment d'une certaine tendance à la dramatisation des plaintes, ce qui explique par avance la discordance potentielle d'appréciation entre le médecin expert et le médecin traitant, s'agissant de l'état dépressif et anxieux. Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie dépressivo-anxieuse légère et fluctuante. Le sommeil est bien préservé, l'appétit est normal, il n'y a ni trouble de l'attention, ni trouble de la concentration. L'expert retient un état dépressif majeur récurrent, actuellement "sub-clinique", une dysthymie, une personnalité "état limite inférieur à défense paranoïaque", qui sont sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert relève que depuis que sa compagne s'est à nouveau établie à proximité de Genève, l'assuré passe la plupart de son temps chez elle, s'occupe de toutes les tâches domestiques, garde son enfant qu'il accompagne régulièrement à l'école. Il semble d'ailleurs que le début de la consultation psychiatrique date d'un conflit conjugal avec sa précédente épouse, lié à la reconnaissance de sa paternité, au non-paiement des pensions alimentaires, ainsi que d'accusations d'attouchements sexuels sur sa fille handicapée. On peut donc comprendre que l'assuré ait présenté une réaction émotionnelle aiguë. Ensuite, lors du séjour au CTB du 19 avril au 11 juin 2010, la symptomatologie était tout au plus légère et l'avis du Dr A_____, qui mentionne un état dépressif sévère, est difficile à comprendre. Toujours est-il que si l'assuré a présenté une nouvelle réaction dépressive en octobre 2010, l'évolution a été rapidement favorable. Ainsi, au plus tard dès le 1^{er} janvier 2012, l'assuré disposait d'une pleine et entière capacité de travail dans toute activité.
11. Par ordonnance du Tribunal tutélaire du 27 juin 2012, l'assuré a été mis sous curatelle volontaire.
12. Le 17 juillet 2012, la Dresse D_____, du SMR, s'est ralliée aux conclusions de l'expert. L'assuré a donc présenté une incapacité de travail de 100 % du 19 avril 2010 au 11 juin 2010 et du 1^{er} octobre 2010 au 31 décembre 2011. La capacité de travail est entière dès le 1^{er} janvier 2012.
13. Par projet du 6 août 2012, confirmé par décision du 21 mars 2013, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} décembre 2011 au 31 mars 2012, en raison de l'amélioration de l'état de santé retenue dès le 1^{er} janvier 2012.
14. La curatrice de l'assuré auprès du Service de protection de l'adulte (SPA) a formé recours le 3 mai 2013. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à

l'assuré pour une durée indéterminée et, préalablement, à l'octroi d'un délai complémentaire pour étayer l'argumentation.

15. Le 12 juin 2013, le SPA a complété le recours. L'activité d'indépendant de l'assuré était très rémunératrice à ses débuts, puisque l'assuré a réalisé un revenu de 99'752 fr. en 2000 et 104'307 fr. en 2003. C'est depuis le divorce de 2005 que l'assuré souffre d'un trouble dépressif récurrent et c'est en raison de cette grave dépression que son activité s'est arrêtée en 2005, l'assuré ayant été entretenu par sa compagne depuis lors. Il conteste les conclusions de l'expertise, qui sont en totale contradiction avec les constats des médecins des HUG. Au surplus, le rapport d'expertise est incomplet, erroné, empreint de constatations subjectives et de connotations négatives, étant rappelé que le Dr C_____ avait défrayé la chronique, en raison du fait que ses expertises psychiatriques ont été largement critiquées et contestées par ses confrères. Le recourant cite plusieurs passages de l'expertise dans lesquels l'expert aurait manqué de sobriété.
16. A l'appui du recours sont produits une attestation du 5 juin 2013 du Dr E_____, psychiatre auprès du service de psychiatrie des HUG, la demande de curatelle formée le 31 mai 2012 par l'assuré, appuyé par l'assistante sociale des HUG ainsi que le rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil vaudois du 22 avril 2009 concernant les expertises psychiatriques confiées au Dr C_____ par l'Office AI du canton de Vaud.

Le Dr E_____ relève plusieurs insuffisances et erreurs dans l'expertise du Dr C_____. L'expert n'a vu qu'une seule fois l'assuré, sans contacter les HUG ni le médecin-traitant. L'assuré est anglophone mais les tests ont été réalisés en français. Le ton du discours est d'emblée péjoratif, sans la neutralité nécessaire à l'expert. L'expert ignore la réalité de la formation académique de l'assuré et prétend à tort, au vu des revenus réalisés, qu'il aurait exercé des activités peu qualifiées. L'assuré a ainsi présenté une dépression sévère sur un effondrement narcissique progressif en 2009, après une dégradation progressive au cours des années précédentes. Il a en particulier été incapable pendant de nombreuses années de supporter et accepter le grave handicap de sa seconde fille. L'effondrement s'est également manifesté par un retrait social, une incapacité à gérer l'administratif et une difficulté à demander de l'aide. L'expert dénigre l'avis du Dr A_____, prétendant qu'il ne serait que spécialiste en médecine interne, alors qu'il est psychiatre. Il disqualifie les tests sans motivation et fait un raccourci en affirmant que la dépression légère est en fait une dépression infra clinique, ce qui est faux. Si l'expert avait correctement apprécié les tests, il aurait retenu qu'il n'y avait jamais eu de rémission complète puisque le test de Hamilton reste à 17 et n'est jamais descendu à 6. Le trouble de la personnalité dite paranoïaque a été retenu à tort. Malgré une légère amélioration depuis l'instauration d'une curatelle, et bien que le patient ait repris des relations avec sa fille handicapée, la capacité de travail de l'assuré dans son métier de responsable de la communication dans une entreprise de

haute technologie, de chef de projet ou de facilitateur de haut niveau est nul. Après avoir perdu 14 kilos lors de la nette aggravation au début de l'année 2009, son poids s'est stabilisé. L'assuré a repris un rythme de vie plus régulier. Il conserve une capacité de travail dans une autre activité, mais n'a jamais travaillé dans un métier manuel. Dans un travail de secrétariat, l'assuré est encore trop irrégulier pour prétendre à un rendement de plus de 50%. A été explorée la possibilité d'entreprendre une formation d'enseignant d'anglais dans le secondaire, ce qui pourrait constituer une piste de reclassement professionnel.

17. Par pli du 11 juillet 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. L'expertise du Dr C _____ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Les passages soulignés par le recourant ne sont pas dépréciatifs, mais reflètent le travail d'un médecin-expert qui doit examiner les déclarations de l'expertisé avec le recul et l'esprit critique nécessaire, sans empathie particulière. Au surplus, le Dr E _____ se contredit, puisqu'il atteste d'une incapacité de travail totale, mais fait part de plusieurs pistes de réorientation possible. Selon l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2013, le Dr E _____ ne fournit pas de status psychiatrique détaillé, ni actualisé, ne décrit pas l'évolution de l'atteinte et ne mentionne pas le traitement (psychothérapie/psychotropes) de manière détaillée.
18. Par réplique du 29 août 2013, le recourant persiste dans ses conclusions. Il produit une nouvelle attestation du Dr E _____ du 12 août 2013 qui fournit un status psychiatrique détaillé de l'assuré, lequel démontre qu'il n'y a jamais eu de rémission complète et que l'état dépressif majeur a fluctué depuis 2005. L'attestation détaille la prise en charge de l'assuré. De 2003 à 2009, le Dr F _____, généraliste, a introduit un traitement antidépresseur et a orienté l'assuré vers un psychiatre. En 2009, l'assuré a entrepris une psychothérapie au CTB avec un effet négatif et une nette péjoration de son état psychique, de sorte que le suivi a été adapté. En raison des nombreuses et graves difficultés auxquelles l'assuré a dû faire face, il est compréhensible que le traitement et la psychothérapie n'aient eu que peu d'effets, étant précisé que l'existence d'un trouble bipolaire de type II n'est pas exclu. Le recourant rappelle encore une fois que l'expertise est erronée s'agissant de ses qualifications, son parcours professionnel et quant au diagnostic posé.
19. Par pli du 3 octobre 2013, l'OAI a sollicité que la Cour pose des questions complémentaires au Dr E _____. En effet, dans son avis du 1^{er} juillet 2013, le SMR a relevé que le tableau décrit par celui-ci est compatible avec un épisode de dépression sévère en décembre 2012, puis de gravité moyenne à légère actuellement. Cela parle en faveur d'une aggravation dès décembre 2012, soit avant la décision mais après l'expertise du Dr C _____. Le SMR peine à comprendre quelles sont actuellement les limitations fonctionnelles sur le plan strictement psychiatrique qui justifieraient une capacité de travail de 50% dans un poste adapté et nulle dans son activité habituelle.

20. Lors de l'audience du 5 novembre 2013, l'assuré a été entendu. Il était salarié entre 1998 et 2000 comme directeur de communication, en particulier pour une ONG. C'était une activité stressante et à responsabilité. Il devait voyager partout dans le monde et rencontrer des ministres. Il a travaillé pour une autre société en 1999 jusqu'en février 2000 également comme directeur et a été licencié en raison d'une restructuration et certainement pas en raison de son incompétence. D'ailleurs, cette société est restée sa cliente. Comme indépendant, son client principal était Z_____, qui l'a d'ailleurs salarié. Il lui consacrait entre 50 et 75 % de son temps en qualité de directeur et, pour le reste, il avait d'autres clients. Il en a encore eu sporadiquement jusqu'en 2009. C'est en 2005 environ qu'il a commencé à souffrir de dépression. C'est arrivé assez brusquement alors qu'il rencontrait des difficultés dans son droit de visite sur sa deuxième fille et des difficultés au travail. Son médecin traitant de l'époque, le Dr F_____, l'a adressé à la Dresse G_____, psychiatre, mais il ne parvenait pas à communiquer correctement en français. Elle lui a prescrit des antidépresseurs. N'ayant plus d'assurance-maladie en raison de dettes, il a donc cessé ce suivi jusqu'en 2009. Ayant obtenu de l'aide de l'Hospice Général, il a été adressé aux HUG. De 2005 à 2009 c'est sa compagne qui a assuré son entretien jusqu'à ce qu'elle parte en France. De 2005 à 2009, il était désorienté et peu fonctionnel. Il ne parvenait pas à faire face à tous les problèmes administratifs et financiers auxquels il était confronté. Durant cette période, il n'a pas pris d'antidépresseurs et a vu une ou deux fois le Dr F_____ qui a accepté de ne pas être payé.

En moyenne, depuis que sa compagne vit en France voisine, soit dès fin 2011, il y passe trois soirs par semaine, lors desquels il va chercher son fils à l'école, lui donne son bain, s'occupe de lui et prépare le souper et reste dormir, puis ramène son fils à l'école le lendemain matin. Le mardi soir, il va chercher son fils et le garde chez lui le mercredi car il a congé. Depuis juin 2013, un week-end sur deux il accueille sa fille et l'autre week-end c'est sa compagne et son fils qui viennent à Genève. Il s'occupe également de sa fille durant la moitié des vacances scolaires.

Cela fait cinq ou six ans qu'il n'a plus travaillé et son psychiatre estime qu'il est trop tôt pour envisager une reprise d'activité, car il doit encore se reconstruire. S'il est capable de s'occuper autant de ses enfants, c'est que c'est une activité plaisante et qu'il doit bien la faire. Lorsqu'il a envisagé de postuler, son psychiatre l'a freiné. En 2009, il était vraiment dans une situation de crise grave, il était sans revenu et il a peu à peu remonté la pente, aidé par l'assistante sociale des HUG et de l'Hospice Général pour la mise à jour du point de vue administratif, ce qui a pris deux ans. La curatelle l'a soulagé des tâches administratives mais cela a mis du temps à se mettre en route. S'agissant de son état dépressif il ne parvient pas à préciser à partir de quand cela s'est amélioré. Il continue à voir le Dr E_____ une fois par semaine. Lorsqu'il ne s'occupe pas de ses enfants, il est occupé à son administration, son ménage, ses rendez-vous de médecins, etc.

Lors de l'expertise chez le Dr C_____ il a dû remplir des questionnaires destinés à des tests psychiatriques durant 3 heures de 8h30 à 11h30, tout ça en français. Ensuite, il a eu un entretien de 2h avec le Dr C_____ lors duquel, à sa demande, il a raconté sa vie. Alors qu'il était déjà plus que 13h00 et qu'il avait narré son histoire jusqu'en 2002, année où il a appris le grave handicap de sa fille, le Dr C_____ l'a interrompu, lui a demandé de lui envoyer son CV et lui a indiqué qu'il le convoquerait pour un nouvel entretien qui n'a jamais eu lieu. Il ne l'a pas questionné sur les troubles ressentis, sous réserve de ce qui est mentionné dans le chapitre des plaintes dans l'expertise, qui correspond à une question qu'il a posée. Toutefois, il l'a interrompu dans le récit de sa vie et n'a jamais repris cette discussion.

21. Le Dr E_____ a répondu le 6 décembre 2013 aux questions posées par la Cour de céans. L'assuré est et a toujours été suivi, sans discontinuité, dans le Service de psychiatrie. Entre les deux interventions de crise (du 29 septembre au 30 novembre 2009 et du 19 avril au 11 juin 2010), il a bénéficié d'une psychothérapie pendant une année à raison de une consultation par semaine et a pris un traitement antidépresseur (Cipralex® 10 mg). Après la deuxième prise en charge de crise du CAPPI des Pâquis, il a été suivi à la consultation avec une prise en charge groupale une fois par semaine, un suivi social mensuel et un suivi médical une fois toutes les trois semaines par le Dr A_____ puis la Dresse H_____, la Dresse I_____ puis le Dr E_____ dès le mois de décembre 2012. Il est vu à raison d'une fois par semaine depuis le printemps 2013. L'amélioration de l'état de santé, d'un état dépressif sévère à un état dépressif moyen à léger date du 1^{er} juin 2013. L'évolution favorable a été rendue possible par une prise en charge en suivi individuel, soit une psychothérapie dès avril 2013 ; en outre un suivi groupal a pu être interrompu à fin septembre 2013.

Malgré l'amélioration, l'assuré a encore de la peine à s'organiser et à structurer sa journée, même avec un agenda. Les changements sont difficiles et il a besoin de plusieurs semaines pour les intégrer. Il a encore de la difficulté à répondre aux courriers qui lui sont adressés, sans égard avec leur contenu et à se projeter dans l'avenir. La tenue vestimentaire est plus soignée, mais il lui arrive encore d'être négligé, mal rasé et avec une humeur dépressive. La curatelle de gestion reflète bien les limitations fonctionnelles observées chez l'assuré et il ne s'agit pas d'une problématique sociale, mais bien d'un handicap découlant des troubles psychiques qui a rendu une telle mesure nécessaire. En 2009, l'assuré ne parvenait pas à collaborer avec l'assistante sociale, oubliant les documents, les objectifs et les rendez-vous et c'est l'assistante qui devait faire le lien avec l'Hospice général. S'agissant de l'incapacité de travail, le métier de directeur de communication ou de consultant nécessitent d'être très organisé, réactif, convaincant, souple et avec une tenue exemplaire, ce qui n'est pas le cas. Un travail moins exigeant tenant compte des diplômes et des aptitudes antérieures, comme un travail de secrétariat, de classement pourrait être envisagé, avec un employeur tolérant, à une capacité

limitée de 50%, médico-théorique. Il conviendrait donc d'investir dans une reconversion, comme enseignant d'anglais, par exemple pour la rentrée scolaire 2014.

22. Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer.

a) L'OAI estime qu'une aggravation de l'état de santé est vraisemblable à partir du mois de décembre 2012, correspondant à une incapacité de travail de 100%, avec une amélioration dès le mois de juin 2013, correspondant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, sur la base de l'avis du SMR du 24 janvier 2014.

b) Le SPA a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi du dossier à l'OAI afin de calculer le taux d'invalidité de l'assuré selon une capacité de travail de 0% jusqu'au 31 mai 2013 et de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2013 et afin d'évaluer si des mesures de réadaptation professionnelle sont nécessaires. La comparution personnelle de l'assuré a permis de confirmer que l'expertise du Dr C _____ n'a pas de valeur probante. Les attestations médicales du Dr E _____ sont extrêmement détaillées et convaincantes. L'assuré a été suivi sans discontinuer dans le Service de psychiatre depuis septembre 2009.

23. La cause a été gardée à juger le 30 janvier 2014.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{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.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assuré au-delà du 31 décembre 2011, sur son droit de l'assuré à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.
6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2).

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il

convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 ou mentale. 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 (art. 6 LPGA). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

8. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

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

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

11. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à

la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

12. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr C _____, qui considère que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2012, pour supprimer toute rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2012. Se fondant sur les derniers avis du SMR, l'OAI retient que l'assuré a, à nouveau, été totalement incapable de travailler dès le mois de décembre 2012. Les deux parties, le SMR et le psychiatre traitant reconnaissent que l'assuré dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2013. Le litige est donc limité à la capacité de travail de l'assuré du 1^{er} janvier au 31 décembre 2012.

En premier lieu, l'expertise du Dr C _____ ne peut absolument pas se voir reconnaître pleine valeur probante. L'anamnèse est incomplète et pleine d'erreurs, concernant le parcours professionnel de l'assuré, les postes à responsabilité assumés, le début des difficultés liées à la connaissance de la grave maladie de sa fille née en 2000, etc. Le ton de l'expertise est péjoratif, l'expert émet des jugements de valeur et il se fonde sur son appréciation subjective et personnelle. L'assuré n'a été entendu qu'à une reprise durant 2 heures et il n'a pas eu l'occasion de décrire les difficultés rencontrées au-delà de l'année 2002, alors que son état de santé s'est aggravé ultérieurement et que c'est depuis 2009 que son incapacité de travail est mise en avant par les médecins psychiatres. L'expert n'a pas jugé utile de contacter les psychiatres qui ont suivi l'assuré, ce qui lui aurait évité de commettre des erreurs, d'une part, quant au fait que les médecins étaient bien des psychiatres

et non pas des spécialistes en médecine interne et quant au fait que l'assuré aurait interrompu tout suivi durant une période. Le diagnostic retenu d'état dépressif majeur « sub-clinique » ne semble pas répertorié. L'expert a fait passer des tests psychométriques en français à l'assuré, langue qu'il ne maîtrise manifestement pas suffisamment, pour ensuite dévaloriser les résultats obtenus, sans raison. S'agissant de ses conclusions, l'expert se contente de mentionner que l'on peut comprendre que l'assuré ait présenté une réaction émotionnelle aiguë ayant nécessité une prise en charge d'urgence au CTB d'avril à juin 2010, sans exposer ni pourquoi l'état dépressif sévère alors retenu par le Dr O_____ serait difficile à comprendre ni précisément depuis quand l'état de santé se serait amélioré au point de permettre une pleine capacité de travail et sans expliquer pourquoi cette amélioration daterait du 1^{er} janvier 2012. Ce n'est donc pas sur la base de l'expertise du Dr C_____ que l'on peut déterminer si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assuré s'est amélioré dès le 1^{er} janvier 2012.

Les rapports médicaux du Dr E_____ sont détaillés et circonstanciés. Il a au surplus répondu précisément aux questions posées par la Cour. Il a détaillé le status, précisé les limitations fonctionnelles et précisément motivé les raisons pour lesquelles l'assuré était resté totalement incapable de travailler jusqu'au 1^{er} juin 2013. A cet égard, et contrairement à ce que soutient le SMR, le Dr E_____ n'a pas fait état d'une aggravation dès le 1^{er} décembre 2012, cette date correspondant uniquement à celle à partir de laquelle il a personnellement suivi l'assuré. Il ressort cependant des pièces du dossier et de la dernière attestation du Dr E_____, que l'assuré a été continuellement suivi par le Service de psychiatrie des HUG, dès la première prise en charge de crise, datant de septembre 2009. Après la deuxième prise en charge de crise, entre avril et juin 2010, l'assuré a été suivi par le Dr A_____ puis la Dresse H_____, puis la Dresse I_____, sans interruption, jusqu'à la reprise du suivi par le Dr E_____ en décembre 2012. A aucun moment, les psychiatres des HUG n'ont mentionné d'amélioration notable, permettant une reprise même partielle du travail, ni d'aggravation d'ailleurs, entre novembre 2010 et décembre 2012. Le suivi a été régulier, l'assuré a été compliant, le type de traitement a dû être adapté après l'échec d'une première thérapie en 2009 au CTB, puis au gré des années qui ont suivi. Les conclusions du Dr E_____ sont fondées non seulement sur les plaintes du patient, mais surtout sur ses constatations objectives, s'agissant de l'importante perte pondérale, de l'incapacité de l'assuré à gérer son administration, de la nécessité d'une prise en charge par l'assistante sociale des HUG, ne serait-ce que pour faire le lien avec l'Hospice général pour aboutir à une curatelle volontaire en juin 2012 seulement. Il ressort également du status que l'assuré avait une hygiène et une tenue négligées, qu'il avait un discours peu clair, avec une thymie abaissée, une perte de l'élan vital, des idées noires présentes en permanence, un sentiment d'incapacité et d'inutilité, un sommeil perturbé. La comparaison des status du Dr A_____, du Dr E_____ et de la Dresse P_____, liée

au fait que le suivi n'a jamais été interrompu entretemps, démontrent que l'assuré n'a jamais été en rémission complète. Ainsi, la Cour estime qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré n'a pas recouvré une capacité de travail, même partielle, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012, qui aurait justifié la suppression voire même la réduction de la rente d'invalidité octroyée. C'est d'ailleurs au milieu de cette période que l'assuré a été mis sous curatelle volontaire, sur la base notamment d'un certificat médical de la Dresse H_____, comme cela ressort de l'ordonnance du Tribunal tutélaire. On ne conçoit pas qu'un assuré – au bénéfice d'une formation supérieure et ayant assumé des fonctions à responsabilité – totalement incapable de s'occuper de son administration, soit en mesure, même partiellement, de soutenir un entretien d'embauche et de travailler, même comme secrétaire ou dans le classement. La situation médicale de l'assuré étant clairement établie sur la base des rapports médicaux du Service de psychiatrie des HUG, il n'est pas nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire.

C'est donc à tort que l'OAI a supprimé toute rente à l'assuré dès le 1^{er} mars 2012. Par contre, l'octroi de la rente dès le 1^{er} décembre 2011, soit 6 mois après le dépôt de la demande le 1^{er} juin 2011, est conforme à la loi.

13. Le recours, bien fondé est donc admis et la décision du 21 mars 2013 est annulée en tant qu'elle supprime toute rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2012. L'assuré a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} décembre 2011 au 1^{er} septembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé dès le 1^{er} juin 2013. Pour la période allant au-delà du 1^{er} septembre 2013, la cause est renvoyée à l'OAI pour détermination du revenu d'invalidé dans une activité adaptée à 50% et détermination du taux d'invalidité puis le cas échéant pour l'octroi rapide de mesure de réadaptation, si elles devaient tendre à un reclassement dans l'enseignement et/ou d'une rente d'invalidité.

L'émolument est mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, annule la décision du 21 mars 2013 en tant qu'elle supprime toute rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2012 et dit que l'assuré a droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} décembre 2011 au 1^{er} septembre 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour la période postérieure au 1^{er} septembre 2013 dans le sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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