

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1636/2025

ATAS/411/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mai 2026

Chambre 6

En la cause

A_____

recourante

Représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Teresa SOARES,
juges assesseures.**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1975, mariée en 2000 et divorcée en 2008, mère d'une fille née le _____ 2014, de nationalité suisse, a déposé le 1^{er} novembre 2004 une demande de mesure d'ordre professionnel auprès de l'assurance-invalidité. Elle a exercé des emplois de courte durée dans le domaine de la boulangerie / épicerie, en crèche, comme vendeuse, standardiste et aide de cuisine.
- b.** Le 17 janvier 2005, la docteure B_____, du service médico-pédagogique de l'office de la jeunesse du canton de Genève, a attesté d'un diagnostic de personnalité borderline et indiqué que l'assurée n'était pas capable de maintenir une activité professionnelle de manière régulière.
- c.** Le 23 juin 2006, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que l'assurée ne présentait pas de pathologie psychiatrique au sens de l'assurance-invalidité.
- d.** Par décision du 18 septembre 2006, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations.
- B.** **a.** Le 13 septembre 2006, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant (TPAE) a instauré une curatelle de l'assurée auprès du service de protection de l'adulte (ci-après : DCS-OPAD).
- b.** Le 8 septembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande prestations.
- c.** Par décision du 30 novembre 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
- d.** Le 6 octobre 2023, le docteur C_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait état de bursite insertionnelle au niveau du moyen fessier.
- e.** Le 13 février 2024, D_____, psychologue au service des spécialités psychiatriques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a rendu un rapport d'évaluation psychologique. L'assurée présentait des traits autistiques élevés par rapport à la population générale ; elle rencontrait en particulier des difficultés de la communication sociale qui semblaient marquées ; il était possible que les traits autistiques mis en évidence dans l'évaluation psychologique, associés aux troubles neurodéveloppementaux et cognitifs préalablement diagnostiqués (troubles divers des apprentissages, troubles exécutifs et visuo-spatiaux, trouble du déficit de l'attention), s'intégraient tous dans le contexte d'un syndrome génétique. Une activité dans un milieu ordinaire semblait manifestement contre-indiquée.
- f.** Le 24 février 2024, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

g. Le 12 avril 2024, la docteure E_____, spécialiste en médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI, attestant de diagnostics de trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), de trouble spécifique des apprentissages suite au bilan neuropsychologique de 2022, de trouble du spectre autistique relaté par un bilan neuropsychologique de 2024, d'hypercholestérolémie en novembre 2023, de thrombopénie d'origine indéterminée, de migraines épisodiques, de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil (PLMS) et de tendinite du moyen fessier.

Il fallait envisager un travail dans un milieu protégé en raison des difficultés dans les relations sociales, de comportement et les troubles de l'apprentissage.

h. Le 12 août 2024, le docteur F_____, spécialiste en psychiatrie, a rempli un rapport médical AI, posant les diagnostics de trouble envahissant du développement et fonctionnement cognitif limité. Les limitations cognitives, relationnelles, de communication, d'autonomie et des compétences d'adaptation avaient un impact majeur sur la capacité de travail de l'assurée ; les tentatives d'exercer une activité salariée avaient rapidement échoué ; l'assurée était au bénéfice de l'aide familiale ou sociale depuis le début de l'âge adulte. Elle n'était pas médicalement apte à suivre une mesure de réadaptation professionnelle adaptée à ses limitations ; elle avait par ailleurs déjà bénéficié d'un accompagnement de ce type dans le passé, sans résultat.

i. Le 4 septembre 2024, le SMR a rendu un avis préconisant la réalisation d'une expertise psychiatrique avec, si l'expert le juge utile, un bilan neuropsychologique, en incluant des tests de validation des symptômes et tests de QI.

j. À la demande de l'OAI, la docteure G_____, spécialiste en psychiatrie, a rendu un rapport d'expertise le 13 décembre 2024. Elle a posé les diagnostics de syndrome d'Asperger léger mais cliniquement significatif et de trouble de l'attention avec hyperactivité surtout durant l'enfance et dans une moindre mesure actuellement. La capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée, soit toute activité adaptée au niveau d'acquisition sans relations sociales intenses ou stressantes, sans nécessiter une attention optimale, sans multi tâches, sans réalisation de l'administratif et simple intellectuellement.

k. Le 20 janvier 2025, le service de réadaptation de l'OAI a estimé qu'un travail dans le nettoyage, dans une très petite équipe, sans relations sociales intenses ou stressantes, sans une hiérarchie complexe, simple intellectuellement, avec des tâches répétitives était adapté.

l. Le 20 janvier 2025, le SMR a retenu une capacité de travail de 80% dès 2009, dans une activité adaptée.

m. Par projet de décision du 17 février 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Le degré d'invalidité était de 28% (revenu sans invalidité de

CHF 82'786.- et revenu d'invalidité identique, pour un taux d'activité de 80%, avec une déduction de 10%, soit un revenu de CHF 59'606.-).

n. Le 20 mars 2025, l'assurée, représentée par sa curatrice du DCS-OPAD, a contesté le projet de décision précité. Elle présentait des limitations fonctionnelles qui altéraient de manière significative son autonomie et sa qualité de vie. Elle avait déjà exercé dans des activités adaptées mais n'avait pas pu les maintenir. Elle a communiqué :

- Un rapport du Dr F_____ du 3 février 2025. L'assurée n'avait pas pu faire de formation. Elle présentait un fonctionnement cognitif limite et un trouble autistique sur une pathologie génétique.
- Un rapport de la docteure H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 18 mars 2025, attestant d'un suivi depuis le 27 janvier 2025 et d'une incapacité de travail totale, en raison de limitations fonctionnelles d'ordre psychique.

o. Le 24 mars 2025, le SMR a observé que la psychiatre traitante relevait les mêmes diagnostics que l'experte et soulignait que l'état était stationnaire. Il s'agissait d'une évaluation différente d'un même état de fait.

p. Par décision du 26 mars 2025, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

C. a. Le 12 mai 2025, l'assurée, représentée par le DCS-OPAD, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle ne disposait pas des capacités nécessaires pour conserver un emploi stable et répondre aux exigences professionnelles courantes, comme le soulignait sa psychiatre traitante.

b. Le 3 juin 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que le rapport d'expertise était probant.

c. Le 23 juin 2025, la recourante a persisté dans ses conclusions.

d. Le 29 septembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. La recourante a notamment déclaré que l'entretien avait été mené par I_____, psychologue, et qu'elle n'avait vu la Dre G_____ que deux minutes à deux reprises.

e. Le 13 octobre 2025, la chambre de céans a requis de la Dre G_____ des renseignements sur le déroulement de l'expertise, en soulignant que, selon l'enregistrement des deux entretiens des 2 et 9 décembre 2024, ceux-ci avaient été menés par I_____.

f. En l'absence de réponse de la Dre G_____, la chambre de céans a requis de l'intimé qu'il se détermine sur la valeur probante du rapport d'expertise de la Dre G_____. L'intimé a considéré qu'il se référerait au contenu du rapport d'expertise du 13 décembre 2024.

g. Le 6 janvier 2026, la Dre G_____ a indiqué qu'elle avait mené personnellement les entretiens avec la recourante les 2 et 9 décembre 2024, soit respectivement de 9h00 à 12h30 et de 9h00 à 11h00. Elle n'avait pas pu enregistrer les entretiens qu'elle avait personnellement conduits en raison d'un dysfonctionnement de son ordinateur. Son rapport reposait sur des entretiens cliniques directs, complétés par l'analyse du dossier et les éléments recueillis lors des évaluations menées par I_____.

h. À la demande de la chambre de céans, I_____ a indiqué le 26 janvier 2026 qu'elle avait mené les deux entretiens avec la recourante au cabinet de la Dre G_____ ; les entretiens ne concernaient que la partie psychologique de l'expertisée, la Dre G_____ n'y avait donc pas participé directement. La Dre G_____ avait ensuite reçu la recourante, mais elle n'était elle-même pas présente, la durée étant en général de 45 minutes.

i. Le 26 février 2026, un avocat s'est constitué pour la défense des intérêts de la recourante.

j. Les 23 février et 2 mars 2026, la recourante a communiqué un rapport de bilan neuropsychologique et évaluation de l'efficacité intellectuelle du 10 juin 2022 effectué par J_____, psychologue, et K_____, psychologue FSP, spécialisée en neuropsychologie ASNP, ainsi qu'une attestation d'L_____SA du 9 février 2026, selon laquelle elle avait eu un prélèvement le 2 décembre 2024 à 11h54.

k. La chambre de céans a convoqué comme témoins la Dre G_____ et I_____ le 2 mars 2026.

La Dre G_____ ne s'est pas présentée à l'audience, sans s'excuser.

I_____ a déclaré qu'elle relevait les informations anamnestiques auprès des expertisés, de telle manière que la Dre G_____ n'avait pas à les recueillir elle-même. La Dre G_____ faisait en général deux fois un entretien de 45 minutes. Elle faisait environ le même temps pour ses propres entretiens. La Dre G_____ n'était jamais présente lors de ses entretiens.

La recourante a indiqué que le 2 décembre 2024, elle s'était rendue à pied à L_____SA et que cela lui avait pris 10 à 12 minutes. Elle avait dû ensuite attendre 5 minutes avant qu'on la prenne. Elle n'était pas retournée ensuite au cabinet. Le 9 décembre 2024, elle avait dû attendre longtemps la Dre G_____, qui l'avait reçue vers 11h45 jusqu'à 12h00. À 12h18, elle était dans le tram et elle avait envoyé un message à sa fille pour l'en informer. Il était étonnant que la Dre G_____ n'ait pas effectué un bilan neuropsychologique, comme suggéré par le SMR.

l. Le 3 mars 2026, la chambre de céans a requis de la Dre G_____ qu'elle s'explique sur son absence à l'audience.

m. Celle-ci a indiqué le 9 mars 2026 qu'elle n'avait pas reçu la convocation ; elle était en arrêt maladie à 80% depuis le 1^{er} janvier 2026 et à 70% depuis le 1^{er} mars

2026 et elle partageait ses locaux avec d'autres thérapeutes, de sorte que la convocation avait pu être réceptionnée sans qu'elle ne lui parvienne.

n. À la demande de la chambre de céans, l'OAI a communiqué une facture de la Centrale de compensation relative à un traitement des 2 et 9 décembre 2024, au montant total de CHF 3'879.10. La chambre de céans a requis du Centre médical M_____ qu'il explique les rubriques de la facture.

o. Le 16 mars 2026, la Dre G_____ a répondu que la facture avait été faite en tenant compte de la difficulté de l'expertise, des dates de consultation et des durées rapportées par les psychologue et psychiatre impliqués dans le processus d'expertise.

p. Le 23 mars 2026, la chambre de céans a entendu la Dre G_____ comme témoin.

L'expertise comprenait l'évaluation avec la psychologue, des tests et l'évaluation psychiatrique. Elle voyait l'assuré entre 30 et 40 minutes et, lors d'un second, entretien, parfois moins, entre 15 et 20 minutes. Les tests duraient en moyenne 30 minutes, voire plus.

Le 2 décembre 2024, elle n'avait pas noté que la recourante n'était pas retournée au cabinet après la prise de sang. Il se pouvait que la prise de sang se fasse entre les deux entretiens. Elle avait perdu les enregistrements des entretiens de la recourante.

Les entretiens d'I_____ prenaient plus de temps que les siens car elle avait plus de questions détaillées à poser à l'assurée. Il y avait un forfait pour chaque catégorie d'expertise et elle recevait toujours le même montant d'honoraires. Elle transmettait une facture détaillée au Centre car cela était requis par celui-ci. Elle a indiqué qu'elle transmettrait la copie de cette facture.

Si elle n'avait pas demandé de bilan neuropsychologique et cité le rapport d'évaluation psychologique des HUG de 2024, qui lui-même citait un bilan neuropsychologique de 2022, c'était qu'elle avait estimé que ces deux évaluations étaient probantes.

q. Le 30 mars 2026, la Dre G_____ a indiqué que sa facture était constituée d'un forfait d'expertise déterminé selon un barème prédéfini en fonction du type d'expertise. La recourante était capable de travailler dans une activité dans l'économie normale. Si des doutes devaient persister quant aux conclusions, il était pertinent d'envisager une expertise neuropsychologique.

r. Le 23 avril 2026, à la demande de la chambre de céans, la Dre G_____ a indiqué que la seule facture relative à l'expertise de la recourante était celle du Centre d'expertise, reflétant un montant forfaitaire correspondant à la catégorie D. Elle n'avait pas émis de facture spécifique pour l'expertise de la recourante.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante a une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en août 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 24 février 2024 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Une rente n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1^{bis} et 1^{ter} n'ont pas été épuisées (art. 28 al. 1^{bis} LAI).

3.3 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.4 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

3.4.1 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

3.4.2 Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu,

sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

3.4.3 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Le médecin du SMR n'a pas l'obligation de procéder lui-même à un examen médical sur la personne de l'assuré (*cf.* art. 49 al. 2 RAI) mais peut, selon les circonstances, fonder son avis en évaluant les éléments médicaux au dossier. Cette appréciation en l'absence d'examen n'est pas dénuée d'emblée de toute valeur probante et est soumise aux mêmes exigences en matière de preuve que les autres rapports médicaux (ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_160/2025 du 27 octobre 2025 consid. 5.2 et la référence).

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

3.4.5 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_458/2023 du 18 décembre 2023 consid. 3.2 et la référence).

3.5

3.5.1 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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.5.2 Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

4. L'art. 44 LPGa pose un certain nombre de principes relatifs à la mise en œuvre d'une expertise en matière d'assurances sociales. Cette disposition ne règle cependant pas de manière exhaustive le droit de l'expertise et le Tribunal fédéral a été amené à préciser sa portée (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la LPGa, 2018, n. 6 *ad* art. 44 LPGa).

4.1 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, par expert au sens de l'art. 44 LPGa, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références).

En sa qualité de mandant, l'assureur a droit à ce que l'expertise soit effectuée par la personne mandatée. La substitution ou le transfert (même partiel) du mandat à un autre spécialiste suppose en principe l'autorisation de l'organe ou de la personne qui a mis en œuvre l'expertise. L'obligation d'exécuter personnellement le mandat d'expertise n'exclut cependant pas que l'expert recoure à l'assistance d'un auxiliaire (« *Hilfsperson* »), qui agit selon ses instructions et sous sa surveillance, pour effectuer certaines tâches secondaires, par exemple assurer des tâches techniques (analyses) ou des travaux de recherche, de rédaction, de copie ou de contrôle. Une telle assistance fournie par un tiers compétent pour des tâches secondaires est admissible sans qu'on puisse y voir une substitution du mandataire soumis à l'accord de l'assureur, pour autant que la responsabilité de l'expertise, en particulier la motivation et les conclusions de celle-ci ainsi que la réponse aux questions d'expertise, reste en mains de l'expert mandaté. Il est en effet essentiel que l'expert mandaté accomplisse personnellement les tâches fondamentales d'une expertise médicale en droit des assurances, puisqu'il a été mandaté précisément en raison de son savoir, de ses connaissances scientifiques spécifiques et de son indépendance. Font ainsi notamment partie des tâches fondamentales d'expertise, qui ne peuvent être déléguées, la prise de connaissance du dossier dans son ensemble et son analyse critique, l'examen de la personne soumise à l'expertise ou le travail intellectuel de réflexion portant sur l'appréciation du cas et les conclusions qui peuvent être tirées, cas échéant dans le cadre d'une discussion interdisciplinaire (ATF 146 V 9 consid. 4.2.2 et les références citées).

4.2 Il ressort de ces principes posés par la jurisprudence en relation avec l'art. 44 LPGa, tant sous l'angle des droits de participation de l'assuré que des exigences en matière de substitution de l'expert mandaté, que l'obligation de communiquer le nom des médecins mandatés préalablement à l'expertise, respectivement le droit de l'assuré de connaître ce nom, concerne la personne qui est chargée par l'assurance-invalidité d'effectuer l'expertise. Cette obligation ne s'étend pas au nom du tiers qui assiste l'expert pour des activités annexes ne faisant pas partie des tâches fondamentales d'expertise. Ainsi, le nom de la tierce

personne qui assiste l'expert en effectuant des analyses médicales (p. ex. une prise de sang) n'a pas à être communiqué. On ne saurait en revanche considérer comme un simple auxiliaire accomplissant une tâche secondaire le médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. L'activité intellectuelle déployée par le médecin dans ces situations peut en effet avoir une influence sur le résultat de l'expertise. Par exemple, la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical implique une analyse comprenant déjà une certaine marge d'interprétation ; même si le résumé ne doit contenir que des extraits des pièces du dossier, il repose sur une sélection des dates, informations et données qui sont considérées comme déterminantes pour son auteur (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références). Dans les constellations mentionnées, les prescriptions de l'art. 44 LPGA sont applicables. Le nom du médecin auquel est confiée la tâche d'établir l'anamnèse de base ou le résumé du dossier ou celle de relire l'expertise afin d'en assurer la pertinence formelle doit être communiqué au préalable à l'assuré. Cette interprétation a été confirmée par les cours intéressées du Tribunal fédéral réunies dans une procédure selon l'art. 23 al. 2 LTF (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et les références citées). Le non-respect de cette exigence constitue une violation de ses droits de participation et d'être entendu (ATF 146 V 9 consid. 4.3.2). Toutefois, le défaut formel dont est entachée la procédure d'expertise ne conduit pas à écarter d'emblée le rapport d'expertise : si les experts désignés ont accompli personnellement les tâches fondamentales d'expertise, le fait que l'assuré n'a pas eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation. À cette fin, il convient de placer le recourant dans la situation dans laquelle il peut reconnaître s'il entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre du ou des médecins auxiliaires impliqués. Dans un tel cas de figure, la cause doit donc être renvoyée à l'office AI pour qu'il procède aux démarches nécessaires pour que le nom du ou des médecins dont l'assistance a été requise soit communiqué au recourant et que celui-ci puisse se prononcer sur un éventuel motif de récusation. Il incombe ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente d'invalidité (ATF 146 V 9 consid. 4.4).

4.3 Si l'expert veut s'adjoindre les services d'un tiers, il doit en avertir préalablement l'autorité judiciaire et recevoir une autorisation expresse de celle-ci. (...). Ces professionnels, [auxiliaires ou spécialistes dont l'expert veut s'adjoindre les services], doivent être mentionnés dans le rapport d'expertise. La manière dont les auxiliaires ont été utilisés, leurs compétences spécifiques, les tâches à eux attribuées et la manière dont l'expert peut garantir l'exécution de ces tâches sous sa responsabilité doit notamment ressortir de son rapport. Au demeurant, l'expert ne peut déléguer à ses auxiliaires les questions essentielles de

l'expertise et leurs réponses, même s'il en prend formellement la responsabilité en signant le rapport d'expertise. En définitive, l'expert désigné par l'autorité judiciaire doit diriger et organiser lui-même les travaux d'expertise. La limite dans laquelle des tâches sont susceptibles d'être qualifiées d'annexes, s'agissant du recours à des auxiliaires, est sujette à discussion. Celle-ci est assurément franchie quand un expert psychiatre délègue l'intégralité de l'entretien exploratoire à un assistant, dans la mesure où cette tâche constitue un élément essentiel de l'expertise (Yves DONZALLAZ, *Traité de droit médical, Le médecin et les soignants*, 2021, n. 3458 et les références).

4.4 Il sied encore de souligner que la dernière révision de la LAI (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022) exige davantage de transparence dans les expertises médicales et la mise en place de mesures visant à uniformiser l'assurance qualité. À cette fin, le Conseil fédéral a mis sur pied la Commission fédérale d'assurance qualité des expertises médicales (ci-après : la COQEM), dont la mission est d'élaborer des recommandations et de veiller à ce qu'elles soient suivies. Dans le cadre de sa mission, la COQEM a notamment développé six indicateurs de qualité des expertises médicales. Les trois premiers indicateurs portent sur la qualité du processus et se rapportent à la manière dont l'examen clinique est effectué et à la façon dont les expertises sont réalisées. Les trois autres indicateurs portent sur la qualité du résultat de l'expertise et permettent d'examiner la précision et la fiabilité des évaluations de l'état de santé ou de la capacité de travail d'une personne. Les indicateurs de qualité ont pour but d'améliorer la qualité de l'expertise, de la rendre plus transparente pour le public et de promouvoir le dialogue sur la qualité entre les mandants, les organismes d'expertise et les experts. Ces six indicateurs ne sont pas exhaustifs mais servent de point de départ pour améliorer en permanence la qualité de l'expertise et établir des normes de qualité. Outre les six indicateurs, la COQEM considère que les Lignes directrices pour l'expertise médicale publiées par la SWISS INSURANCE MEDICINE (ci-après : SIM) sont obligatoires pour la réalisation d'expertises en matière de droit des assurances sociales (cf. présentation des indicateurs de qualité, disponible sur le site internet de la COQEM : Indicateurs de qualité).

Concernant en particulier les expertises psychiatriques, la SIM renvoie, sur son site internet (cf. Lignes directrices pour l'expertise médicale), aux Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) dans leur 3^e édition du 16 juin 2016. Il sied de préciser d'ailleurs que ces lignes directrices ont été qualifiées par le Tribunal fédéral de standard reconnu pour l'expertise psychiatrique et qu'elles sont considérées comme une recommandation à suivre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_260/2017). À propos des principes de base, (« Qualification, attitude, rôle et tâche de l'expert »), ces lignes directrices énoncent que seul un médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie peut procéder à une expertise de psychiatrie d'assurance. En milieu institutionnel, une partie des tâches peut être

délégée à un médecin-assistant qui suit une formation post graduée en psychiatrie et psychothérapie ou à un psychologue, dès lors que l'expertise est effectuée sous la conduite et la responsabilité de l'expert psychiatre. Cela implique que le médecin spécialiste effectue lui-même une partie substantielle de l'examen, suit l'élaboration de l'expertise, finalise le rapport d'expertise et en assume la responsabilité par sa propre signature (p. 4 des lignes directrices). La structure de l'expertise psychiatrique en médecine d'assurance, avec les différentes étapes à suivre, est décrite de manière précise en page 7 et suivantes des lignes directrices. Il y est expressément mentionné au point « 3. Examen / Investigation » que « [l]'expert est tenu d'examiner lui-même l'assuré » (p. 9 des lignes directrices). À noter qu'une même indication ne figure pas aux autres points de la structure de l'expertise, telle qu'elle est prévue par les lignes directrices. Concernant le cadre externe de l'examen, les lignes directrices prévoient également qu'« [u]ne attitude empreinte d'empathie et adaptée aux circonstances d'une expertise permet à l'assuré examiné de s'exprimer plus facilement. Durant l'investigation, l'expert doit par conséquent accorder de l'importance à ses interactions avec l'assuré. Il convient ici de tenir compte des phénomènes de transfert et contretransfert – dès lors qu'ils sont clairement présents. » (p. 16 des lignes directrices).

4.5 On rappellera également que depuis le 1^{er} janvier 2022, sauf avis contraire de l'assuré, les entretiens entre l'assuré et l'expert font l'objet d'enregistrements sonores, lesquels sont conservés dans le dossier de l'assureur (art. 44 al. 6 LPGa). Le législateur a souhaité ainsi améliorer la transparence des expertises (voir à cet égard : Michela MESSI, *op. cit.*).

L'art. 7k OPGA précise notamment, au sujet de l'enregistrement sonore, que l'entretien comprend l'ensemble de l'entrevue de bilan et que celle-ci inclut l'anamnèse et la description, par l'assuré, de l'atteinte à sa santé (al. 1). L'enregistrement sonore doit être réalisé par l'expert conformément à des prescriptions techniques simples. Les assureurs garantissent l'uniformité de ces prescriptions dans les mandats d'expertise. L'expert veille à ce que l'enregistrement sonore de l'entretien se déroule correctement sur le plan technique (al. 5). L'assuré et l'expert doivent tous deux confirmer oralement le début et la fin de l'entretien au début et à la fin de l'enregistrement sonore, en précisant l'heure. Ils confirment de la même manière toute interruption de l'enregistrement (al. 6). Les experts et les centres d'expertises transmettent l'enregistrement sonore à l'assureur sous forme électronique sécurisée en même temps que l'expertise (al. 7). Si l'assuré, après avoir écouté l'enregistrement sonore et constaté des manquements techniques, conteste le caractère vérifiable de l'expertise, l'assuré et l'organe d'exécution tentent de s'accorder sur la suite de la procédure (al. 8).

4.6 La chambre de céans a jugé, dans un cas où les entretiens principaux de l'expertise avaient été en réalité exclusivement menés par des psychologues

travaillant pour le compte de l'expert, que celui-ci n'avait pas correctement exécuté son mandat et que l'expertise était entachée d'un vice grave (ATAS/204/2025 du 25 mars 2025). Elle a également jugé dans le même sens dans un cas où une psychologue s'était parfois retrouvée seule à conduire les entretiens avec l'assurée dans une proportion qui ne pouvait être qualifiée d'anecdotique, que le rapport d'expertise psychiatrique était entaché de graves vices formels (ATAS/529/2025 du 30 juin 2025).

5. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise de la Dre G_____ du 13 décembre 2024 pour retenir que la recourante est capable de travailler dès 2009 à un taux de 80%, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La recourante conteste la valeur probante de cette expertise et fait valoir les avis des Drs F_____ du 3 février 2025 et H_____ du 18 mars 2025, ainsi que le bilan neuropsychologique du 10 juin 2022 et l'évaluation psychologique du 13 février 2024. Elle conteste également le déroulement de l'expertise, en relevant que la Dre G_____ ne l'a reçue que durant une très courte période.

5.1 Il ressort de l'instruction menée par la chambre de céans auprès de la Dre G_____ et d'I_____, ainsi que de l'audition de l'enregistrement de l'expertise de la recourante, que le rapport d'expertise de la Dre G_____ ne peut se voir reconnaître une valeur probante.

Contrairement aux exigences jurisprudentielles précitées, la Dre G_____ n'a pas exécuté personnellement le mandat d'expertise, dès lors qu'elle a délégué l'essentiel des entretiens à I_____.

En effet, celle-ci a mené le 2 décembre 2024 un entretien de 1 h et 22 minutes (de 9h20 à 10h42) et le 9 décembre 2024 un entretien de 22 minutes (de 9h10 à 9h32), soit au total un entretien de 1 h et 44 minutes. Quant à la Dre G_____, elle indique qu'elle mène en général avec les expertisés un entretien de 30 à 40 minutes et la deuxième fois un entretien de 30 à 40 minutes, voire moins, de 15 à 20 minutes. Elle précise que les entretiens d'I_____ prennent plus de temps que les siens car celle-ci a plus de questions détaillées à poser à l'assuré.

Cette affirmation démontre déjà que la Dre G_____ estime qu'elle peut déléguer l'essentiel des entretiens exploratoires à une psychologue, ce qui n'est pas admissible. Fait en effet partie des tâches fondamentales de l'expertise – selon la jurisprudence précitée – l'examen de la personne soumise à l'expertise.

Cela dit, il apparaît en l'occurrence, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la Dre G_____ a mené des entretiens particulièrement courts avec la recourante. Le 2 décembre 2024, l'entretien d'I_____ s'est terminé à 10h42. La recourante a ensuite passé des tests estimés à environ 20 minutes par la recourante (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 2 mars 2026) et à au moins 30 minutes par la Dre G_____ (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 23 mars 2026), de sorte que la recourante a été en mesure de terminer ces tests aux alentours de 11h15. Or, à 11h54 elle était sur

place à L_____ SA, comme attesté par celui-ci, pour un prélèvement sanguin. Le trajet ayant duré 10 à 12 minutes à pied pour se rendre du cabinet de la Dre G_____ au laboratoire et la recourante ayant attendu 5 minutes avant d'être prise en charge (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 2 mars 2026), déclaration qui n'est pas contestée par l'intimé, la recourante a dû quitter le cabinet de la Dre G_____ vers 11h35. Dans ces conditions, la Dre G_____ n'a pu mener un entretien qu'au maximum de 20 minutes avec la recourante le 2 décembre 2024, avant que celle-ci ne se rende à L_____ SA. Même si, comme le prétend la Dre G_____, il n'est pas exclu que la recourante se soit rendue à L_____ SA entre l'entretien d'I_____ et le sien, ce que la recourante conteste, celle-ci n'aurait pu être de retour au cabinet de la Dre G_____ qu'au mieux vers 12h10 ; l'entretien s'étant terminé à 12h30, selon les déclarations de la Dre G_____, il n'aurait, quoi qu'il en soit, pas pu durer plus de 20 minutes.

Quant à l'entretien du 9 décembre 2024, il a suivi l'entretien d'I_____, lequel s'est terminé à 9h32, ainsi que les tests effectués par la recourante et n'a ainsi pu avoir lieu qu'à partir de 10h. Cela dit, la recourante indique qu'elle a dû attendre longtemps ce jour-là la Dre G_____ et que l'entretien s'est déroulé de 11h45 à 12h. Elle avait envoyé un message à sa fille dans le tram à 12h18. La durée de l'entretien mentionnée par la Dre G_____, soit de 9h à 11h, est ainsi remise en cause de façon convaincante par la recourante. Quoi qu'il en soit, la Dre G_____ affirme que lors du deuxième entretien, elle voit parfois l'assuré entre 15 et 20 minutes, ce qui rejoint les déclarations de la recourante quant à un entretien de 15 minutes.

Par ailleurs, la Dre G_____, bien qu'elle ait déclaré établir une facture détaillée comprenant le nombre d'heures effectuées par elle-même (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 23 mars 2026), laquelle était exigée par le Centre d'expertise, est revenue sur cette déclaration dans son écriture du 23 avril 2026, en relevant qu'elle n'avait pas émis de facture pour l'expertise de la recourante, le Centre lui versant un montant global couvrant l'ensemble de ses prestations. La Dre G_____ n'est ainsi pas en mesure d'établir concrètement le temps consacré aux entretiens de la recourante, ce d'autant qu'elle n'a pas enregistré ses entretiens, qu'elle a mentionné une durée globale des entretiens comprenant ceux d'I_____, et qu'elle a donné des indications floues et peu fiables (puisque à tout le moins le 2 décembre 2024, l'entretien n'a pas pu durer de 9h à 12h30, la recourante étant à L_____ SA à 11h54). La durée de ces entretiens peut en revanche être établie en fonction de tous les éléments apportés par la recourante, I_____, la Dre G_____ ainsi que les enregistrements, ce qui permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, une durée d'entretien de l'experte le 2 décembre 2024 de 20 minutes, comme expliqué ci-dessus, et le 9 décembre 2024, de 15 minutes.

Au demeurant, un entretien total de 35 minutes a été effectué, au degré de la vraisemblance prépondérante, par l'experte G_____, lequel est insuffisant pour

que l'experte effectue une appréciation de la capacité de travail de l'assurée, étant relevé que les entretiens plus longs menés par I_____ l'ont été en l'absence de la Dre G_____, alors qu'ils relèvent d'une tâche essentielle de l'expertise et ne peuvent être délégués par l'experte, dans une telle mesure, à une psychologue.

Au vu de ce qui précède, l'expertise de la Dre G_____ ne peut se voir reconnaître un valeur probante.

5.2 Au surplus, les conclusions du rapport d'expertise de la Dre G_____ ne sont pas convaincantes. Le SMR, dans son avis du 4 septembre 2024, avait indiqué que l'expert, s'il le jugeait utile, pouvait procéder à un bilan neuropsychologique. La Dre G_____ a à cet égard indiqué que si elle n'avait pas requis de bilan neuropsychologique c'était qu'elle considérait comme probantes les évaluations citées dans son rapport, soit le rapport d'évaluation psychiatrique du 13 février 2024, lui-même citant un bilan neuropsychologique du 10 juin 2022 (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 23 mars 2026).

Or, la Dre G_____ estime qu'une activité à un taux de 80% est exigible sur le marché ordinaire de l'emploi mais ne discute pas, dans son rapport d'expertise, les conclusions de ces deux bilans, alors même que l'évaluation du 13 février 2024 conclut qu'une activité dans un milieu ordinaire semble manifestement contre-indiquée (évaluation psychiatrique du 13 février 2024, p. 7) et que le bilan du 10 juin 2022 conclut qu'une activité pratique sans attente de rendement et n'impliquant pas des ressources attentionnelles et organisationnelles importantes devrait être privilégiée (bilan neuropsychologique du 10 juin 2022 ; chapitre « conclusions »).

Or, l'absence d'une analyse appropriée et compréhensible des opinions divergentes d'autres professionnels de la santé constitue un indice susceptible de remettre en cause la fiabilité de l'expertise (ATF 137 V 210 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_259/2024 du 8 octobre 2025).

L'évaluation de la capacité de travail de la recourante par la Dre G_____ n'emporte ainsi pas la conviction, ce d'autant moins que les constats de ces deux bilans sont par ailleurs corroborés par les avis subséquents des Drs F_____ du 3 février 2025 et H_____ du 18 mars 2025.

Pour ces motifs, le rapport de la Dre G_____ ne peut fonder la décision litigieuse.

5.3 En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimé afin qu'il ordonne une nouvelle expertise psychiatrique avec, si l'expert l'estime nécessaire, un bilan neuropsychologique et rende une nouvelle décision.

6. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé dans le sens des considérants.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ;

art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 26 mars 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Octroie à la recourante une indemnité de CHF 2'500.-, à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 200.-, à 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

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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