



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2620/2019

ATAS/186/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 mars 2020**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHÊNE-BOURG, représenté par  
ASSUAS Association suisse des assurés

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria COSTAL et Christine WEBER-FUX, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), est né en Italie en 1971. Il a vécu en Suisse de 1984 à 1992. Il a ensuite habité en Italie, avant de regagner Genève en 2003. Dès cette date, il a exercé plusieurs activités, principalement dans le domaine du nettoyage et notamment dans le cadre de mesures de placement de l'assurance-chômage.
2. Le 16 novembre 2011, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré, qu'il suivait pour une comitialité partiellement contrôlée par la médication.
3. Le 25 novembre 2011, un formulaire de détection précoce concernant l'assuré a été adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).
4. Lors d'un entretien avec l'OAI du 19 décembre 2011, l'assuré a exposé qu'il souffrait de crises d'épilepsie depuis 1986. Ses crises étaient de plus en plus fortes, avec pertes de connaissance et chutes. Il en avait cinq à six par semaine, qu'il n'arrivait pas à contrôler, ce qui l'angoissait.
5. Le 20 décembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.
6. Dans un rapport du 30 janvier 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épilepsie lésionnelle depuis 1987, et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail d'atrophie fronto-pariéto-occipitale. L'assuré subissait des crises d'épilepsie avec ruptures de conscience et des traumatismes consécutifs aux chutes subies dans ce contexte. Les crises étaient favorisées par le manque de sommeil et l'alcool. Le pronostic était réservé. La capacité de travail en tant qu'agent de nettoyage était de 50 % dès le 1<sup>er</sup> août 2012, avec un rendement réduit du fait des crises. Il convenait d'éviter les situations dangereuses, notamment avec les machines. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité uniquement debout, exercée principalement en marchant, en montant les escaliers, sur un échafaudage. Les capacités de concentration, d'adaptation et la résistance étaient limitées.
7. Le 16 juillet 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a rapporté que l'état de l'assuré était stationnaire depuis le 30 janvier 2012. Sa capacité de travail était de 50 % dans la restauration ou en tant qu'employé de bureau. La compliance était optimale et la concordance entre les plaintes et l'examen clinique excellente. L'assuré ne souffrait pas de troubles psychiques.
8. Dans un rapport du 17 juillet 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de sciatalgie en 2007. Il avait revu l'assuré quelques jours auparavant, et ce dernier allait bien.

9. En réponse aux questions de l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué dans un courrier du 14 novembre 2012 que l'assuré présentait une épilepsie lésionnelle connue depuis 1987, qui se manifestait par des crises partielles secondairement généralisées avec rupture de conscience, morsure de langue et mouvements tonico-cloniques. L'IRM cérébrale pratiquée le 24 novembre 2010 avait mis en évidence une atrophie fronto-pariéto-occipitale unilatérale gauche très sévère, prédominant au niveau de la région pariétale gauche. L'étiologie était vraisemblablement post-traumatique dans la petite enfance de l'assuré. On notait une amélioration de sa maladie épileptique depuis qu'il prenait un traitement de lamotrigine à raison de 300 mg par jour. Malgré ce traitement bien conduit avec une excellente compliance, l'assuré présentait une fois par semaine des crises partielles, qui n'étaient plus secondairement généralisées mais pendant lesquelles il y avait une rupture de contact. Les limitations fonctionnelles étaient directement liées à la persistance de ces crises partielles. Un travail en hauteur ainsi que la conduite et l'utilisation d'une machine seraient potentiellement dangereux. Dans l'activité habituelle d'agent de nettoyage, la capacité de travail était nulle en raison du risque lié aux machines. Dans une activité adaptée, comme dans un bureau en position assise, sans manipulation d'appareils, la capacité de travail était de 50 %. L'assuré était en incapacité de travail depuis que le Dr B\_\_\_\_\_ l'avait vu en novembre 2010. Il était à nouveau réadaptable à 50 % dans une activité adaptée à partir du 10 mai 2012.
10. En août 2013, l'OAI a confié une expertise aux docteurs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecins à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), après avoir donné l'occasion à l'assuré de se prononcer sur les experts pressentis et leur mandat.
11. Les Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport le 18 octobre 2013. Ils y ont résumé le dossier de l'assuré et ont retracé son anamnèse.

Son épilepsie était connue depuis 1987. Le traitement actuel avait permis de réduire la fréquence des crises, mais au prix d'une importante somnolence et fatigue, et n'empêchait pas les épisodes d'absence. En 2007, il avait développé une lombo-sciatalgie droite avec une IRM confirmant selon l'assuré la présence d'une hernie discale. Depuis lors, il présentait un à deux épisodes par année de lombosciatalgies droites diffuses, nécessitant des injections intramusculaires. Il présentait également une hypoacousie gauche, récemment investiguée.

L'assuré se plaignait en premier lieu d'angoisses liées aux crises d'épilepsie, qui survenaient de façon aléatoire et s'accompagnaient d'une perte de connaissance et d'un trou de mémoire, le poussant à rester chez lui. Il décrivait également une importante fatigue et une somnolence liées au traitement. Il alléguait aussi des troubles de la concentration et de la mémoire, qu'il attribuait au traitement. L'assuré se réveillait à 07h00 pour son traitement et se recouchait ensuite en raison de la fatigue jusqu'à 11h00. Il se recouchait l'après-midi de 13h30 à 15h00. Il sortait très

peu. Il n'avait pas le permis de conduire. Il avait arrêté toute activité sportive, en particulier le footing.

Les experts se sont dits frappés par les nombreuses imprécisions à l'évocation de l'histoire personnelle et médicale de l'assuré lors du status, ce dernier ne parvenant pas à retenir les dates, ni à rapporter de façon exacte la chronologie des événements. On notait une mimique un peu figée. Il avait été collaborant.

L'examen de médecine interne était sans particularité. L'examen rhumatologique était normal, en dehors de troubles de la statique rachidienne et d'un abaissement de l'épaule gauche avec asymétrie faciale modérée. L'examen neurologique révélait des déficits neurologiques et cognitifs sous forme d'un ralentissement psycho-moteur, d'un émoussement affectif, et de difficultés mnésiques, attentionnelles, exécutives et praxiques de degré modéré et des troubles pour la vision des couleurs. Les déficits cognitifs diminuaient avant tout la capacité de travail de l'assuré. Il était bien connu qu'une activité cérébrale épileptique continue avec une fréquence élevée des crises était un facteur négatif pour les performances cognitives, et pouvait à la longue provoquer des déficits neuropsychologiques durables. L'expert neurologue retenait le diagnostic d'épilepsie symptomatique avec des crises partielles complexes secondairement généralisées à haute fréquence, résistant à un traitement de carbamazépine, phénytoïne et lamotrigine, ainsi que des déficits cognitifs exécutifs, attentionnels, mnésiques et praxiques de degré modéré. L'IRM cérébrale révélait un ruban cortical effilé et une pachymicrogyrie temporo-pariétale gauche. Le système ventriculaire et l'hippocampe étaient sans particularité. L'électroencéphalogramme (ci-après : EEG) montrait deux foyers irritatifs (temporal gauche et fronto-temporal droite) et une instabilité de fond, compatibles avec une encéphalopathie épileptogène.

À l'issue de leur examen, les experts ont retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épilepsie symptomatique sur atteinte corticale temporo-pariétale gauche avec crises partielles complexes secondairement généralisées (G 40.3) ; de déficits cognitifs exécutifs, attentionnels, mnésiques et praxiques de degré modéré (U 51) ; et les atteintes sans incidence sur la capacité de travail de sciatgie droite à répétition (M 51.1) ; d'hypoacousie bilatérale à prédominance gauche probablement de transmission (H 91.9) ; et d'hypovitaminose D (E 55.9).

Au terme de leur entretien de synthèse, les experts ont unanimement admis une atteinte significative à la santé comportant une épilepsie et des déficits cognitifs. Ces troubles entraînaient une incapacité de travail complète dans toute activité dès décembre 2009, date à laquelle l'assuré avait interrompu toute activité professionnelle. Afin de détailler les déficits, un examen neuropsychologique et psychiatrique devrait être effectué afin de caractériser les troubles et permettre une meilleure prise en charge. En effet, selon l'expert neurologue, la situation médicale n'était pas complètement stabilisée : dans le passé, seulement trois antiépileptiques différents avaient été tentés avec une bithérapie. Sous la monothérapie actuelle, des

crises cliniques survenaient encore et l'EEG montrait des signes irritatifs. Dans cette optique, afin de stabiliser la situation dans la mesure du possible, un suivi dans un centre spécialisé d'épileptologie paraissait indiqué. Des mesures de réadaptation n'avaient pas de sens dans la situation actuelle. Une réévaluation de la situation médicale après stabilisation dans un délai de deux à trois ans était proposée. Les experts soulignaient toutefois qu'au vu de la durée d'évolution des troubles et du déficit cognitif, le pronostic d'une reprise complète d'une quelconque activité lucrative autre qu'occupationnelle paraissait très réservé.

12. Dans un avis du 25 février 2014, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est déterminée sur l'expertise, à laquelle elle proposait de se rallier. Elle a souligné que selon l'expert, le déficit cognitif était déjà si important que le pronostic d'une reprise complète d'une quelconque activité lucrative autre qu'occupationnelle ne serait pas possible.
13. Par décision du 10 juillet 2014, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2012.
14. Dans un rapport du 20 février 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré était incapable de travailler depuis 2009 en raison d'une épilepsie.
15. Dans un questionnaire reçu le 10 mai 2016 par l'OAI, l'assuré a indiqué que son état était stationnaire. Il a confirmé qu'il n'exerçait aucune activité lucrative.
16. Dans un rapport du 19 mai 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail d'épilepsie lésionnelle depuis 1987 et de traumatisme crânien dans la petite enfance. L'assuré souffrait également d'une atrophie fronto-pariétale-occipitale depuis 1980, sans effet sur sa capacité de travail. Les symptômes étaient des troubles de la concentration et des difficultés d'organisation de la pensée. La capacité de travail était nulle dans l'hôtellerie – qualifiée d'activité habituelle par le Dr B\_\_\_\_\_ – et de 50 % dans un travail de bureau. L'assuré manquait de résistance à l'effort et il risquait de subir des crises d'épilepsie. Le pronostic était très réservé. L'assuré pouvait uniquement exercer des activités en position assise. Ces indications étaient valables depuis 2012.
17. Le 4 octobre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a rapporté les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épilepsie réfractaire sévère et d'une hernie discale L5-S1. Il n'y avait pas d'amélioration. L'incapacité de travail de l'assuré restait totale dans toute activité.
18. Le 1<sup>er</sup> novembre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assuré n'avait pas changé, avec la « persistance d'un état dépressivo-anxieux » (*sic*).
19. Dans le cadre de la révision du droit à la rente, l'OAI a eu un entretien avec l'assuré le 2 novembre 2017. Ce dernier a expliqué souffrir de son hernie discale et de ses problèmes auditifs. Il prenait un nouveau traitement depuis environ un an pour l'épilepsie, et les crises fortes avec chutes et blessures s'étaient atténuées. Il avait à

présent quatre à cinq crises par mois. Le nouveau traitement avait diminué l'intensité de ses crises mais le fatiguait énormément.

20. Selon une note de consultation du 14 novembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré n'avait pas refait de crise depuis l'introduction du traitement par Lamictal 200 mg trois fois par jour. Cette dose était un peu élevée, mais souhaitée par l'assuré. À la date de la consultation, l'électroencéphalogramme était normalisé. À une seule reprise pendant l'hyperventilation, le Dr B\_\_\_\_\_ avait pu observer peut-être une légère décharge thêta. La stimulation lumineuse intermittente (ci-après : SLI) était bien supportée. L'assuré n'avait pas refait de crise nocturne anamnestique depuis en tout cas une année.
21. Selon une note de consultation du 16 novembre 2017, le Dr B\_\_\_\_\_ constatait que l'assuré allait bien sous 2 x 200 mg de Lamictal. Ce dernier mois, il avait néanmoins eu deux toutes petites crises partielles, non généralisées. Il les décrivait comme une brève rupture de la conscience, un mâchonnement et peut-être une gesticulation au niveau des mains qui ne durait que quelques secondes. Aujourd'hui, il était angoissé à l'idée de refaire des crises. L'électroencéphalogramme avec hyperventilation et la SLI n'avaient révélé aucune paroxystique particulière. À la demande de l'assuré, le Dr B\_\_\_\_\_ avait exceptionnellement augmenté le Lamictal à 250 mg matin et soir. Il avait ajouté du Dormiplant® pour dormir. L'idée était d'améliorer un peu le sommeil, ce qui permettrait sans nul doute de diminuer la fréquence des crises. En cas de persistance, l'alternative serait d'ajouter soit un peu de Keppra®, soit éventuellement le TégrétoL®, mais ce médicament avait été arrêté 10 ans plus tôt en raison de ses effets secondaires.
22. Le 10 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il entendait confier une expertise au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Il lui a imparti un délai pour poser des questions et soulever d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert.
23. À la demande du Dr H\_\_\_\_\_, Monsieur I\_\_\_\_\_, spécialiste FSP en neuropsychologie, a examiné l'assuré. Dans son rapport du 12 décembre 2018, il a noté dans l'anamnèse que des crises partielles complexes à une fréquence de deux à trois épisodes par semaine subsistaient, mais il n'y avait plus de crises généralisées depuis l'introduction de Lamictal®. L'assuré décrivait des absences, il se sentait paralysé durant deux à trois minutes. Les crises pouvaient parfois être plus fortes, mais il n'y avait pas de perte de connaissance.

La mimique de l'assuré était triste. Il avait l'air abattu. Sa voix était monocorde et sa gestuelle réduite, et il était très ralenti dans les tâches tout-venant. Il se parlait beaucoup à voix basse lorsqu'il devait répondre à un test. Le langage était normal, il n'y avait aucun trouble de l'expression ni de la compréhension. L'assuré n'était pas démonstratif, ni revendicateur, ni excessivement plaintif.

Les plaintes étaient une intense fatigue, principale raison pour laquelle il ne pouvait pas travailler. Cette fatigue l'obligeait à dormir même la journée. L'assuré disait se

coucher vers 23h00 et se réveiller vers 7h00 pour prendre son traitement antiépileptique. Il se rendormait et se réveillait vers 10h30. Un jour sur deux, il faisait une sieste d'une heure trente à deux heures durant l'après-midi. Au plan cognitif, il évoquait spontanément des oublis d'objets, mais il ne faisait pas de liste pour ses courses, par exemple. Il ne décrivait que peu d'activités. Il regardait la télévision, faisait ses courses, utilisait un ordinateur pour consulter les réseaux sociaux et internet, et visionner des films. Il essayait de lire un peu.

Le neuropsychologue a ensuite consigné les résultats des tests. Dans ce contexte, il a relevé s'agissant de la mémoire, que l'assuré s'était trompé en datant la consultation du Dr H\_\_\_\_\_, et qu'il était imprécis dans l'évocation de son parcours professionnel, sur la date de sa dernière activité et sur le dosage de l'antiépileptique.

M. I\_\_\_\_\_ a conclu à des déficits moyens à sévères dans toutes les tâches. Tant le langage (évocation lexicale, langage écrit), les praxies constructives, les fonctions exécutives, l'attention (ralentissement et atteinte de l'attention divisée) et la mémoire immédiate, de travail et épisodique, étaient altérés. Seule la reconnaissance visuelle était pleinement préservée. S'agissant de la validité de l'examen, il n'y avait pas de comportements généralement associés à un défaut d'effort, tels qu'attitudes démonstratives, revendicatrices, exagérément plaintives ou renoncements systématiques à répondre. En revanche, on observait des signes intra-tests qui allaient dans le sens d'un défaut d'effort, avec un RDS (somme des empan maximaux de chiffres) inférieur au score *cut-off*, une reconnaissance sévèrement déficitaire en apprentissage de listes, et lors du test des portes, une tendance à ne pas reconnaître des *items* identifiés par la plupart des sujets, même ceux souffrant de troubles mnésiques, et un nombre de réponses justes très inférieur au hasard. Les temps de réponse en alerte phasique étaient très variables, ce qui était aussi interprété comme un possible signe de défaut d'effort. Il y avait une discordance entre les déficits mnésiques sévères aux tests et le détail des événements récents que l'assuré pouvait rapporter. L'assuré n'avait au demeurant aucune plainte mnésique consistante. En comparant avec l'examen de 2013, on retrouvait des déficits cognitifs touchant les praxies, les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire, comme à l'époque, mais il n'était pas possible de déterminer s'il y avait une intensification des troubles, puisque le rapport de l'expertise de la CRR ne contenait aucun détail sur les tâches utilisées pour évaluer les fonctions cognitives. D'autre part, les déficits observés dans le présent examen l'étaient dans un contexte de défaut d'effort, alors qu'aucun commentaire sur cet aspect n'avait été émis dans l'expertise de 2013.

Les troubles praxiques et exécutifs étaient partiellement compatibles avec un faible niveau d'éducation. L'attitude de l'assuré évoquait en outre une possible composante psychique dans le défaut d'effort objectivé. Du point de vue neuropsychologique, le défaut d'effort avait pour conséquence qu'il n'était pas possible d'évaluer l'intensité réelle des troubles observés. Le tableau

neuropsychologique ne pouvait pas non plus être relié à un trouble organique cérébral précis. De ce fait, il n'était pas possible de se prononcer quant à une incapacité de travail, qui devait ainsi être réputée entière du point de vue neuropsychologique.

24. Dans son rapport du 18 décembre 2018, le Dr H\_\_\_\_\_ a résumé le dossier de l'assuré, lequel comprenait notamment plusieurs documents émanant du Dr B\_\_\_\_\_ dont l'OAI ne disposait pas. L'assuré avait indiqué ne plus faire de crises généralisées, mais encore des petites crises d'une durée d'une à deux minutes, caractérisées par une angoisse qui montait, une impossibilité de s'exprimer, un blocage moteur, puis une fatigue de quelques minutes. Leur fréquence était de deux à trois crises par semaine. Le Lamictal® avait permis un contrôle satisfaisant des crises généralisées et partiellement des crises focalisées, mais l'assuré indiquait que le médicament entraînait une fatigue importante avec une nécessité de dormir huit heures par nuit, puis durant deux à trois heures le matin et deux à trois heures l'après-midi. L'assuré signalait des troubles de la mémoire et de la concentration. Par ailleurs, depuis plusieurs années, il présentait épisodiquement des lombosciatalgies droites qui se déclenchaient dès qu'il « forçait ». Le dernier épisode remontait néanmoins à 2010 ou 2012. L'assuré s'estimait toujours incapable d'avoir une activité professionnelle, en raison surtout de la fatigue liée au traitement et de la crainte d'une crise en public dans des circonstances malheureuses pour sa santé physique. Il ne considérait pas les lombosciatalgies comme un problème majeur, mais elles le limitaient dans toute activité nécessitant un engagement physique lourd et le port régulier de charges importantes. L'assuré se plaignait également d'une perte de l'audition de l'oreille gauche.

Après avoir recueilli l'anamnèse de l'assuré, l'expert a relaté ses constatations. Il notait de discrets troubles statiques vertébraux avec une limitation de la flexion antérieure maximale, mais pas de déficit neurologique significatif au niveau des membres inférieurs. L'EEG s'était révélé modérément anormal, de façon aspécifique, de par sa bradydysrythmie irritative diffuse. L'électroneuromyographe (ci-après : ENMG) avait mis en évidence de discrets signes d'atteinte neurogène périphérique dans le long extenseur des orteils, compatible avec une atteinte radiculaire subaiguë à chronique L5 droite. L'IRM du 24 novembre 2010 révélait une atrophie fronto-pariéto-occipitale unilatérale gauche très sévère au niveau de la région pariétale gauche, avec une dilatation modérée du ventricule gauche, sans anomalie de signal intra-parenchymateux associé. Cet aspect de l'IRM évoquait en premier lieu une anomalie post-traumatique, bien que d'autres hypothèses fussent envisageables. L'examen de M. I\_\_\_\_\_ s'était révélé ininterprétable, et ce dernier estimait qu'en l'absence d'atteinte clairement documentable, la capacité de travail devait être réputée comme entière par défaut du point de vue neuropsychologique.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a ensuite posé les diagnostics de crises comitiales partielles complexes avec généralisation secondaire d'origine indéterminée (éventuellement post-traumatique hémisphérique gauche) ; de fatigue intense avec besoin accru de

sommeil, d'origine indéterminée ; de troubles neuropsychologiques moyens à sévères dans la quasi-totalité des tests, dont l'appréciation était impossible en raison d'incohérences et d'un défaut d'effort ; de lombosciatalgies droites sur troubles dégénératifs lombaires, sans déficit neurologique clinique mais avec une atteinte radiculaire L5 droite d'aspect ancien à l'ENMG ; et de troubles auditifs au niveau de l'oreille gauche, avec acouphènes et surdité, objectivés par un bilan ORL.

L'expert a indiqué que l'assuré apparaissait visiblement démotivé, s'estimant totalement incapable de reprendre une activité professionnelle même partielle et adaptée et demandant la poursuite de la rente d'invalidité. Sur le plan thérapeutique, la situation était objectivement meilleure que lors de l'allocation de la rente, étant donné la forte réduction du nombre des crises. Au vu de ces éléments, il rejoignait l'avis du Dr B\_\_\_\_\_, selon lequel l'activité de nettoyeur n'était plus exigible en raison des crises comitiales et des lombosciatalgies. En revanche, il existait théoriquement une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire simple et répétitive sans risque majeur de blessures en cas de crises comitiales, ne nécessitant pas un apprentissage important vu le peu de formation scolaire et professionnelle et le résultat du bilan neuropsychologique. Cette activité ne devait pas comporter d'engagement physique particulièrement lourd et le port régulier de charges de plus de 10-15 kg. Les troubles auditifs ne représentaient « bien entendu » pas une cause d'incapacité de travail. Le manque de motivation et l'absence de toute activité professionnelle lucrative depuis de nombreuses années rendaient peu vraisemblable le succès de mesures de réadaptation professionnelle. La capacité de travail relevait ainsi d'une appréciation médico-théorique. Sur le plan thérapeutique, il convenait de poursuivre le traitement en cours, qui paraissait efficace et finalement bien toléré, les plaintes concernant la fatigue étant potentiellement subjectives dans le contexte global. La capacité de travail pouvait être exploitée soit sur un plein temps avec un rendement de 50 %, soit à un taux de 50 %. Grâce au traitement antiépileptique, la situation s'était améliorée dans le sens où les crises comitiales généralisées avaient disparu et le nombre de crises partielles avait diminué très significativement. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et les constats sur le plan neurologique. Il n'était pas possible de déterminer rétroactivement précisément la date de la modification de l'état de santé. Il convenait ainsi d'admettre l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_, qui considérait que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2012.

25. Dans un avis du 28 janvier 2019, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est déterminé sur l'expertise, qu'il a qualifiée de convaincante. Toutefois, le SMR considérait que l'amélioration notable et la stabilisation de l'état de santé après modification du traitement antiépileptique ne pouvaient être retenues et attestées de façon certaine par le Dr B\_\_\_\_\_ qu'à partir de novembre 2017, comme mentionné dans sa note de consultation du 14 novembre 2017. La date du début de l'aptitude à la réadaptation était ainsi le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les activités avec risque majeur de blessure en cas de crise

comitiale, les activités avec engagement physique lourd et port régulier de charges de plus de 10-15 kg, et les sollicitations répétées en porte-à-faux du rachis dorso-lombaire.

26. Le 7 mai 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision aux termes duquel sa rente entière serait remplacée par un quart de rente correspondant à un degré d'invalidité de 45 %.

Son calcul du degré d'invalidité se fondait sur un revenu sans invalidité de CHF 60'442.- et un revenu avec invalidité de CHF 33'551.-. S'agissant du revenu sans invalidité, il était basé sur le revenu le plus favorable figurant sur l'extrait de compte individuel de l'assuré, soit CHF 54'126.- en 2006, actualisé à 2017. Le revenu sans invalidité se fondait sur le revenu tiré d'une activité simple et répétitive de niveau 1 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) 2016, tableau TA1, tous secteurs confondus, à un taux de 50 %. Les critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction supplémentaire. Un nombre significatif de telles activités étaient adaptées aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assuré, de sorte que « l'intervention de l'OAI n'était pas nécessaire ».

27. Par courrier du 10 mai 2019, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, alléguant une aggravation de son état de santé que le Dr B\_\_\_\_\_ pourrait confirmer.

28. Selon une attestation adressée par le Dr B\_\_\_\_\_ à l'OAI en date du 21 mai 2019, l'assuré souffrait d'une épilepsie lésionnelle connue depuis 1987, avec une atrophie fronto-pariétale occipitale unilatérale gauche sévère, engendrant des troubles cognitifs. L'assuré avait bénéficié de plusieurs traitements anti-comitiaux n'ayant pas permis de juguler avec satisfaction la fréquence des crises comitiales, qui restait élevée à huit à dix épisodes par année. Il prenait actuellement de la lamotrigine à raison de 400 mg ou parfois 500 mg par jour, ce qui avait permis de réduire l'intensité de ces crises sans les faire disparaître. Les investigations ORL avaient mis en évidence une surdité de perception et de transmission unilatérale gauche importante. L'assuré présentait également des lombalgies importantes avec des irradiations dans le membre inférieur droit. Au vu des comorbidités de l'assuré et de l'aggravation clinique, sa capacité de travail était nulle.

29. Le 24 juin 2019, le Dr J\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport du Dr B\_\_\_\_\_, concluant que ce dernier n'avancait pas d'éléments médicaux nouveaux dont le Dr H\_\_\_\_\_ n'aurait pas tenu compte. Le SMR maintenait ainsi ses conclusions.

30. Par décision du 4 juillet 2019, l'OAI a confirmé les termes de son projet avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2019.

31. Par écriture du 10 juillet 2019 adressée à la chambre de céans, l'assuré, agissant en personne, a déclaré « formuler une opposition formelle » à la décision de l'OAI, qui contenait plusieurs erreurs et ne tenait pas compte de l'aggravation de son état de santé signalée par le Dr B\_\_\_\_\_.

32. Dans sa réponse du 24 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que les conditions matérielles de la révision étaient réalisées dans le cas d'espèce.

Il a rappelé que les experts de la CRR avaient retenu en 2013 comme diagnostics incapacitants une épilepsie symptomatique sur atteinte corticale temporo-pariétale gauche avec des crises partielles complexes secondairement généralisées, et un déficit cognitif de degré modéré. L'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, complétée par l'examen neuropsychologique de M. I\_\_\_\_\_, revêtait valeur probante et avait conclu à une amélioration de l'état de santé du recourant, grâce au traitement antiépileptique ayant significativement diminué le nombre de crises partielles et éliminé les crises comitiales généralisées. Le SMR avait daté cette amélioration à novembre 2017. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès cette date.

33. Par réplique du 26 septembre 2019, le recourant, par son mandataire, a conclu, sous suite de dépens, à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, et subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il a soutenu que la prise du traitement ayant atténué les crises ne constituait pas une amélioration par rapport à 2012, le nombre de crises mentionnées lors de l'entretien du 2 novembre 2017 avec l'OAI correspondant à la fréquence des épisodes rapportée par le Dr B\_\_\_\_\_ en 2012, dont la conclusion quant à la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à l'époque avait été remise en cause par les experts. Il n'y avait donc pas d'amélioration de son état de santé et on comprenait mal les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait toujours pensé que le recourant pouvait travailler à 50 %, si bien que la répétition de cette conclusion en mai 2016 ne signifiait pas d'amélioration de son état de santé. En outre, en fixant le début de la capacité de travail en juin 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ remettait en question l'expertise menée en 2013. Il n'avait pas non plus tenu compte de la fatigue entraînée par le traitement, sans investiguer les effets de la médication. S'agissant du bilan de M. I\_\_\_\_\_, il contenait des contradictions dès lors qu'il disait ne pas pouvoir se prononcer sur une incapacité de travail, avant de soutenir qu'elle était entière. Son rapport n'avait ainsi pas valeur probante, d'autant plus qu'il n'était pas médecin. Il fallait ainsi se référer au premier examen neuropsychologique qui avait été effectué en 2013 et révélait des difficultés mnésiques, attentionnelles, exécutives et praxiques, de degré modéré.

S'agissant du revenu après invalidité, eu égard au fait que le recourant ne disposait d'aucune formation professionnelle et qu'il n'était pas de langue maternelle française, un abattement de 25 % aurait dû être appliqué sur le salaire statistique d'invalidité.

L'intimé n'avait en outre pas instruit la question de la possible composante psychique dans le défaut d'effort évoquée par M. I\_\_\_\_\_, alors que le Dr C\_\_\_\_\_ avait mentionné un état dépressivo-anxieux.

En outre, ce n'était qu'à l'issue d'un examen concret de la situation de l'assuré et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réadaptation sur le marché du travail que l'intimé pouvait réduire ou supprimer une rente. Ainsi, l'examen et l'exécution des éventuelles mesures constituaient une condition de la suppression de la rente. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait méconnu le droit en procédant uniquement à une évaluation médico-théorique de la capacité de travail. Des mesures s'imposaient en l'espèce, du fait que la seule activité adaptée était une activité de bureau, dans laquelle il n'était pas formé.

34. Dans sa duplique du 28 octobre 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Une expertise psychiatrique n'avait pas lieu d'être, aucun élément au dossier ne faisant état d'une quelconque atteinte psychiatrique invalidante. Le recourant n'avait du reste pas de suivi psychiatrique. S'agissant de l'abattement, le manque de formation professionnelle ne constituait pas un critère de réduction selon la jurisprudence, et l'intimé n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation en renonçant à une telle réduction.
35. Le recourant s'est déterminé le 11 novembre 2019 en persistant dans ses conclusions. S'agissant de la nécessité d'une expertise psychiatrique, il a répété que M. I\_\_\_\_\_ s'était interrogé sur cet aspect et a rappelé le diagnostic posé par le Dr C\_\_\_\_\_. Il a réaffirmé que des connaissances linguistiques limitées ajoutées au manque de formation devaient donner lieu à un abattement du salaire statistique d'invalidé. Il a produit un certificat du Dr B\_\_\_\_\_ et un témoignage écrit de sa sœur, qu'il conviendrait d'entendre en tant que de besoin.

Dans le certificat joint du 30 août 2019, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant continuait à faire deux à trois crises d'épilepsie partielles par semaine, sous un traitement maximal de lamotrigine à raison de deux fois 200 mg par jour. Ce médicament entraînait une asthénie. Le neurologue traitant contestait la conclusion du Dr H\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail du recourant était totale.

Dans le courrier également joint de Madame A\_\_\_\_\_, sœur du recourant, celle-ci a indiqué qu'elle s'occupait des affaires administratives de son frère car il comprenait moyennement le français et ne savait pas l'écrire. Elle a décrit une des crises du recourant, qu'elle décrivait comme un homme angoissé s'isolant tout le temps, ayant peur de la survenance de crises et ayant de fréquents oublis.

36. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 12 novembre 2019.
37. Sur ce, la cause a été gardée 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 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

En particulier, les conclusions, malgré leur formulation, seront interprétées comme tendant à la poursuite du versement de prestations d'invalidité. Elles sont ainsi de nature condamnatoire et non constatatoire, et elles sont partant recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

3. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a réduit la rente du recourant.
4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a

été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

---

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

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 (ATF 126 V 353 consid. 5b). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_115/2012 du 14 janvier 2013 consid. 4.2).
7. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision initiale octroyant une rente entière au recourant sur les conclusions de l'expertise réalisée en octobre 2013 par les Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, dont la Dresse G\_\_\_\_\_ du SMR a admis la force probante.

Il convient de relever que le rapport établi par ces experts est en tous points conforme aux exigences dégagées par la jurisprudence en matière de valeur probante de rapports médicaux, dès lors qu'ils ont étudié le dossier du recourant, qu'ils l'ont interrogé sur ses plaintes et son anamnèse, et que leurs conclusions reposent sur des examens cliniques complétés par l'analyse des documents d'imagerie. On notera que l'incapacité de travail totale retenue repose tant sur l'épilepsie que les troubles cognitifs objectivés par les experts.

La décision dont est recours repose quant à elle sur les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Or, ce dernier fait remonter l'amélioration qu'il retient au 1<sup>er</sup> août 2012, en référence aux certificats du Dr B\_\_\_\_\_, soit à une période antérieure à l'évaluation des premiers experts. Partant, cette deuxième expertise ne constitue en réalité qu'une appréciation différente d'un même état de fait au sens de la jurisprudence. Le Dr H\_\_\_\_\_ souligne du reste lui-même l'absence de changements dans les diagnostics et le status clinique par rapport à la première expertise. Partant, son appréciation ne justifie pas une révision du droit à la rente, sans même qu'il soit nécessaire d'examiner sa valeur probante.

De plus, la non-prise en compte de troubles cognitifs, désormais imputés à un défaut d'effort du recourant par M. I\_\_\_\_\_, consiste également en une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à l'évaluation des experts en 2013. En effet, aucune amélioration n'est décrite, et *a fortiori* datée, sur ce plan. On notera du reste que sur le fond, le rapport de M. I\_\_\_\_\_ n'est pas dénué de

contradictions. En effet, ce neuropsychologue mentionne par exemple une discrédance entre les déficits de mémoire lors des tests et dans l'historique récent rapporté par le recourant, alors même que ce dernier n'a pu dater correctement la consultation du Dr H\_\_\_\_\_ et a éprouvé plusieurs autres difficultés dans ce registre. Par ailleurs, en tant qu'il affirme que le tableau neuropsychologique ne peut être lié à un trouble organique cérébral, M. I\_\_\_\_\_ semble méconnaître l'existence d'une atrophie fronto-pariéto-occipitale unilatérale gauche très sévère de la région pariétale gauche, de nature à entraîner des troubles cognitifs selon le Dr B\_\_\_\_\_.

Le Dr J\_\_\_\_\_ du SMR a certes corrigé la date d'amélioration de l'état de santé retenue par l'expert, qu'il a différée à novembre 2017 en référence aux notes de consultation établies à cette époque par le Dr B\_\_\_\_\_. Un tel procédé ne saurait cependant convaincre. En effet, la force probante d'une expertise établie dans le cadre d'une révision dépend essentiellement du fait qu'elle se prononce de manière suffisante sur la modification notable de l'état de santé d'un assuré (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_481/2013 du 7 novembre 2013 consid. 2.3 et 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4.2). Il n'est ainsi pas cohérent de reconnaître la valeur probante de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ en tant qu'elle conclut à la survenance d'une amélioration de l'état de santé du recourant, tout en s'en écartant s'agissant de la date de l'amélioration retenue. Du reste, selon la jurisprudence, les avis du SMR, qui ne contiennent aucune observation clinique faute d'examen de l'assuré, se distinguent des expertises ou des examens médicaux. Ils ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1).

En outre, en toute hypothèse, les notes du Dr B\_\_\_\_\_ de novembre 2017 ne suffisent pas à retenir une amélioration. Il en ressort certes que la fréquence des crises épileptiques et leur intensité ont diminué. Cela étant, comme on l'a vu, ces crises ne sont pas le seul facteur influant sur la capacité de gain du recourant, que les premiers experts estimaient nulle également en raison des troubles cognitifs, dont l'importance a aussi été soulignée dans l'avis du SMR du 25 février 2014. Par ailleurs, le Dr B\_\_\_\_\_ n'a en réalité pas inféré d'amélioration de la capacité de gain du fait de la diminution des crises, puisque la capacité de travail de 50 % dans un travail de bureau attestée en mai 2016 correspond à son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée en juillet 2012, avant que les premiers experts ne se prononcent. Ainsi, les seuls rapports de ce praticien ne permettent pas de conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à une amélioration déterminante de l'état de santé du recourant.

8. Compte tenu de ce qui précède, on ne saurait admettre que l'état de santé ou la capacité de gain du recourant a connu un changement influant sur le droit aux prestations depuis la décision initiale d'octroi de rente de l'intimé.

Lorsqu'une modification notable de l'état de fait n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante, eu égard aux principes en matière de fardeau de la preuve, il faut s'en tenir à la situation juridique qui prévalait jusque-là (ATF 141 V 405 consid. 4.4; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 3.1 et 8C\_549/2012 du 12 décembre 2012 consid. 2).

Vu ce qui précède, un complément d'instruction s'avère inutile.

Partant, la décision de l'intimé sera annulée.

9. Le recours est admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations de l'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 1'000.-.

\* \* \* \* \*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimé du 4 juillet 2019.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Blaise PAGAN

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