RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3817/2019 **ATAS/213/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 mars 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Saskia BERENS TOGNI et Toni KERELEZOV, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, a travaillé en qualité de brocanteur, avant de bénéficier de l'assistance de l'Hospice général dès le 1er juillet 2013. Il est marié et père de deux enfants, nés en 2012 et 2018.

2. L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 4 septembre 2013.

3. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré le 8 octobre 2013, l'assuré n'a jamais déclaré de revenus soumis à cotisation.

4. Dans un rapport du 23 octobre 2013, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif depuis 2013, et depuis 2009 de céphalées pulsatiles, de dépendance aux benzodiazépines et d'alcoolisme secondaire. Les atteintes sans incidence sur la capacité de travail étaient un foramen ovale perméable depuis 2009 et un tabagisme chronique. L'assuré se plaignait depuis l'âge de 15 ans de céphalées pulsatiles presque hebdomadaires, accompagnées de sono-photophobie, de prostration et de troubles de la digestion. Elles s'amendaient généralement en une heure. De façon concomitante, il présentait de longue date un stress et un état anxieux importants, l'empêchant de travailler seul. Le décès brutal de son père en avril 2013 devant ses yeux avait entraîné une péjoration de sa situation, avec état anxio-dépressif sévère et nette augmentation de sa dépendance aux benzodiazépines et à l'alcool. Un état de prostration important en découlait, avec des épisodes de violence non gérable pour l'entourage. L'incapacité de travail dans sa profession d'aide-brocanteur / forain était totale depuis avril 2013.

   Le Dr B_____ a notamment produit les documents suivants :

   a. rapport de consultation du Service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 27 janvier 2009, diagnostiquant des céphalées possiblement sur rétrécissement du tronc basilaire, posant le diagnostic différentiel entre une dissection ou éventuellement un thrombus ; ainsi qu'un foramen ovale perméable ;

   b. rapport du 5 juin 2013 du docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à un examen neurologique normal le 7 mai 2013, sans pathologie révélée par l'IRM, mais à une anxiété extrême. Ce médecin retenait une migraine commune depuis que l'assuré avait 16 ans, assez active, traitée par médication 2 ou 3 fois par semaine. Un traitement de fond de la migraine pourrait se discuter.

5. A la demande de l'OAI, l'assuré a indiqué par courrier du 30 octobre 2013 qu'il ne pouvait fournir de documents professionnels ou de diplômes. Il travaillait comme brocanteur indépendant depuis la fin de sa scolarité obligatoire. Il avait l'habitude de tenir une petite comptabilité, mais son état de santé s'était aggravé depuis le

décès de son père, et il avait des crises de colère. Il avait détruit sa documentation lors d'un de ses accès.

6. Le 4 novembre 2013, le Dr C_____ a précisé à l'OAI n'avoir vu l'assuré qu'une fois. Il n'avait pas envisagé d'incapacité de travail.

7. Dans un rapport du 18 février 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a mentionné que l'assuré l'avait consulté en raison d'un état dépressif moyen, alors mis en relation avec le décès traumatisant de son père. Cet état était cependant en relation avec une grave affection neurologique diagnostiquée par le Dr C_____. C'était à ce neurologue qu'il appartenait de faire les démarches auprès de l'assurance-invalidité.

8. En mai 2012, l'assuré a transmis à l'OAI un décompte des ventes de l'année 2012, consistant en des fiches mensuelles manuscrites indiquant les objets acquis et vendus ainsi que leurs prix. Son bénéfice mensuel oscillait entre CHF 1'850.- et CHF 4'260.-

9. Selon les renseignements obtenus par l'OAI le 24 juin 2014, l'assuré était affilié comme personne sans activité lucrative auprès de la Caisse de compensation du canton de Genève.

10. Dans un avis du 9 juillet 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a conclu à l'absence de diagnostic influençant la capacité de travail de l'assuré de manière durable.

11. Le 22 août 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet niant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

12. Dans un certificat du 16 septembre 2014, le Dr D_____ a fait part de son incrédulité quant au projet de l'OAI. Il a requis une expertise de l'assuré.

13. Le 26 septembre 2014, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a joint un certificat du Dr D_____ du 25 septembre 2014, diagnostiquant un état dépressif grave avec des éléments de type mélancolique.

14. Le 25 novembre 2014, le Dr D_____ a indiqué à l'OAI que l'assuré souffrait d'une atteinte neurologique grave, chronique et incurable, qu'il ne connaissait pas mais qui avait été diagnostiquée par le Dr C_____. En réaction à cet état, l'assuré avait connu un état dépressif mélancolique avec risque suicidaire sérieux.

15. Dans un courrier du 21 mars 2015 à l'OAI, le Dr D_____ a fait état d'un état dépressivo-anxieux sévère réactionnel au syndrome d'Anne Ducros. Cette pathologie se caractérisait par des attaques de céphalées très violentes, avec perte de connaissance, état confusionnel, vomissements et douleurs abdominales. L'assuré avait été hospitalisé à plusieurs reprises récemment, et tout travail paraissait impossible.

16. Dans un rapport du 1er mai 2015, le Dr B_____ a confirmé l'incapacité de travail totale de l'assuré en tant que forain ainsi que ses précédents diagnostics, auxquels s'ajoutait celui de comportement à risque en lien avec l'alcool. Le Dr B_____ a notamment joint un rapport du 24 octobre 2014 du Service de neurologie des HUG, que l'assuré avait consulté en raison d'épisodes de maux de tête survenant une fois par mois au moins, ainsi qu'un résumé de séjour du 17 au 24 septembre 2014 à la Clinique genevoise de Montana, lié à un syndrome de dépendance à l'alcool.

17. Le 28 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettrait en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Il l'a invité à lui adresser ses questions complémentaires aux experts.

18. Le 8 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré que les experts seraient les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine interne, F_____, spécialiste FMH en neurologie, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

19. Dans leur rapport du 17 juillet 2015, les experts ont résumé le dossier de l'assuré et son anamnèse médicale et personnelle. Il avait travaillé dès l'âge de 15 ans avec son père, jusqu'en 2009. Il avait ensuite cessé son activité en raison de ses problèmes neurologiques, avant de la reprendre en se ménageant. Il ne travaillait plus depuis la mort de son père. Il ne voyait pas son avenir sur le plan professionnel et se sentait aucunement capable de travailler en raison de limitations fonctionnelles tant physiques que psychiques. Il avait été complètement déstabilisé par ses problèmes de santé, apparus en 2009 et surtout par plusieurs décès dans son entourage familial.

    Après de très brefs statuts, les experts ont établi la synthèse suivante.

    L'assuré souffrait depuis l'âge de 16 ans de céphalées d'intensité variable avec des maux de tête légers, de fréquence actuelle de trois épisodes par semaine en moyenne, et de deux à quatre épisodes par an de maux de tête particulièrement aigus. Lors d'un épisode particulièrement aigu en 2009, un foramen ovale perméable ainsi qu'un bref rétrécissement du diamètre de l'artère vertébrale droite avaient été mis en évidence, et un diagnostic de possible syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible avait été évoqué par le Dr C_____. L'assuré se plaignait depuis début 2015 d'une altération majeure de l'odorat avec secondairement une altération du goût. L'assuré avait été hospitalisé à la Clinique de Montana en novembre 2014, où un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent dans un milieu protégé, un trouble anxio-dépressif modéré, et un syndrome de dépendance aux benzodiazépines avaient été retenus. Les facteurs de stress, hormis ses problèmes de santé neurologiques, étaient les décès dans son entourage familial. Sur le plan de la médecine interne, en dehors de ses angoisses de mort subite, l'assuré était en bonne santé. Il était vraisemblable que son hypertension ne soit pas permanente et reliée uniquement à des périodes de stress, comme le révélait la valeur quasi normale le jour de l'expertise. Depuis son sevrage à la Clinique de Montana, il contrôlait sa consommation d'alcool. Il n'y

avait pas d'affection altérant sa capacité de travail. Du point de vue neurologique, il continuait de présenter des céphalées dans un contexte d'anxiété importante. L'examen neurologique était sans anomalie, hormis la persistance d'une anosmie, sans altération des modalités fondamentales du goût. L'IRM cérébrale de janvier 2009 montrait indubitablement une sténose courte à la terminaison de l'artère vertébrale droite et au tiers moyen du tronc basilaire. L'IRM cérébrale avec angio-IRM de mai 2013 démontrait la disparition des sténoses constatées préalablement, sans évidence de lésion parenchymateuse ou autre. La description des troubles évoquait effectivement des céphalées vasculaires chez un assuré souffrant à l'évidence de troubles anxieux. Ces céphalées suggéraient des éléments d'un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible sur la base de l'importance des maux de tête et de l'angio-IRM de 2009. Il était difficile de dire si le foramen ovale perméable jouait un rôle significatif dans la genèse et l'évolution des troubles. Le neurologue s'est dit étonné du traitement médicamenteux et a proposé plusieurs options sur ce plan. La normalité des examens pratiqués entre deux épisodes céphalalgiques aigus et leur caractère relativement peu fréquent permettaient de conclure à l'absence d'incapacité de travail significative dans l'activité exercée, en dehors d'épisodes d'incapacité de travail transitoires d'un jour environ. L'anosmie ne causait pas d'incapacité de travail. Sur le plan psychique, l'assuré se sentait déprimé en permanence. Il pleurait et ruminait régulièrement, se sentait nerveux. Il estimait l'intensité de cette humeur dépressive à 8/10. Son appétit avait diminué et il avait perdu 10 kg en deux ans. Les ruminations dépressives et anxieuses l'empêchaient de s'endormir et il devait prendre des somnifères. Il se sentait extrêmement fatigué deux fois par semaine et devait alors faire une sieste. Depuis deux ans, il avait perdu confiance en lui et estime de soi. Il avait le sentiment de faire tout de travers, et il se sentait impuissant car il ne pouvait plus pratiquer les sports qu'il aimait, ni avoir une vie sexuelle plus régulière. Il était souvent distrait par ses ruminations dépressives. Il était très pessimiste par rapport à l'avenir, il avait peur de mourir prématurément. Il avait des crises d'angoisse environ deux fois par semaine, notamment lorsqu'il avait des maux de tête. Il avait peur de mourir d'une hémorragie cérébrale ou d'un infarctus, bien qu'il ait été rassuré par un cardiologue. Il se ménageait physiquement afin d'éviter de déclencher des problèmes physiques. Il avait été fortement sensibilisé par ses problèmes de santé en 2009 et tous les décès survenus par la suite. Il se décrivait comme quelqu'un d'impulsif, nerveux et impatient. Il faisait des crises de colère depuis longtemps, exacerbées depuis la mort de son père. Il lui était arrivé régulièrement de se disputer et de se battre dans le cadre professionnel. Depuis deux ans, il décrivait des sentiments de vide. Il se montrait très dépendant de son entourage proche, qui avait toujours tout géré pour lui. Il avait toujours travaillé avec un membre de sa famille proche, il était accompagné par quelqu'un de sa famille dans ses déplacements, et il se montrait complètement démuni depuis le décès de son père. Selon la description des activités quotidiennes, il jouait avec son fils et accompagnait ses proches dans leurs activités quotidiennes. Il participait peu au ménage. Il regardait la télévision environ

6 heures par jour et il jardinait un peu. L'ordinateur lui paraissait trop compliqué, et il peinait à lire. L'examen psychiatrique montrait un assuré tendu, inquiet et déprimé, triste et pessimiste. Il n'était pas ralenti. Le contenu de la pensée était fixé sur sa crainte de mourir d'une attaque cardiaque ou cérébrale et d'être encore bouleversé par tous les décès autour de lui, et il évitait tout ce qui pouvait lui rappeler son père. Il était collaborant et ne se montrait pas irritable. Aucune labilité émotionnelle ni hyperémotivité n'était constatée. Ce tableau clinique était compatible avec les diagnostics suivants : épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10), chronique au moins depuis juin 2013 et réactionnel au décès de son père ; et un trouble anxieux sans précision (F 41.9) existant depuis 2009, réactionnel à ses problèmes de céphalées. L'assuré présentait des traits de personnalité émotionnellement labile de type *borderline* et de personnalité dépendante, qui ne paraissaient pas suffisamment importants pour mériter un diagnostic définitif d'une des deux personnalités en particulier. Cela conduisait l'expert à retenir un diagnostic de troubles mixtes de personnalité (F 61.0), présent depuis le jeune âge adulte. Il n'existait actuellement pas d'argument pour une consommation excessive d'alcool. Dans ce contexte, le diagnostic de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F 10.20) en 2013 et 2014, était retenu. L'assuré semblait s'être mis dans un rôle de malade tant psychiatrique que physique. Il aurait besoin d'être rassuré et stimulé afin de ne pas rester bloqué dans cette impasse, peut-être par le biais d'un stage de réintégration professionnelle. Il semblait bien investir le suivi psychiatrique. Ces troubles n'étaient pas incapacitants à long terme. L'épisode dépressif et le trouble anxieux avaient pu occasionner dans le passé des incapacités de travail passagères, par exemple après le décès de son père. Actuellement, l'évitement d'efforts trop intenses dus à la crainte de malaises cardiaques, la perte de confiance et le manque d'autonomie étaient un risque de vulnérabilité, avec possible décompensation dépressive. Les experts ont exclu tout diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont conclu à une capacité de travail complète, sans diminution de rendement, tout en retenant des incapacités de travail passagères. Il n'y avait pas d'indication à des mesures professionnelles.

20. Dans un avis du 12 novembre 2015, la doctoresse H_____, médecin au SMR, a qualifié l'expertise de convaincante, ce qui permettait de confirmer l'absence d'atteinte durable à la santé admise dans l'avis du 9 juillet 2014.

21. Par décision du 16 novembre 2015, l'OAI a nié le droit de l'assuré à une rente et à des mesures professionnelles. Il n'existait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi. L'OAI a notamment retenu que l'assuré travaillerait comme indépendant s'il était en bonne santé (*sic*).

22. Par courrier du 3 décembre 2015 à la chambre de céans, l'assuré a déclaré faire opposition à la décision de l'OAI, précisant que des examens médicaux étaient en cours.

23. La chambre de céans a invité l'assuré à motiver son recours et lui a imparti un délai au 29 décembre 2015 à cet effet, sous peine d'irrecevabilité.

24. Par arrêt du 10 mars 2016 (ATAS/187/2016), la chambre de céans a déclaré le recours de l'assuré irrecevable, son courrier n'exposant ni ses conclusions, ni ses motifs.

25. Le 7 mai 2018, le Dr B_____ a invité l'OAI à reconsidérer la demande de prestations de l'assuré. Il a signalé plusieurs nouveaux diagnostics. L'assuré avait été victime d'une agression violente en mai 2016, avec une plaie profonde de la région parotidienne gauche, ayant nécessité une prise en charge en urgence. Il présentait un syndrome post-stress aigu, compliquant passablement le handicap psychologique déjà présent, tant dans la gestion de son alcoolisme que de ses angoisses, avec de nombreuses crises de panique qui le tétanisaient. Il y avait une péjoration de son état dépressif existant depuis le décès de son père. L'assuré était régulièrement suivi par le Dr D_____ et par le centre LAVI. Une opération de correction des canaux salivaires gauche était prévue. La médication anti-dépressive et anxiolytique avait dû être augmentée, et ses effets secondaires accroissaient le mal-être de l'assuré. Secondairement à l'agression, il présentait des palpitations avec douleurs rétro-sternales paroxystiques, ayant nécessité un bilan cardiologique et une adaptation de ses médicaments. Il y avait également une alcoolisation aiguë dans ce contexte dépressif et anxieux important, et l'apparition d'un épisode d'épilepsie en septembre 2016.

26. Par courrier du 9 mai 2018, l'assuré a confirmé à l'OAI qu'il demandait une révision de son droit à la rente au vu de l'aggravation de son état de santé.

27. Dans un rapport à l'OAI du 31 août 2018, le Dr B_____ a fait état d'un status après nouvelle crise d'épilepsie sur sevrage d'alcool le 25 juin 2018, dans un contexte de consommation à risque avec alcoolisation chronique ; de palpitations et de douleurs rétro-sternales paroxystiques d'étiologie non cardiaque sur probable somatisation dans un contexte psychiatrique difficile ; de status après agression le 19 mai 2016 par un groupe d'individus, avec plaie profonde de l'hémiface gauche ayant nécessité une réanimation et une opération en urgence. Les complications étaient une tuméfaction locale *on/off*, une cicatrice disgracieuse, une révision chirurgicale de la plaie en 2018, un syndrome post-stress aigu avec une péjoration de l'état anxio-dépressif chronique et des troubles du comportement face à l'alcool et aux benzodiazépines. Un procès consécutif à l'agression était en cours, ce qui dégradait l'état psychologique de l'assuré. Sa capacité de travail restait nulle. Il ne pouvait assumer aucun stress, ni charge.

    Le Dr B_____ a produit les rapports suivants :

    a. rapport d'IRM de la base du crâne du 3 mars 2016, concluant à une lésion ischémique récente sous-corticale du gyrus frontal supérieur gauche, sans transformation hémorragique ; à des séquelles post-traumatiques bilatérales des gyri recti ; et à une atrophie bilatérale des bulbes olfactifs ;

b. rapport d'intervention psychiatrique d'urgence des HUG du 31 mars 2016 en raison d'un abus d'alcool et médicamenteux. L'assuré avait quitté l'hôpital sans avertir le médecin. Ce dernier n'avait pas retenu de critères de dangerosité, en dépit de l'état de tension constatée chez l'assuré, qui lui avait dit se projeter dans l'avenir ;

c. résumé de séjour des HUG du 19 mai 2016 en raison d'une plaie de la face résultant d'un coup de lame. Le diagnostic était celui de plaie parotidienne gauche profonde avec saignement artériel, et l'assuré avait été pris en charge au bloc d'urgence pour contrôle hémorragique ;

d. rapport de scanner cérébral du 19 juillet 2016 réalisé en raison d'une crise d'épilepsie à répétition, ne mettant pas en évidence de saignement intracrânien ou de contraste cérébro-méningé pathologique ;

e. rapport du Service des urgences de l'Hôpital de Nyon du 30 avril 2017, que l'assuré avait consulté en raison d'une douleur et d'une tuméfaction de la région mandibulaire gauche, une probable scialolythiase gauche étant suspectée ;

f. rapport d'ultra-son du cou du 18 mai 2017, révélant une cicatrice pré-auriculaire gauche étendue en profondeur au lobe superficiel du parotide gauche, passant par le trajet supposé du canal de Sténon, avec dilatation canalaire d'amont majorée après le test d'hypersalivation, le tout faisant suspecter une sténose post-traumatique à investiguer ;

g. rapport de séjour du 13 au 14 septembre 2017 au Service de cardiologie des HUG en raison de douleurs rétrosternales. Une échocardiographie réalisée à l'Hôpital de Nyon auparavant ne montrait pas d'anomalie structurelle cardiaque. Un scanner coronaire avait permis d'exclure une sténose coronarienne significative. Une myocardite ou un spasme coronarien avaient été évoqués à titre de diagnostics différentiels. L'assuré avait quitté les HUG contre avis médical. Une IRM cardiaque réalisée le 27 septembre 2017 n'avait pas montré d'argument pour un infarctus du myocarde, une myocardite ou une pathologie infiltrative du myocarde. Le diagnostic de probable spasme coronarien était posé ;

h. rapport de scanner cardiaque du 14 septembre 2017, révélant un score calcique de 43 et l'intégrité du réseau coronarien ;

i. rapport du Service des urgences de l'Hôpital de Nyon du 25 juin 2018 à la suite d'une consultation de l'assuré motivée par une crise d'épilepsie sur sevrage d'alcool ;

j. rapport du Service des urgences de l'Hôpital de Nyon du 30 juin 2018 faisant état chez l'assuré d'une céphalée migraineuse, excluant une atteinte ischémique cérébrale ou cardiaque.

28. Dans un avis du 27 septembre 2018, le docteur I_____, médecin au SMR, a admis une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

29. Dans un rapport du 12 octobre 2018, le docteur J_____, spécialiste FMH en cardiologie, a fait état de douleurs rétrosternales d'origine indéterminée avec élévation de troponines, sans lésion coronarienne démontrée lors d'un scanner coronarien en septembre 2017. Il n'y avait pas d'argument pour un ancien infarctus, une pathologie ischémique, une myocardite ou une pathologie infiltrative, mais il existait une suspicion de spasme coronarien dans un contexte de probables spasmes des artères pré-cérébrales, ce qui correspondait au diagnostic neurologique retenu dans le passé aux HUG, ainsi qu'un foramen ovale perméable, probablement sans relation avec la symptomatologie. Le cardiologue ne retenait pas de restriction fonctionnelle à proprement parler en l'absence d'une cardiopathie sous-jacente, de séquelles d'un ancien infarctus, de sténoses coronariennes et de séquelles de myocardite, du point de vue strictement cardiologique. Le cœur étant sujet aux stimulations neuro-humorales, endocriniennes et psychiques, des limitations pourraient toutefois s'appliquer, surtout en cas de récidive de douleurs thoraciques. Ces douleurs, d'origine indéterminée, étaient extrêmement anxiogènes et leur survenue était imprévisible en cas de spasmes.

30. Dans un rapport du 19 novembre 2018, le Dr B_____ a conclu à une incapacité de travail totale. L'assuré était forain. Ses antécédents étaient un état migraineux en 2009, avec diagnostic de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible, un état anxio-dépressif chronique, une dépendance à l'alcool, un status après plusieurs sevrages, une épilepsie secondaire sur alcoolisation aigue, sevrage d'alcool ou privation de sommeil, avec état de mal, un tabagisme chronique, une hypertension artérielle, un foramen ovale perméable, un status après agression en 2016 avec plaie profonde de la région parotidienne gauche et une nouvelle opération de correction des canaux salivaires gauches en mai 2018, des palpitations et des douleurs rétro-sternales occasionnelles avec augmentation des troponines, sans lésion coronarienne, et un status après thrombose cérébrale en 2009, avec céphalées aigues. Les symptômes actuels étaient un état dépressif aggravé depuis l'agression physique, avec une augmentation de la consommation et de la dépendance à l'alcool, des épisodes de céphalées aigues, des convulsions/crises d'épilepsie ayant nécessité plusieurs consultations aux urgences, une augmentation des palpitations et des douleurs rétro-sternales, des pics tensionnels, un retrait social, des attaques de panique et une augmentation des angoisses. Il existait une très grande fragilité psychologique. L'assuré ne pouvait assumer les responsabilités et la charge de travail d'un forain, encore moins depuis la violente agression subie en 2016, et les complications physiques et psychologiques qu'elle avait entraînées. L'incapacité de travail était totale depuis 2009, « et encore plus depuis 2016 ».

31. L'assuré a séjourné au Service de médecine de l'Hôpital de Nyon du 25 au 26 novembre 2018 en raison d'une menace d'état de mal épileptique.

32. Un électroencéphalogramme de déprivation de sommeil, réalisé le 28 novembre 2018, a révélé un tracé de veille et de sommeil léger sans particularité.

33. L'assuré a consulté le Service des urgences de l'Hôpital de Nyon le 1er décembre 2018 en raison d'une crise d'épilepsie.

34. Dans un rapport du 10 décembre 2018, Madame K_____, psychologue, a consigné les résultats de l'examen neuropsychologique de l'assuré réalisé les 15 et 22 novembre 2018.

    Elle a noté que l'assuré était collaborant, mais il présentait des signes manifestes d'anxiété, un ralentissement psychomoteur modéré ainsi que de discrets signes de fatigabilité après 1 heure 30. L'examen avait mis en évidence des troubles sévères en mémoire épisodique antérograde verbale et visuelle et des capacités de mémoire immédiate limites dans les deux modalités ; d'importants troubles attentionnels, en particulier lors de la première séance, avec des fluctuations attentionnelles, des pertes du fil de la pensée et un ralentissement psychomoteur modéré, lequel n'apparaissait quasiment plus au second rendez-vous, au cours duquel la symptomatologie anxieuse était nettement moins présente. On relevait par ailleurs des difficultés d'attention sélective ; un léger fléchissement exécutif ; une incitation verbale et non verbale limite ; des difficultés de planification en situation de stress ; des difficultés sur le plan du langage oral avec une expression spontanée très altérée le 15 novembre mais bien meilleure le 22 novembre ; de légères difficultés aux praxies gestuelles (gestes symboliques limites) et à la reconnaissance de célébrités. Des difficultés au calcul oral et à l'écriture automatique (adresse incomplète, erreurs orthographiques autocorrigées à l'écriture sous dictée), ainsi que des troubles sémantiques à l'évocation de connaissances personnelles simples (incapacité à évoquer son numéro de téléphone, les âges et dates de naissance de ses enfants ou la date de son mariage) étaient également observées lors de la première séance, mais n'apparaissaient plus par la suite, et étaient donc probablement à mettre sur le compte de l'anxiété, alors au premier plan. Les praxies idéomotrices et constructives, ainsi que les gnosies visuelles perceptives et certaines composantes exécutives étaient par ailleurs préservées. Ce tableau révélait une atteinte cognitive globale, d'intensité modérée à sévère avec des fluctuations d'une séance à l'autre selon le niveau d'anxiété. Son étiologie était très probablement multifactorielle (thymique, épileptique, toxico-métabolique et vasculaire eu égard au syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible). Au vu de la sévérité des troubles, il semblait indispensable d'entamer des démarches en vue de l'octroi d'une rente d'invalidité. Compte tenu de la problématique complexe chez cet assuré très angoissé, la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique était nécessaire, et la fréquence des séances devrait probablement être augmentée. Par ailleurs, une augmentation des aides à domicile en vue de soulager la charge de l'épouse serait à envisager.

35. Dans un rapport du 26 décembre 2018, le Dr D_____ a diagnostiqué un trouble de l'humeur (affectif), sans précision (F 39). L'assuré avait subi une coupure au visage lors d'une rixe, avec une opération et un procès catastrophique. Le status

correspondait parfaitement à celui d'un état dépressif grave, avec une composante mélancolique. L'assuré restait alité, avec une adynamie. Il mangeait peu et mal. Les ruminations étaient permanentes, et il n'avait aucune activité physique. Il ne disposait d'aucune ressource mobilisable. Sa capacité de travail était nulle, et il présentait également une épilepsie, toutefois sans répercussion sur ce plan. Son état s'était dégradé depuis la coupure au visage. La compliance était bonne.

36. Dans un rapport du 28 février 2019, le docteur L_____, neurologue, a retenu au plan strictement neurologique les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épilepsie généralisée d'origine indéterminée, manifestée par des crises généralisées tonico-cloniques subintrantes à répétition, favorisées par une consommation excessive de toxiques ou d'alcool et la privation du sommeil. Le pronostic était réservé en ce qui concernait le contrôle des crises, réfractaires à la médication et précipitées par la prise de substances. L'assuré avait souffert de deux états de mal épileptique convulsivant. Il présentait des migraines avec aura visuelle et sensitive depuis l'enfance avec des crises à répétition, actuellement contrôlées par traitement préventif. Pour cette atteinte, le pronostic était favorable. L'assuré avait également connu plusieurs épisodes de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (RCVS) documentés, avec sténoses du tronc basilaire et des artères cérébrales moyennes des deux côtés en 2009, disparues sur une IRM de 2013, ainsi que des céphalées en coup de tonnerre à répétition. Il souffrait de troubles neuropsychologiques, le médecin reprenant sur ce point les atteintes rapportées par Mme K_____. Les limitations fonctionnelles en lien avec l'épilepsie étaient une interdiction absolue de la conduite automobile et une limitation des métiers à risque pour sa vie et pour celle des autres : hauteur, électricité, outils perforo-coupants. Il y avait aussi une limitation en lien avec la tolérance au stress et le risque de déclenchement de crises. Le Dr L_____ a conclu à une capacité de travail dans l'activité d'homme au foyer à un taux de 50 %, soit environ 4 heures par jour depuis le 1er mars 2019, avec une surveillance proche par son épouse. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 à 60 %, soit 4 à 5 heures par jour, avec surveillance stricte depuis le 1er mai 2019, à discuter en fonction des limitations du point de vue psychiatrique.

    Le Dr L_____ a joint les documents suivants à son rapport:

    a. ses rapports de consultation des 24 octobre 2018 et 20 février 2019 ;

    b. rapport d'IRM cérébrale du 28 novembre 2018, concluant à des séquelles d'allure post-traumatique situées au niveau bi-fronto-basal en regard de la partie antérieure du gyrus droit des deux côtés, à corréler aux antécédents anamnestiques post-traumatiques, le reste de l'examen étant dans la norme sans signe de lésion de décélération hémorragique ou non hémorragique, et sans lésion épileptogène visualisée. Il n'y avait pas d'anomalie épileptogène autrement visualisée, ni d'anomalie de signal ou de morphologie des hippocampes, ni signe de sclérose mésiale ou de lésion de type ACT ;

c. rapport de scanner cérébral du 28 novembre 2018 ne révélant aucune anomalie ;

d. rapport d'électroencéphalogramme du 20 février 2019, révélant un tracé préservé démontrant une franche focalisation lente intermittente en fronto-temporal droit très probablement postcritique, sans caractère irritatif persistant.

37. Dans un avis du 12 mars 2019, le SMR, sous la plume du Dr I_____, a relevé que le Dr D_____ dressait un tableau en tout point comparable à celui de la première demande de prestations, et que le Dr L_____ attestait une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité respectant ses limitations d'homme au foyer depuis le 1er mars 2019. Il fallait considérer que l'état de santé de l'assuré s'était nettement dégradé depuis mai 2016, justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis cette date. Depuis le 1er mars 2019, la capacité de travail était de 50 % dans toutes les activités respectant strictement les limitations fonctionnelles en rapport avec l'épilepsie et les troubles cognitifs, depuis au moins le 20 février 2019 (*sic*).

38. Dans une note du 19 mars 2018, l'OAI a relevé que l'assuré était marié et avait un enfant de 6 ans. Lors de la première demande, un statut d'indépendant avait été retenu. L'assuré ne travaillait plus depuis 2013 et il avait une activité d'homme au foyer, surtout depuis son mariage. Au moment du début de l'incapacité de travail, l'assuré était ainsi homme au foyer.

39. L'OAI a diligenté une enquête ménagère au domicile de l'assuré le 4 juin 2019. Dans le formulaire d'enquête, l'enquêtrice a coché la case « Non » à la question de savoir si sans handicap, l'assuré exercerait une activité lucrative. Elle a précisé sous cette rubrique que « l'assuré aurait bien aimé continuer son activité de brocanteur en famille sans revenu, comme avant le décès de son père en 2013 ». Son épouse n'avait aucun revenu. Avant l'atteinte à la santé invalidante, soit en mai 2016, l'assuré n'avait pas d'activité lucrative. Vraisemblablement, il serait toujours homme au foyer, même sans atteinte à la santé.

    Après avoir détaillé les différents empêchements de l'assuré dans ses travaux habituels, l'enquêtrice a conclu à un empêchement de 56.5 %, et de 28 % une fois pondéré en tenant compte de l'aide exigible de son épouse.

    Elle a noté dans la rubrique relative à l'allocation pour impotent que les conditions n'étaient pas remplies. L'assuré était autonome pour les actes ordinaires de la vie. Il pouvait rester une ou deux heures sans surveillance personnelle et permanente. Elle ne retenait pas le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie, car il était exigible que son épouse l'accompagne, et que l'assuré ne serait vraisemblablement pas en institution sans son aide pour l'instant.

40. Le 27 juin 2019, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision niant le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Le statut de l'assuré était celui d'une personne non active. L'OAI admettait l'existence d'une atteinte à la santé

invalidante depuis le mois de mai 2016. L'empêchement pour accomplir les travaux habituels s'élevait à 28 %. Ce taux d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente.

41. Le 29 août 2019, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI, notamment s'agissant de son statut. Il avait toujours travaillé dans l'entreprise familiale de brocante à 100 %. Son épouse, sans activité, s'occupait de leurs enfants en bas âge (nés en 2012 et 2018). S'il était en bonne santé, il serait économiquement obligé de travailler, ce qu'il aurait d'ailleurs souhaité. L'OAI avait d'ailleurs retenu un statut d'indépendant dans sa première décision. L'assuré a joint trois attestations manuscrites d'antiquaires et brocanteurs, qui confirmaient son activité aux côtés de son père depuis son plus jeune âge. Il demandait que son invalidité soit évaluée selon la méthode ordinaire.

42. Le 4 septembre 2019, l'OAI a indiqué à l'assuré que les attestations transmises ne suffisaient pas à fonder un changement de statut, et l'a invité à lui faire parvenir ses recherches d'emploi ou des documents démontrant l'exercice d'une activité lucrative depuis 2015.

43. Par courrier du 10 septembre 2019, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait exercé aucune activité lucrative depuis 2015 en raison de son incapacité de travail attestée médicalement. Il n'avait jamais été en mesure de chercher du travail.

44. Dans une note du 13 septembre 2019, l'OAI a relevé que l'assuré n'avait jamais versé de cotisations comme indépendant et n'était pas inscrit au registre du commerce. Selon l'avis du SMR du 12 novembre 2015, il n'existait pas d'atteinte incapacitante au sens de la loi, et l'assuré aurait ainsi théoriquement pu reprendre une activité, ce qui n'avait pas été le cas. Pour toutes ces raisons, l'OAI s'éloignait de la méthode de comparaison des revenus avec un statut d'indépendant retenue lors de la première demande.

45. Par décision du même jour, l'OAI a confirmé les termes de son projet.

46. Par écriture du 11 octobre 2019, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière. Il a sollicité l'octroi d'un délai pour compléter son recours. Il a contesté l'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité, alléguant qu'il aurait poursuivi une activité lucrative à temps complet si sa santé le lui avait permis. Il a également contesté les résultats de l'enquête ménagère et l'évaluation de ses limitations.

47. Le recourant a complété son recours par écriture du 5 décembre 2019.

    Il a notamment allégué qu'un de ses agresseurs avait été condamné en mars 2018 pour lésions corporelles graves. Il a répété qu'il avait travaillé à 100 % comme brocanteur dans l'activité familiale dès la fin de l'école obligatoire. Il n'avait arrêté de travailler qu'en raison de ses problèmes de santé. En bonne santé, il aurait continué l'activité qu'exerçaient les hommes de sa famille de père en fils, non sous la forme d'une société familiale qu'il aurait pu reprendre, mais simplement en

association avec un partage des rentrées. Le recourant et son épouse souhaitaient à l'origine que lui subvienne aux besoins de sa famille par son activité professionnelle et qu'elle se consacre à l'éducation des enfants et aux tâches du foyer. Il aurait été obligé de travailler en bonne santé, comme l'intimé l'avait d'ailleurs constaté en 2015 dans sa première décision. Il n'y avait aucune raison de retenir qu'il se serait consacré aux tâches ménagères s'il avait été apte à travailler. On ne pouvait lui opposer l'absence de recherches d'emploi entre mars 2016, date à laquelle sa première demande de prestations avait été définitivement tranchée par la négative, et mai 2016, date à laquelle il avait failli mourir dans une agression au couteau. Il était gravement atteint dans sa santé somatique et psychique, et il était suivi par le Dr B_____ et la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à raison de deux fois par mois. S'agissant de sa capacité de travail, l'intimé n'avait pas instruit l'incidence de ses troubles psychiques, alors que le Dr L_____ avait noté que son avis n'était valable que sous réserve des affections psychiatriques. L'intimé aurait donc dû l'interpeller sur son suivi psychiatrique, interroger son psychiatre ou mandater un expert à ce propos. Vu l'évidente nécessité d'un consilium pour tenir compte des limitations neurologiques exposées par le Dr L_____ et des limitations psychiques, l'intimé aurait dû mettre sur pied une expertise bi-disciplinaire. Son dossier n'avait pas été correctement instruit, et la décision de l'intimé n'était pas fondée. Si par impossible on devait estimer que la capacité ménagère du recourant était pertinente, il fallait constater que l'enquête ménagère effectuée ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante. Vu la particularité de ses limitations, un neurologue aurait dû se prononcer sur les activités encore possibles de façon autonome pour le recourant dans son ménage. En outre, compte tenu de la présence constante de son épouse au domicile, il était impossible de savoir ce qu'il pourrait ou non faire seul. En raison de ses troubles neuropsychologiques et de ses crises d'épilepsie, le recourant ne pouvait pratiquement rien faire seul à son domicile ou en dehors. Il avait besoin des instructions de son épouse et surtout de sa surveillance. Il ne pouvait rester seul, encore moins avec des enfants en bas âge ou une casserole sur le feu. Sa capacité ménagère était ainsi nulle.

Le recourant a sollicité son audition et l'audition de témoins, dont les Drs B_____ et M_____.

48. Dans sa réponse du 17 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que dans la mesure où le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail durable selon les conclusions des experts en 2015, on ne pouvait considérer que c'était pour des raisons de santé qu'il avait cessé son activité lucrative. L'intimé a souligné que l'atteinte psychique avait bien été investiguée, le Dr I_____ retenant que le tableau clinique brossé par le Dr D_____ était comparable à celui qui se manifestait lors de la première demande de prestations. Quant à l'enquête ménagère, elle avait été réalisée par une personne spécialisée dans ce genre d'examens, qui avait consigné de manière complète les informations données par le recourant en présence de son épouse. La prise en compte des handicaps et des

empêchements résultant des diagnostics médicaux n'avait pas été négligée. Le taux d'exigibilité de 30 % retenu par rapport à l'aide apportée par l'épouse du recourant et les membres de sa famille était conforme à la jurisprudence et correspondait, au degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide effective apportée.

49. Par réplique du 17 février 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions, sollicitant également des intérêts moratoires. Il a rappelé que ce n'était qu'en mars 2016 que son recours contre la première décision de refus de prestations de l'intimé avait été déclaré irrecevable, et l'agression qui avait entraîné l'aggravation de son état de santé était survenue deux mois plus tard. On ne saurait ainsi considérer qu'il aurait dû chercher du travail entre 2013 et 2016, et il y avait lieu d'examiner la situation antérieure à 2013, pour laquelle l'intimé avait admis un statut d'actif. Il a réitéré ses offres de preuve sur ce point. Il a répété que son atteinte psychiatrique n'avait pas été investiguée, alors que le Dr D_____ avait mentionné un statut correspondant à celui d'un état dépressif grave dans son rapport du 26 décembre 2018. La Dresse M_____ confirmait également une capacité de travail nulle au plan psychique. En 2018, c'était cette psychiatre qui suivait régulièrement le recourant. Il y avait lieu d'ordonner une expertise judiciaire psychiatrique. Le recourant a répété que ses troubles neuropsychologiques empêchaient une réelle autonomie dans son ménage. Seul un neuropsychologue pouvait se prononcer sur sa capacité ménagère concrète. Vu les troubles psychologiques surajoutés, un psychiatre devait également se prononcer.

    Le recourant a produit un courrier du 17 janvier 2020 de la Dresse M_____. Cette spécialiste y a précisé qu'elle suivait le recourant depuis juillet 2017, avec des interruptions selon son état. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique, et de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique. Sa capacité de travail actuelle était nulle d'un point de vue psychiatrique. Le recourant présentait une humeur triste et dysphorique, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une irritabilité et des réactions de colère fréquentes à la moindre frustration ou contrariété, une anxiété importante, une fatigue avec des difficultés à récupérer, un sommeil et un appétit variables, aggravant la fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire, une mauvaise estime de soi, une perte de confiance en soi, des ruminations négatives sur le vécu durant les dernières années, un fort sentiment d'injustice, un évitement du contact avec autrui, une incapacité à se projeter dans l'avenir et à s'organiser au quotidien, et une relation de dépendance vis-à-vis de son épouse. Le recourant avait besoin d'un étayage externe important. Il était sensible au stress et il existait un risque important de rechute des consommations d'alcool. En raison de la multiplication des traitements médicamenteux pour les pathologies somatiques et du risque d'aggravation de ces dernières, notamment de l'épilepsie, une réduction du traitement psychotrope avait été décidée. Les antidépresseurs avaient été arrêtés en raison de la réponse très

partielle à ce traitement et de leurs effets secondaires importants. Le recourant avait de la peine à s'organiser au quotidien, avec entre autres des troubles de la mémoire ayant un impact négatif sur son suivi, caractérisé par l'irrégularité dans les rendez-vous et la prise des médicaments. Depuis peu, le recourant déployait des efforts pour améliorer ces aspects, avec l'aide de son épouse qui gérait quasiment toute la vie de la famille et les affaires du recourant, et à qui il se référait quasiment toujours avant de prendre une décision. On pouvait s'attendre à une évolution chronique des symptômes psychiques, ou au mieux une amélioration très lente et partielle de son état au long cours.

50. Par duplique du 24 mars 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a répété que l'expertise de 2015 excluait une atteinte invalidante depuis 2009. Il a relevé que le suivi psychiatrique connaissait des interruptions, ce qui parlait en défaveur d'une atteinte grave. Ainsi une expertise ne se justifiait pas. En l'absence d'élément permettant de remettre en cause la valeur probante de l'enquête sur le ménage, il n'y avait pas lieu de s'en écarter.

    Dans l'avis du 20 mars 2020 du SMR produit par l'intimé à l'appui de son écriture, la Dresse N_____ a retenu que si l'on comparait le rapport de la Dresse M_____ avec l'expertise psychiatrique réalisée en 2015, on retrouvait les mêmes plaintes dépressives et les manifestations du trouble de la personnalité de type émotionnellement labile et dépendant. En 2015, il n'y avait pas de troubles cognitifs, apparus à la suite de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré en 2016. L'impact de ces troubles avait déjà été évalué par le neurologue, et pris en compte par le SMR. Ainsi, au plan psychiatrique, on ne constatait pas de modification par rapport à 2015. Les impacts psychiatriques et neuropsychologiques avaient été pris en compte lors de l'enquête ménagère. Ainsi, le rapport de la Dresse M_____ n'amenait pas de nouvel élément permettant de remettre en question le dernier avis du SMR.

51. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 25 mars 2020.

52. À la même date, les parties ont été informées que la cause serait gardée à juger le 20 mai 2020.

53. Le 12 février 2021, le recourant a indiqué à l'OAI qu'une importante pathologie cardiaque venait d'être diagnostiquée, et que ses troubles neuropsychologiques s'aggravaient. Il lui a transmis plusieurs documents médicaux.

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. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

3. Le recours porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

   S'agissant de l'aggravation alléguée par le recourant en février 2021, on précisera que la décision fixe la limite temporelle de l'état de fait déterminant. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_777/2013 du 13 février 2014 consid. 5.2.2.).

4. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

   L'art. 14*a* LAI précise que l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50 % au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures ciblées ci-après qui visent la réadaptation professionnelle les mesures socioprofessionnelles (let. a); et les mesures d'occupation (let. b) (al. 2). L'art. 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle.

   Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci

ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

5. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

6. 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 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

   b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient

que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

7. Dans un arrêt relativement de principe de 2015 concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Le degré de gravité fonctionnelle comprend l'axe « Atteinte à la santé » englobant l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers, les comorbidités, l'axe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles), l'axe « Contexte social ». La catégorie de la cohérence englobe les indicateurs relatifs à la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et au poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

8. Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

   Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

9. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.

   a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28*a* al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

   L'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). On n'admettra d'exceptions à ce principe que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il y a lieu en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28*a* al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches.

S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2).

10. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de

l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références).

Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2018 du 28 juin 2018 consid. 2.2).

11. En l'espèce, il convient tout d'abord de se déterminer sur le statut du recourant.

L'intimé a opéré une modification de statut depuis sa première décision du 16 novembre 2015, affirmant que l'absence d'activité lucrative du recourant démontrerait que celui-ci est homme au foyer, puisqu'il ne travaille pas alors qu'il serait capable de le faire selon les conclusions des experts mis en œuvre en 2015. Ce raisonnement ne peut pas être suivi.

En premier lieu, même si les conclusions de l'expertise des Drs E_____, G_____ et F_____ quant à la capacité de travail médico-théorique du recourant devaient se voir reconnaître valeur probante – question sur laquelle la chambre de céans reviendra ci-après –, celui-ci se considérait néanmoins totalement incapable de travailler à l'époque, comme il l'a indiqué à ces experts, et comme le démontre le recours interjeté à l'encontre de la décision de l'intimé. Son médecin traitant, le Dr B_____, a du reste attesté une incapacité de travail totale remontant à 2009. Dans ces conditions, on ne peut lui opposer de ne pas avoir cherché un emploi, ni tirer des conclusions de son inactivité quant au statut qu'il aurait adopté en bonne santé. On soulignera que le recourant est resté constant dans ses déclarations sur son parcours professionnel. Il a en effet décrit aux experts qu'il avait cessé son travail pour des raisons de santé. Il a également indiqué à l'enquêtrice chargée de recenser

ses empêchements dans le ménage qu'il aurait souhaité continuer son activité de brocanteur sans atteinte à la santé. La mention dans ce rapport d'enquête que sans atteinte à la santé, il aurait poursuivi son « activité sans revenu » est sans portée sur la qualification d'activité lucrative qui aurait été poursuivie si le recourant avait été en bonne santé. On peut en effet très sérieusement douter que ce dernier ait déclaré à l'enquêtrice qu'il ne tirait aucun revenu de son ancienne activité, puisqu'il l'a toujours désignée comme une activité professionnelle et qu'il a du reste transmis à l'intimé des décomptes des bénéfices tirés des ventes en 2012. De plus, il ne paraît guère vraisemblable que sans atteinte à la santé, l'assuré aurait poursuivi sa collaboration avec les membres de sa famille sans plus revendiquer sa part des recettes. Les autres éléments du dossier, notamment la profession indiquée par les médecins traitants – soit forain ou brocanteur – concourent également à démontrer que cette activité ne relevait pas d'un loisir, mais bien d'un travail dans le cadre d'une association familiale. Il est vrai que le recourant n'a jamais déclaré de revenus soumis à cotisation à l'AVS. Cela ne suffit toutefois pas à retenir un statut ménager, et l'intimé n'en avait d'ailleurs pas tiré de conclusion lors de la définition initiale du statut d'indépendant. Le Tribunal fédéral a certes souligné qu'il n'était pas acceptable de ne pas déclarer des revenus aux assurances sociales et de les faire valoir par la suite (arrêt du Tribunal fédéral 8C_930/2012 du 25 janvier 2013 consid. 4.1). Il se référait toutefois non pas à la détermination du statut, mais au revenu sans invalidité, dont l'assuré faisait valoir dans le cas d'espèce qu'il était en réalité supérieur à celui déclaré à l'AVS et pris en compte par l'assurance-invalidité.

En outre, au vu des déclarations sur l'organisation familiale convenue avec son épouse au début de leur mariage, dont rien ne permet de mettre en cause l'authenticité, et que corrobore l'absence d'activité lucrative de son épouse, et des circonstances économiques défavorables – la famille du recourant dépendant de l'assistance de l'Hospice général –, on doit admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que ce dernier aurait travaillé à plein temps sans atteinte à la santé.

La décision de l'intimé repose ainsi sur des prémisses erronées, en tant qu'elle se fonde sur un statut ménager. Il y a ainsi lieu de reconnaître au recourant un statut d'actif à 100 %, de sorte qu'on peut s'épargner l'analyse de la valeur probante de l'enquête ménagère réalisée.

12. S'agissant de la capacité de travail et de gain du recourant, le Dr I_____ a déclaré se rallier à l'appréciation du Dr L_____, tout en retenant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le 1er mars 2019, alors que le neurologue l'envisageait dès le 1er mai 2019 seulement. Le médecin du SMR a exclu une aggravation des troubles psychiques, de sorte que les conclusions du Dr G_____ restaient valables.

Au sujet de l'expertise psychiatrique réalisée en 2015, on doit tout d'abord relever qu'elle ne permet pas de se prononcer sur le caractère invalidant des troubles psychiques du recourant, dès lors qu'elle ne se prononce pas sur les indicateurs

développés par la jurisprudence rappelée plus haut. Selon le Tribunal fédéral, il n'y a certes pas lieu de nier d'emblée toute valeur probante au rapport d'expertise qui ne contiendrait pas une analyse selon ces nouveaux indicateurs. Il convient plutôt d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, et il revient en outre aux organes chargés de l'application du droit de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et les références). Cela étant, l'expertise du 17 juillet 2015 ne contient pas les éléments nécessaires à une telle analyse dans le cas d'espèce. Du reste, même s'il fallait analyser ce rapport à l'aune des critères applicables à l'époque de sa rédaction, on ne pourrait lui reconnaître valeur probante. Au plan formel, le statut psychique extrêmement bref, auquel sont intégrées les plaintes du recourant, ne permet pas de distinguer les éléments cliniques concrets sur lesquels reposent les diagnostics de l'expert psychiatre. Ce dernier n'a du reste guère motivé ses conclusions quant à l'absence d'atteinte invalidante, qui contrastent avec un tableau qui paraît assez sombre au vu des éléments décrits et de l'anxiété importante signalée par les autres experts. En outre, on comprend mal comment le Dr G_____ peut exclure une incapacité de travail tout en l'admettant de manière transitoire pour le passé, alors qu'il ne décrit pas d'évolution claire de l'état psychique du recourant. Cette expertise est également contradictoire, dans la mesure où l'expert psychiatre a évoqué l'opportunité d'un stage de réintégration professionnelle, tout en concluant plus loin que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. Par surabondance, on ne peut exclure d'aggravation de l'état de santé du recourant au plan psychique, notamment au vu de l'impact de l'agression signalé par les Drs D_____ et B_____. Enfin, tant Mme K_____ que le Dr L_____ ont suggéré que les atteintes psychiques étaient invalidantes, le neurologue ayant du reste émis ses conclusions sous réserve des répercussions des atteintes psychiques.

Partant, cette expertise ne peut se voir reconnaître valeur probante.

Au sujet des conclusions du neurologue, auxquelles s'est rallié le SMR, il convient de noter qu'elles ne sont guère motivées s'agissant de l'évolution de la capacité de travail au plan neurologique avant le 1er mai 2019, et qu'on comprend mal le choix de cette date pour fixer le début de la capacité de travail dans une activité adaptée. De plus, compte tenu de la surveillance mentionnée selon le Dr L_____, il y aurait lieu de lui demander de préciser en quoi elle consiste et si elle est compatible avec un emploi dans l'économie libre.

13. Compte tenu de ce qui précède, le dossier ne permet pas de trancher le droit aux prestations en l'état.

    Il y a en effet lieu d'instruire l'incidence des troubles psychiques du recourant et de faire préciser certains points au neurologue traitant.

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand elle n'a pas du tout instruit une question, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimé n'ayant pas investigué les troubles psychiques.

Il y a ainsi lieu de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Il appartiendra également à l'intimé de requérir du Dr L_____ qu'il se prononce sur l'évolution de la capacité de travail de gain du recourant avant le 1er mars 2019, et qu'il précise l'incidence de la surveillance nécessaire sur la possibilité du recourant de reprendre un travail, et d'organiser un *consilium* entre ce spécialiste et l'expert psychiatre dans la mesure nécessaire.

Une fois les conclusions de l'expert et du Dr L_____ connues, l'intimé devra procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'un statut d'actif à 100 %. Dans ce cadre, si une capacité de gain résiduelle est mise en évidence, il devra également examiner si elle est exploitable de manière réaliste et se prononcer sur le droit à des mesures professionnelles, dès lors que les limitations fonctionnelles importantes du recourant, tant au plan neurologique que neuropsychologique, paraissent restreindre fortement le champ des activités possibles.

Bien que l'aggravation signalée par le recourant en 2021 n'ait pas à être examinée dans le cadre de la présente procédure, il y aura également lieu pour l'intimé d'analyser son éventuelle incidence sur le droit aux prestations.

Au vu de l'issue du litige, la chambre de céans ne donnera pas suite aux mesures probatoires requises par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

14. Le recours est partiellement 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'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 500.-.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 13 septembre 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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