

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2668/2013

ATAS/630/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à PUPLINGE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1972, de nationalité suisse, célibataire, a suivi des cours à l'école d'électricité de Genève de 1988 à 1989. Il a obtenu en 1992 un diplôme fédéral de commerce. De 1993 à 2005, l'assuré a travaillé comme employé de commerce, puis comme ingénieur dans le domaine de l'électronique et des télécommunications. De fin 2005 à 2010, il a travaillé comme responsable technique, puis comme directeur de la société B_____ SA, dont il était également l'administrateur. La faillite de cette société a été prononcée par jugement du Tribunal de première instance de Genève du 5 février 2010.
2. Depuis janvier 2009, l'assuré a souffert de problèmes de santé ayant entraîné une incapacité de travail.
3. Par rapport du 28 février 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chef de clinique auprès du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), a retenu le diagnostic de malformation de Chiari de type 1 associée à une importante hydrocéphalie obstructive, en se fondant sur une imagerie cérébrale réalisée le même jour. Il a exposé que l'assuré souffrait depuis trois ans de céphalées quotidiennes importantes à composante positionnelle, de douleurs dans la nuque et d'une constellation d'autres symptômes neurologiques (des troubles de la mémoire et de l'orientation spatiale épisodiques, des troubles visuels sous forme de tâches par intermittence, le développement d'une diplopie binoculaire fluctuante depuis un mois, un accouphène à droite, des paresthésies, ainsi qu'une légère diminution de la sensibilité faciale à droite). Le patient souffrait également d'un état dépressif probablement lié à la fermeture de son entreprise et aux divers symptômes dont la cause n'avait pas été déterminée jusqu'à présent. Compte tenu de la sévérité de l'engagement tonsillaire et de l'hydrocéphalie importante, qui provoquait une hypertension intracrânienne chronique, le médecin préconisait une intervention chirurgicale rapide. Il procéderait ainsi une décompression ostéo-durale de la fosse postérieure et, si nécessaire, à une dérivation ventriculo-péritonéale.
4. Selon les comptes rendus opératoires du service de neurochirurgie des HUG des 9, 14 et 24 mars 2011, signés notamment par le Dr C_____, chef de clinique, l'assuré a subi les interventions chirurgicales suivantes :
 - le 9 mars 2011 : pose d'un drain ventriculaire externe en occipital droit, décompression ostéo-durale avec préservation de l'arachnoïde du foramen magnum et de la fosse postérieure avec résection de l'arc postérieur de C1, neuromonitoring par PES, PEM et des nerfs crâniens IX à XII ;
 - le 14 mars 2011 : mise en place d'une dérivation ventriculaire externe frontale droite ;

- le 24 mars 2011 : ventriculocisternostomie endoscopique du troisième ventricule par abord trans-frontal trans-ventriculaire droit. Pose d'un cathéter ventriculaire et d'un réservoir de Rickham.
5. Selon la lettre de sortie du 5 avril 2011, les docteurs C_____, D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et E_____, médecin interne, ont relevé que l'assuré avait été hospitalisé du 8 mars au 30 mars 2011. Ils ont retenu les diagnostics de malformation d'Arnold-Chiari de type 1, d'hydrocéphalie triventriculaire, de sténose de l'aqueduc de Sylvius, ainsi qu'un antécédent d'état dépressif. Suite aux interventions chirurgicales qu'ils ont effectuées, les médecins ont retenu une incapacité de travail totale jusqu'au 27 avril 2011, qui devait être réévaluée par le médecin traitant.
 6. L'assuré a été à nouveau hospitalisé en urgence du 5 avril 2011 au 13 mai 2011, date de son transfert à Beau-Séjour, pour une neuro-rééducation.
 7. Selon les comptes rendus opératoires du service de neurochirurgie des HUG des 6, 9, 24 et 26 avril 2011, suite à une récurrence de son hydrocéphalie, l'assuré a subi plusieurs interventions chirurgicales subséquentes, soit :
 - le 6 avril 2011 : révision du réservoir Ommaya, mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale ;
 - le 6 avril 2011 : pose d'un drain ventriculo-péritonéal frontal droit ;
 - le 9 avril 2011 : ablation du drain ventriculo-péritonéal et mise en place d'un drain ventriculaire externe ;
 - le 24 avril 2011 : ablation du drainage ventriculaire externe frontal droit et pose d'un drain ventriculo-péritonéal sur le même trajet ;
 - le 26 avril 2011 : changement d'un drain ventriculo-péritonéal sur le même trajet ;
 - le 27 avril 2011 : pose d'un drain ventriculaire externe frontal gauche.
 8. Selon la lettre de transfert du 12 mai 2011, les Drs C_____, D_____, et E_____ ont retenu les diagnostics de récurrence d'hydrocéphalie, status post décompression C0-C1 pour malformation d'Arnold-Chiari type 1, status post pose d'un drain et réservoir Ommaya frontal droit et status post ventriculo-cisternostomie endoscopique. Il résulte de ce document qu'après avoir regagné son domicile suite aux interventions subies en mars 2011, l'assuré a subi une nouvelle hospitalisation le 5 avril 2011 en raison d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien puis d'une aggravation de son état général accompagnée de divers symptômes (une somnolence accrue, un flou visuel, des céphalées, nausées, vomissements et tremblements). L'assuré a subi de nouvelles opérations chirurgicales et diverses complications, soit un ralentissement psychomoteur avec incontinence urinaire et fécale, une infection du drain ventriculo-péritonéal et un hématome frontal post ablation du drain ventriculaire externe. Lors de son examen de sortie, il présentait

un ralentissement psychomoteur avec une désorientation dans le temps et une limitation de la convergence des yeux. Les médecins ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail.

9. Le 19 mai 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
10. Par rapport d'examen neuropsychologique du 22 juin 2011, lequel porte sur la période du 13 mai au 14 juin 2011, Mesdames et Monsieur F_____, G_____ et H_____, respectivement neuropsychologue, neuropsychologue stagiaire et psychologue spécialisé en neuropsychologie FSP auprès du service de neurorééducation des HUG, ont exposé que l'examen neurologique post-chirurgical effectué le 4 avril 2011 avait mis en évidence la persistance d'un trouble sévère en mémoire antérograde, d'un dysfonctionnement exécutif, d'une vitesse de traitement diminuée et de difficultés de contrôle moteur. Le nouvel examen neuropsychologique qu'ils avaient réalisé démontrait que l'assuré présentait essentiellement un trouble sévère de la mémoire antérograde verbale et non verbale, une altération des processus de stockage, d'encodage et de récupération, un trouble de la mémoire de travail avec un empan verbal sévèrement déficitaire, des troubles attentionnels modérés se manifestant par une fluctuation et des erreurs attentionnelles, une vitesse de réaction aux stimuli simples déficitaire, une vitesse de traitement diminuée, un déficit en attention sélective et divisée, et enfin un déficit exécutif modéré à sévère se manifestant par un contrôle limité des réactions automatiques, un manque de pensée stratégique ainsi qu'une limitation de la flexibilité mentale et de l'abstraction verbale. Sur le plan comportemental, l'assuré se révélait détaché de la situation et peu conscient de l'implication de ses troubles cognitifs dans les activités de la vie quotidienne ou professionnelle. Ils estimaient qu'une reprise professionnelle était prématurée et indiquaient qu'un bilan de contrôle serait réalisé dans un mois.
11. Par rapport du 15 juin 2011, la docteure I_____, médecin traitant de l'assuré, a indiqué qu'elle suivait celui-ci depuis janvier 2009 et que son dernier entretien avec lui remontait au 4 février 2011. Elle a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de céphalées invalidantes depuis trois ans et de malformation d'Arnold-Chiari associée à une hydrocéphalie découverte en février 2011. Elle a expliqué que son patient avait souffert de céphalées depuis septembre 2008, associées à des troubles visuels et de la concentration qui réduisaient de plus de moitié sa capacité de travail en raison de son besoin de rentrer à son domicile pour se reposer. En novembre 2010, d'intenses douleurs cervicales et des troubles neurologiques étaient apparus, de sorte qu'en février 2010 (*recte* : 2011), une imagerie cérébrale avait été réalisée et avait révélé une malformation d'Arnold-Chiari de type 2 ainsi qu'une importante hydrocéphalie. Le 9 mars 2011, l'assuré avait subi une intervention chirurgicale de la charnière cervico-occipitale en vue d'une décompression, dont l'évolution avait été ponctuée de quelques complications (une obstruction du drain et un hématome). Le 5 avril 2011, il avait

subi une nouvelle hospitalisation, et fait l'objet de plusieurs interventions en raison d'une série de complications. Le 13 mai 2011, il avait été transféré à l'hôpital de Beau-Séjour pour sa rééducation et une évaluation neuropsychologique récente avait mis en évidence des troubles de la mémoire antérograde, des troubles attentionnels, une vitesse de traitement diminuée et un déficit exécutif modéré. Elle a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 60% dès janvier 2009 et de 100% dès janvier 2011. Il était trop tôt pour qu'elle s'exprime sur le pronostic et d'éventuelles limitations séquellaires somatiques ou mentales.

12. Par rapport d'examen neuropsychologique du 6 octobre 2011, lequel porte sur la période du 30 août au 13 septembre 2011, Mmes et M. F_____, G_____ et H_____ ont estimé que l'assuré présentait un déficit sévère en mémoire antérograde verbale et non verbale (altération des processus de stockage, d'encodage et de récupération), une fatigabilité apparaissant lorsque la charge de travail devenait trop importante, et des performances déficitaires dans une tâche à forte composante visuo-spatiale, qui pouvaient s'expliquer partiellement par les difficultés visuelles dont l'assuré s'était plaint. Comparativement au dernier bilan neuropsychologique, ils constataient la persistance des troubles mnésiques, tandis que les capacités attentionnelles et exécutives s'étaient améliorées (amendement des troubles au niveau de l'attention divisée, de la planification, de l'auto-activation verbale et du raisonnement verbal). Afin de soutenir l'assuré dans son activité professionnelle et de compenser les éventuelles répercussions de ses troubles mnésiques, ils proposaient de poursuivre le suivi neuropsychologique à raison de deux séances par mois.
13. Dans un rapport du 7 octobre 2011, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en neurologie et cheffe de clinique auprès du service de neurorééducation des HUG, a relevé que l'assuré avait été hospitalisé dans le service de neurorééducation du département des neurosciences cliniques du 13 mai au 13 juillet 2011. Elle a retenu les diagnostics de malformation d'Arnold-Chiari de type I, d'hydrocéphalie traitée par décompression C0-C1 le 9 mars 2011 puis par de multiples interventions par dérivation ventriculaire externe, de dérivation ventriculo-péritonéale et ventriculo-cisternomie pour récurrence d'hydrocéphalie compliquées par des hématomes subaigus, frontal gauche, cérébelleux post et paramédian droits, de troubles cognitifs exécutifs et mnésiques, de signes pyramidaux bilatéraux, d'incontinence urinaire régressive, ainsi que de trouble dépressif en rémission. Elle s'est entretenue avec l'assuré le 22 septembre 2011 suite à son hospitalisation. Deux mois après sa sortie, l'examen clinique mettait en évidence des signes neurologiques mineurs, mais il persistait une amputation partielle du champ visuel gauche lors de la vision proche, et les troubles neuropsychologiques étaient au premier plan. L'évaluation récente démontrait une amélioration tant au niveau attentionnel qu'exécutif, mais un déficit sévère de la mémoire antérograde verbale et non verbale persistait et la fatigabilité dont l'assuré se plaignait était objectivée lorsque la charge de travail devenait trop importante. Sur le plan professionnel, l'assuré avait décidé de

reprendre une activité avec l'aide de son père, mais avait réalisé qu'il n'était plus capable de travailler à 100%. Il travaillait actuellement environ trois à quatre heures par jour, cinq jours par semaine.

14. Par rapport du 18 octobre 2011 et son complément du 20 octobre 2011, la Dresse I_____ a indiqué qu'elle s'était entretenue avec l'assuré le 14 octobre 2011. Elle a exposé que les diagnostics posés dans son précédent rapport n'avaient pas changé et que depuis sa sortie de l'hôpital en juillet 2011, l'état de santé de son patient s'était partiellement amélioré sur le plan neurologique, tant au niveau attentionnel qu'exécutif. L'assuré se plaignait toutefois d'un trouble se manifestant lors de la vision rapprochée, en particulier lors de la lecture (image morcelée), d'une importante fatigabilité lorsque son taux d'activité excédait 40%, d'une baisse de concentration et d'un besoin de faire une sieste chaque jour. L'assuré bénéficiait d'un suivi neuropsychologique deux fois par mois, ainsi que d'un suivi neuro-ophtalmologique. À long terme, il lui paraissait vraisemblable qu'une fatigabilité et des déficits de la mémoire antérograde verbale et non verbale limitant la capacité de travail persistent. Les limitations fonctionnelles retenues étaient des signes neurologiques mineurs sans conséquence notable, une amputation partielle du champ visuel gauche lors de la vision rapprochée, une fatigabilité importante dans les tâches complexes ou après trois ou quatre heures de travail, ainsi qu'un déficit en mémoire antérograde verbale et non verbale altérant les processus de stockage, d'encodage et de récupération. La Dresse I_____ a retenu que l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 40% dans l'activité qu'il exerçait au sein d'une entreprise de radiocommunication. Par ailleurs, l'assuré souhaitait à l'avenir occuper un poste salarié dans le domaine de l'informatique, ce qui lui semblait envisageable dans les mois à venir, à un taux d'activité de 60%.
15. Le 8 novembre 2011, à la demande de l'OAI, l'assuré lui a adressé ses bordereaux de taxation fiscale pour les années 2006 à 2009.
16. Par rapport du 14 novembre 2011, le Dr C_____ a indiqué qu'il s'était entretenu avec l'assuré le 21 juin 2011. Il a posé les diagnostics de malformation d'Arnold-Chiari de type 1, d'hydrocéphalie triventriculaire et de sténose bilatérale du foramen de Monro. L'évolution neurologique et neurochirurgicale de l'assuré était lentement favorable grâce à un programme de neuro-rééducation bien mené auprès de l'hôpital Beau-Séjour. L'assuré avait regagné son domicile en juillet 2011 et devait bénéficier ensuite d'un suivi par les médecins rééducateurs et sur le plan neuropsychologique. Il n'avait aucune proposition sur le plan neurochirurgical et prévoyait de revoir l'assuré dans six mois.
17. Par courrier du 17 novembre 2011, le Dr C_____ a informé la Dresse I_____ que depuis sa sortie de Beau-Séjour, l'assuré allait bien, qu'il avait repris le travail dans son entreprise à 70% et qu'il supportait bien cette reprise.
18. Par courrier du 6 décembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'il n'avait pas vu l'assuré depuis sa sortie de l'hôpital et

qu'il ne pouvait pas faire de pronostic sur sa capacité de travail, la situation de ce dernier étant encore trop handicapante pour qu'il puisse se prononcer.

19. Par courrier du 17 février 2012, l'assuré, répondant à un questionnaire de l'OAI, a indiqué que l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail était stationnaire, qu'il était toujours suivi par le même médecin et n'avait pas repris d'activité professionnelle.
20. Selon deux notes téléphoniques du 12 avril 2012, l'OAI a estimé que l'assuré présentait un statut d'actif à 100%. Il devait être considéré comme salarié, puisqu'il avait été inscrit au registre du commerce comme « propriétaire » de la société B_____ SA mais s'était acquitté de ses cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants comme salarié (selon son extrait de compte individuel) et était inscrit au chômage. Par ailleurs, depuis 2011, l'assuré travaillait comme bénévole pour la société L_____ LTD, laquelle appartenait à son père.
21. Par courrier du 10 mai 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il exerçait une activité non rémunérée dans la société L_____ LTD depuis le 5 septembre 2011, à un « taux maximum de 70% ».
22. Par avis du 14 juin 2012, la doctoresse M_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après le SMR), a indiqué qu'il était nécessaire de déterminer si l'activité non rémunérée exercée par l'assuré depuis septembre 2011 correspondait réellement à l'activité antérieure de l'assuré, et d'obtenir des rapports médicaux récents de la Dresse I_____ et du Dr C_____.
23. Selon le questionnaire pour employeur reçu par l'OAI le 19 juillet 2012, l'assuré a exercé une activité non rémunérée dès le 5 septembre 2011 pour la succursale suisse de la société L_____ LTD, à un taux d'activité compris entre 50 et 70%.
24. Par rapport adressé à l'OAI du 20 août 2012, la Dresse I_____ a indiqué qu'elle avait examiné l'assuré le 14 août 2012, qu'elle le suivait à raison d'une consultation tous les six mois et qu'elle constatait une amélioration discrète de son état de santé depuis le printemps 2012. Les performances de l'assuré s'étaient globalement améliorées depuis sa dernière évaluation, mais il persistait néanmoins un trouble modéré en mémoire antérograde verbale, des difficultés dans les tâches visio-spatiales et une fatigabilité. L'assuré ne bénéficiait d'aucun traitement ni d'aucune mesure thérapeutique, hormis un suivi clinique régulier. Ses limitations fonctionnelles étaient principalement des troubles mnésiques, une altération des processus de mémorisation, des troubles visio-spatiaux sous forme d'une capacité réduite à se souvenir de nouvelles informations visuelles, une impression de mauvaise vue d'ensemble et une fatigabilité, surtout lors de tâches complexes. Elle a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée et une réorientation professionnelle lui paraissait indispensable.
25. Selon le rapport du SMR du 13 novembre 2012, la Dresse M_____ a rappelé les diagnostics de troubles neuro-cognitifs séquellaires, status après hydrocéphalie triventriculaire obstructive et engorgement tonsillaire associé à une hypertension

intracrânienne chronique dans le cadre d'une malformation d'Arnold-Chiari de type 1, status après décompression médullaire le 9 mars 2011 suivie de plusieurs réinterventions, poses de dérivations externes et ventriculo-péritonéale pour récurrence d'hydrocéphalie et dysfonction des sondes.

Le médecin a notamment relevé que suite aux diverses interventions chirurgicales subies, l'évolution neurologique et neurochirurgicale de l'assuré était favorable depuis mai 2011. Il avait été transféré le 13 mai 2011 au service de neurorééducation de Beau-Séjour et l'examen neuropsychologique réalisé pendant son séjour avait mis en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde verbale et non-verbale ainsi qu'une faible conscience des répercussions de ces troubles dans ses activités quotidiennes et professionnelles. Depuis sa sortie de l'hôpital en juillet 2011, son évolution neuropsychologique continuait d'être globalement favorable, ses performances cognitives s'améliorant progressivement, si bien qu'il avait pu reprendre partiellement son activité dans l'entreprise créée avec son père en 2011. Même si le rapport des HUG relatif à la consultation du 22 septembre 2011 indiquait que l'assuré n'était plus capable de gérer son entreprise, envisageait de la vendre et évoquait une activité salariée avec une capacité de travail de trois à quatre heures par jour, la Dresse I_____ avait indiqué que l'assuré avait repris son activité à un taux de 70% dès le 5 septembre 2011. Compte tenu de la persistance de troubles, notamment une certaine indifférence à l'égard des difficultés, il n'était toutefois pas certain que ce taux soit applicable à l'activité habituelle selon le cahier des charges d'un indépendant dirigeant sa propre entreprise. Quoiqu'il en soit, les rapports de la Dresse I_____ du mois d'août 2012 faisaient état d'une discrète amélioration depuis le printemps 2012, d'une atténuation des déficits pouvant survenir durant les mois à venir et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. La Dresse M_____ a retenu que l'assuré avait souffert d'une atteinte neurologique grave justifiant une incapacité de travail durable depuis le 1^{er} janvier 2009, et qu'il présentait actuellement des séquelles neurocognitives vraisemblablement incompatibles à temps plein avec son activité habituelle, mais qui lui avaient néanmoins permis de reprendre progressivement une activité « très probablement aménagée, voire adaptée, initialement à 70% ». Depuis le 14 août 2012, date du dernier examen de Dresse I_____, il bénéficiait d'une capacité de travail entière dans l'activité adaptée et ses troubles étaient susceptibles de s'améliorer au cours des prochains mois. En résumé, l'incapacité de travail était de 60% dès le 1^{er} janvier 2009, de 100% dès le 1^{er} janvier 2011, puis de 30% dès le 5 septembre 2011. Actuellement, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, de 70% dans une activité aménagée et nulle dans son activité habituelle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient des troubles mnésiques, une altération des processus de mémorisation, des troubles visio-spatiaux sous la forme d'une capacité réduite à se souvenir de nouvelles informations visuelles, une impression de mauvaise vue d'ensemble et une fatigabilité se manifestant essentiellement lors de tâches complexes.

26. Le 19 décembre 2012, à la demande de l'OAI, l'assuré lui a adressé les bilans et comptes de pertes et profits de la société B_____ SA de 2006 jusqu'à 2009.
27. Dans un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante du 18 janvier 2013, la collaboratrice de l'OAI a exposé que l'assuré avait travaillé de septembre à décembre 1993 comme employé de commerce pour la société B_____ SA, fondée par son père, puis de 1995 à 2005 comme ingénieur en téléphonie et connexion Internet pour diverses entreprises. Entre avril 1999 et juillet 2008, il avait exploité en raison individuelle la société P_____ et car performance B_____, dont l'inscription au registre du commerce avait ensuite été radiée suite à une cessation d'exploitation. De 2005 à 2010, il avait travaillé comme responsable technique, puis dès juillet 2008, comme directeur de la société familiale B_____ SA, dont la faillite avait été prononcée le 5 février 2010. Depuis avril 2010, le père de l'assuré exploitait en raison individuelle la société « B_____ » et était devenu dès 2012 le directeur de la succursale suisse de la société « L_____ LTD », sise à Londres. L'assuré souffrait de son atteinte à la santé depuis 2009, avait subi diverses interventions chirurgicales de mars à juin 2011, était sorti de l'hôpital en juillet 2011, son évolution neuropsychologique étant globalement favorable, et travaillait depuis septembre 2011 à 70% environ pour son père, sans être rémunéré car l'entreprise n'était pas rentable. Sous le chapitre « mesures de réadaptation », la collaboratrice de l'OAI indiquait que l'assuré avait réussi un test d'entrée pour suivre une formation de technicien en informatique dès mars 2013, qu'il cherchait un emploi à 100% puisqu'il lui était impossible de trouver un taux d'activité compris entre 70 et 80%, qu'il était motivé à se reconvertir dans une autre profession (si possible dans l'informatique) et souhaitait rencontrer le service de réadaptation. Elle a retenu que l'assuré présentait un préjudice économique total dans son activité habituelle de directeur et, selon l'avis du SMR du 13 novembre 2012, une capacité de travail de 70% dans une activité aménagée dès septembre 2011 ainsi que de 100% dans une activité adaptée dès le 14 août 2012, de sorte qu'il convenait d'évaluer si des mesures professionnelles étaient indiquées. Elle a fixé le revenu hypothétique sans invalidité (valeur en 2011) à CHF 106'511.-, sur la base des revenus déclarés selon l'extrait de compte individuel AVS pour 2007 et 2008 et les résultats de l'entreprise (bénéfices ou pertes) de B_____ SA selon les pièces comptables transmises par l'assuré.
28. Selon le rapport de réadaptation professionnelle et la note interne du 14 mai 2013, l'OAI a mis fin au mandat de réadaptation, après avoir été informé par l'assuré qu'il bénéficiait d'un contrat de travail à 100% depuis le 1^{er} avril 2013 auprès d'O_____ SA, à Rolle, qu'il ne souhaitait pas bénéficier de prestations de l'assurance-invalidité et renonçait à sa demande de prestations.
29. Le 30 mai 2013, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a retenu qu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré avait exercé une activité d'indépendant à temps complet. Depuis le 1^{er} janvier 2009, il avait présenté

une incapacité de travail à 60%, puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2011. Le 5 septembre 2011, il avait repris son activité lucrative à 70%, puis avait travaillé à 100% pour une société d'informatique dès le 1^{er} avril 2013. À la fin du délai d'attente d'un an au 1^{er} janvier 2010, son incapacité de travail et de gain était de 60%, puis son degré d'invalidité avait augmenté à 100% dès le 1^{er} avril 2011 (trois mois après l'aggravation de son état de santé), avant de diminuer à 30% dès le 5 septembre 2009 (recte : 2011) et de diminuer encore à 0% dès le 1^{er} avril 2013. Comme l'assuré avait déposé sa demande de prestation le 19 mai 2011, son droit à la rente ne pouvait naître que le 1^{er} novembre 2011, date à laquelle il présentait un degré un degré d'invalidité de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. En outre, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, vu son aptitude complète à exercer son activité habituelle.

30. Par décision du 10 juillet 2013, l'OAI a confirmé le projet de décision du 30 mai 2013.
31. Par courrier du 18 août 2013 adressé à la chambre de céans, l'assuré a contesté succinctement la décision du 18 août 2013 « au vu des faits » et a demandé un réexamen détaillé de son dossier. Il a relevé que l'OAI admettait lui-même une incapacité de travail à 60% depuis janvier 2009, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2011.
32. Le 20 août 2013, le greffe de la chambre de céans a enregistré le courrier de l'assuré en tant que recours.
33. Par réponse du 17 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il supposait que le recourant contestait le taux d'invalidité retenu et précisait que ce dernier l'avait informé par courrier du 10 mai 2012 avoir repris une activité lucrative à 70% chez L_____ LTD dès le 5 septembre 2011, ce que confirmait l'avis du SMR du 13 novembre 2012. Le 14 mai 2013, l'assuré avait déclaré à son service de réadaptation qu'il avait repris une activité lucrative à 100% auprès d'O_____ SA. Comme le degré d'invalidité s'élevait à 30% au moment déterminant pour l'ouverture du droit à la rente, le 1^{er} novembre 2011, et qu'il avait ensuite diminué à 0%, la décision querellée était fondée.
34. Par réplique du 14 octobre 2011, le recourant a précisé la teneur de son recours, en ce sens qu'il portait sur la date de son droit à la rente et qu'il souhaitait être indemnisé pour les années 2009 à 2011. Il a d'abord rappelé avoir déposé sa demande de prestations en raison d'une malformation congénitale d'Arnold-Chiari, qui avait conduit à une hydrocéphalie dont il avait souffert dès l'enfance et n'avait été diagnostiquée et opérée qu'en 2011. Jusqu'en 2011, cette malformation avait eu d'importantes conséquences sur son quotidien, soit notamment des difficultés de concentration et des migraines chroniques qui le contraignaient à rester allongé des journées entières. Ses problèmes de santé l'avaient empêché d'exercer pleinement son activité lucrative, de sorte qu'il avait eu des années pénibles, notamment en 2009, 2010 et 2011. En 2009, il avait subi la faillite de l'entreprise familiale

B_____ SA, pour laquelle il travaillait à l'époque. Ses atteintes y avaient contribué, puisqu'il n'avait pas eu l'énergie nécessaire pour surmonter les difficultés liées à la conjoncture, vu ses journées de travail manquées pour des migraines, sa fatigue importante et ses difficultés de concentration. En 2011, il avait été longuement hospitalisé aux HUG pour trois opérations du 5 au 30 mars, puis y était retourné en urgence du 5 avril au 13 mai pour cinq nouvelles opérations, avant d'être transféré pour sa rééducation. Il ne comprenait pas pourquoi l'intimé considérait le 1^{er} novembre 2011 comme date déterminante pour l'ouverture de son droit à la rente, alors qu'il souffrait d'une maladie découlant d'une malformation de naissance. Il ne pouvait pas déposer sa demande de prestations avant que les médecins aient déterminé l'origine de ses maux et il lui aurait été très difficile de le faire depuis l'hôpital ou pendant sa rééducation alors qu'il était incapable d'accomplir seul les tâches les plus simples. Après ses opérations, il n'était pas autonome et ses médecins ne pouvaient guère se prononcer sur ses chances de récupération. De 2009 à 2011, dès la faillite de son entreprise, il avait vécu grâce à des aides ou des prêts de ses amis et de sa famille, raison pour laquelle il souhaitait être indemnisé pour cette période afin de les rembourser.

35. Par écriture du 6 novembre 2013, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant à la confirmation de la décision querellée. Il a réitéré que le recourant présentait au moment déterminant, le 1^{er} novembre 2011, un degré d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente et que la loi n'autorisait de surcroît pas les versements rétroactifs.
36. Sur quoi, 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 9 octobre 2009 (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. 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 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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, les faits juridiquement déterminants remontent à 2009. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.
5. a) 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). 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 1^{er} janvier 2008).

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

b) L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision LAI). 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à

l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, op. cit., n°2187 ss).

Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente postérieurement à cette date ne peut donc pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande (voire pour une période antérieure, en vertu de l'art. 48 al. 2 aLAI). Il ne peut en effet plus se fonder sur l'art. 48 aLAI pour sauvegarder ses droits au sens de cette disposition, puisque celle-ci n'est plus applicable au moment du dépôt de sa demande (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et les références citées).

c) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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).

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

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

b) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

8. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner quelles sont les répercussions de l'atteinte à la santé présentée par le recourant sur sa capacité de travail, depuis le début de sa maladie.

Dans son rapport du 13 novembre 2012, le SMR a retenu une incapacité de travail durable de 60% depuis le 1^{er} janvier 2009 en raison d'une atteinte neurologique

grave. L'exigibilité dans l'activité habituelle est nulle dès le 1^{er} janvier 2011. Selon le SMR, les séquelles neurocognitives ne sont vraisemblablement pas compatibles en plein avec l'activité habituelle, mais une reprise progressive a pu avoir lieu dès septembre 2011 dans une activité très probablement aménagée, voire adaptée, initialement à 70 %. Dès le 14 août 2012, date du dernier examen chez la Dresse I_____, le SMR considère que la capacité de travail du recourant est de 100% dans une activité adaptée.

La chambre de céans constate cependant que, quand bien même les courriers du recourant et du Dr C_____ des 10 mai 2012 et 17 novembre 2011 font état de la reprise par l'assuré d'une activité bénévole pour la société L_____ LTD « à un taux maximum de 70% » dès le 5 septembre 2011, respectivement d'une reprise du travail à 70% bien supportée par ce dernier, l'incapacité de travail de 30% retenue par l'intimé depuis le 5 septembre 2011 n'est pas corroborée par d'autres pièces au dossier. En effet, la Dresse I_____, médecin traitant, a retenu une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 60% depuis janvier 2009 et de 100% depuis janvier 2011 ; ensuite, dans son rapport du 18 octobre 2011, elle a retenu que le recourant présentait, au moment de son examen, une capacité de travail de 40% dans le poste occupé au sein d'une entreprise de radio-communication, soit une incapacité de travail de 60%. Elle a énuméré diverses limitations fonctionnelles justifiant ce taux et précisé qu'une activité de salarié à 60% dans le domaine de l'informatique lui paraissait envisageable d'ici quelques mois. D'autre part, la Dresse J_____ a exposé dans son rapport du 7 octobre 2011 que le déficit sévère du recourant dans le domaine de la mémoire antérograde verbale et non verbale persistait, que la fatigabilité dont il se plaignait était objectivée lorsque sa charge de travail devenait trop importante, et qu'il avait pu réaliser qu'il n'était plus capable de travailler à 100%, effectuant au moment de l'examen environ trois à quatre heures de travail par jour, cinq jours par semaine. Il sied de relever que le questionnaire rempli par l'ancien employeur du recourant mentionne que ce dernier a travaillé dès le 5 septembre 2011, à un taux de 50 à 70%, pour la société L_____ LTD, dirigée par son père, sans percevoir de salaire, sans autre précision quant à la nature de l'activité exercée.

Attendu que la Dresse I_____ a retenu le 18 octobre 2011 une incapacité de travail de 60%, que la Dresse N_____ a indiqué le 7 octobre 2011 que le recourant travaillait trois à quatre heures par jour, et que le questionnaire rempli par l'ex-employeur mentionne un taux d'activité de 50 à 70% depuis le 5 septembre 2011, force est de constater qu'il n'est pas établi, ni même rendu vraisemblable que le recourant présente une incapacité de travail de 30% dès le 5 septembre 2011, comme l'a retenu l'intimé.

Pour la période dès le 1^{er} avril 2013, l'intimé, se fondant sur le fait que le recourant bénéficie d'un contrat de travail à 100%, retient implicitement une pleine capacité de travail depuis cette date. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée a certes été retenue dans les rapports de la Dresse I_____ et du SMR datés

respectivement des 20 août et du 13 novembre 2012. Il convient toutefois de relever que le rapport de la Dresse I_____ est peu motivé, dès lors que cette dernière a retenu une « amélioration globale » des performances de l'assuré depuis sa dernière évaluation ainsi qu'une pleine capacité de travail dans un poste adapté, sans exposer les éléments sur lesquels elle se fondait pour retenir une amélioration de l'état de santé justifiant une pleine capacité de travail. Quant au rapport du SMR du 13 novembre 2012, établi sur la base du dossier, il souffre des mêmes lacunes puisque la Dresse M_____ s'est fondée sur le rapport de la Dresse I_____ du 20 août 2012 pour retenir dès cette date une entière capacité de travail dans un poste adapté.

Par conséquent, la Chambre de céans considère que sur le plan médical, les rapports précités de la Dresse I_____ et du SMR, comme les autres rapports figurant au dossier, ne sont pas suffisamment motivés pour qu'on puisse sans autre leur reconnaître pleine valeur probante et ainsi se fonder sur ceux-ci pour déterminer les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail. S'agissant du contrat de travail dont bénéficierait le recourant depuis le 1^{er} avril 2013, il ne figure pas au dossier et la chambre de céans ignore si ce-dernier a pu exercer durablement l'activité lucrative concernée, à quel taux et en quoi consiste cette nouvelle activité. De surcroît, à teneur du rapport du 22 juin 2011, il apparaît que le recourant est peu conscient de l'implication de ses troubles cognitifs dans les activités de la vie professionnelle, de sorte que cet élément ne permet pas davantage à la chambre de céans de tirer des conclusions définitives quant à sa capacité de travail.

Vu ce qui précède, la chambre de céans considère que la situation médicale du recourant doit être clarifiée. En effet, en l'état actuel du dossier, elle n'est pas en mesure de se déterminer et de tirer des conclusions définitives quant aux répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail, aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ainsi que sur son évolution. Il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, le cas échéant, en mettant en œuvre une expertise neurologique, - laquelle sera confiée à un expert indépendant -, en vue de déterminer les limitations fonctionnelles et les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail.

9. Enfin, la chambre de céans constate que dans la décision litigieuse, l'intimé n'a procédé à aucune comparaison des revenus pour calculer le degré d'invalidité et n'explique pas clairement quel statut elle a retenu.

Il convient de rappeler que la méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes qui ont dû interrompre leur activité lucrative pour cause de maladie et auraient continué à exercer cette activité si elles n'étaient pas invalides (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2060). Selon cette méthode, 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).

Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré ou lorsque celui-ci présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2 ; I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; Michel VALTERIO, op. cit., n° 2035).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a souffert d'une atteinte neurologique qui a provoqué une incapacité de travail dans son ancienne activité, de sorte que celui-ci a manifestement interrompu son activité lucrative pour cause de maladie. L'intimé a pris en compte, au titre du revenu avant invalidité, d'une part le revenu de l'activité salariée exercée en qualité de directeur de la société B_____ SA (CHF 131'300.- en 2008) et sur lesquels des cotisations ont été payées (voir extraits des comptes individuels du recourant), et, d'autre part, il a déduit dudit revenu les pertes enregistrées par la société en 2008 (CHF 27'718). On peine à comprendre le raisonnement de l'intimé, qui semble considérer que le recourant est l'ayant droit économique unique de la société anonyme, de sorte qu'il doit se voir imputer aussi bien les bénéfices que les pertes de l'entreprise. Aucun élément au dossier ne permet cependant de considérer que tel est le cas, étant précisé que les bénéfices et les pertes d'une société anonyme sont supportées par la société elle-même, respectivement ses actionnaires. En outre, les activités exercées par le recourant respectivement depuis le 5 septembre 2011 et depuis le 1^{er} avril 2013 ne correspondent vraisemblablement pas à son activité habituelle. A cela s'ajoute que l'on ignore, faute de document au dossier, quelle est la nature de l'activité exercée par le recourant depuis avril 2013, son taux d'occupation et le salaire réalisé.

Quoi qu'il en soit, la décision de l'intimé ne peut être confirmée. Il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision, en expliquant clairement quel statut il retient et d'intégrer, à l'appui du calcul du degré d'invalidité, une comparaison des revenus conforme au droit. À cette fin, il sollicitera également le contrat de travail du recourant auprès de la société O_____ SA.

10. Enfin, le recourant conteste la date fixée dans la décision litigieuse pour la naissance du droit à la rente, soit le 1^{er} novembre 2011, et demande à être « indemnisé » pour les années 2009 à 2011.

En l'espèce, le recourant a déposé sa demande de prestations le 19 mai 2011. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a appliqué l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; en vertu de cette disposition, le droit éventuel du recourant au versement d'une rente d'invalidité naît au plus tôt le 1^{er} novembre 2011. Son grief est, sur ce point, mal fondé.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre, le cas échéant, une expertise neurologique selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGa, puis de rendre une nouvelle décision, dans le sens des considérants.
12. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 10 juillet 2013.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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