

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2320/2018

ATAS/1196/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 décembre 2019**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VERNIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-  
DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1972, divorcée et mère de deux enfants, nés respectivement en 1992 et 2001, a travaillé en dernier lieu comme concierge à temps partiel, jusqu'au 15 septembre 2011.
2. Entre les mois d'octobre 2011 et d'octobre 2013, l'assurée s'est inscrite au chômage à 100% et a touché des indemnités journalières.
3. Le 15 septembre 2014, elle 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), dans laquelle elle a invoqué une dépression, ainsi que des problèmes musculaires et articulaires, existants depuis 2009. Elle a précisé être suivie par le docteur B\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute, ainsi que par les docteurs C\_\_\_\_\_, généraliste, et D\_\_\_\_\_, rhumatologue.
4. Dans un rapport du 25 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était entretenu avec l'assurée en janvier 2006 et février 2008 pour des lombalgies et des cervicalgies « banales ». Il n'avait pas revu l'assurée depuis le 25 septembre 2008 ; à ce moment-là, sa capacité de travail était entière, sans limitations fonctionnelles. Il a joint le bilan d'une tomodensitométrie de la colonne lombaire et sacrée, réalisée le 18 janvier 2006, concluant à une calcification discale antérieure L2-L3, sans discopathie ni hernie discale, ainsi qu'à une sclérose de surcharge des articulations sacro-iliaques.
5. Sur demande, le Dr B\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport le 8 décembre 2014, dans lequel il a confirmé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail, de trouble anxio-dépressif avec somatisations. L'assurée, constamment fatiguée, avait une personnalité anxieuse et sujette à des crises de panique. Elle craignait notamment que quelque chose puisse arriver à sa fille. Tout déplacement à l'extérieur générait chez elle un sentiment de panique. Elle avait un total manque de confiance, se culpabilisait et s'inquiétait facilement pour sa santé. Depuis une année, elle présentait une diminution du plaisir, de la libido, une démotivation et de fréquentes sensations/envies de mourir. Elle ne souriait plus, était irritable et pleurait fréquemment, toutefois sans véritable raison puisque ses enfants allaient bien. Elle évitait autant que possible les contacts avec l'extérieur et ne mangeait que peu. Sa capacité de travail ne paraissait pas excéder 50%.

Le Dr B\_\_\_\_\_ a également signalé un excès pondéral, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée avait pris plus de 30 kg depuis 2008. En 2009, on lui avait découvert un excès de liquide céphalo-rachidien, d'origine inconnue, et en 2013, un lymphome bénin du cuir chevelu. Elle présentait aussi un eczéma du cuir chevelu et des constipations. Elle avait été licenciée en 2010 de son emploi de concierge. En 2012, elle avait débuté une psychothérapie et un traitement antidépresseur, suite au décès de sa meilleure amie, qui l'avait bouleversé. En incapacité de travail depuis plus de deux ans, elle peinait à tenir son ménage, essentiellement en raison de douleurs cervicales et d'un tassement des vertèbres

lombaires, lui aussi douloureux. Elle souffrait au niveau de son bras droit, mais également lors de positions statiques au-delà d'une demi-heure, ce qui nécessitait de fréquents changements de position.

6. Après avoir invité à quatre reprises la Dresse C\_\_\_\_\_ à compléter un rapport, en vain, l'OAI, par courrier du 27 janvier 2015, a demandé à l'assurée de prendre des mesures pour que cette praticienne le lui transmette.
7. Dans une note du 9 juin 2015, le gestionnaire de l'OAI a retenu un statut mixte, considérant que selon son extrait de compte individuel AVS, l'assurée avait travaillé plus souvent à temps partiel qu'à temps plein.

Le 23 juin 2015, l'assurée a complété un questionnaire relatif au statut. Elle a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%. Toutefois, interrogée sur le point de savoir depuis quand elle travaillerait et à quel taux, elle a simultanément indiqué qu'elle travaillerait depuis 2013 à 50% (sic).

8. Le Dr B\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport le 26 juin 2015, dans lequel il a fait état d'une totale incapacité de travail, depuis décembre 2014, liée au trouble anxio-dépressif.
9. En juillet, août et septembre 2015, l'OAI a adressé trois nouveaux rappels à la Dresse C\_\_\_\_\_, sans obtenir de réponse.
10. L'OAI a diligenté une expertise auprès du Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP), laquelle a été réalisée par les docteurs E\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, et F\_\_\_\_\_, médecin-assistant.

Dans leur rapport du 19 décembre 2016, les experts ont retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble d'anxiété généralisée (F 41.1), existant depuis mai 2012. Ils ont également fait état d'une dysthymie (F 43.1), sans répercussion sur la capacité de travail. Âgée de 44 ans et présentant une surcharge pondérale modérée, l'assurée se plaignait de troubles mnésiques et attentionnels, mais son attention, sa compréhension, sa mémoire et son intelligence paraissaient dans l'ensemble préservées. Elle signalait un moral fluctuant, mais ne pensait pas souffrir actuellement de dépression ; elle évoquait un sentiment de vide et de culpabilité envers ses enfants par rapport à son état, mais également un sommeil perturbé, une libido diminuée et le fait qu'elle était facilement débordée affectivement. Les experts relevaient une hypoboulie, une anhédonie et une baisse de l'élan vital. Durant l'entretien, l'assurée n'avait pas montré de signes d'angoisse, mais tout de même une anxiété diffuse et une préoccupation par rapport à des malheurs susceptibles d'atteindre des membres de sa famille, avec mise en place de conduites de contrôle et d'évitement. Les symptômes anxieux paraissaient correspondre aux critères d'un trouble d'anxiété généralisée, tandis que les symptômes dépressifs n'étaient que légers et n'empêchaient pas l'assurée de rester active à domicile. S'agissant du traitement, une thérapie cognitivo-comportementale semblait efficace pour soigner le trouble d'anxiété généralisée et l'on pouvait également exiger de l'assurée – qui ne prenait plus

l'antidépresseur qui lui avait été prescrit en raison d'effets secondaires – qu'elle en prenne un autre. S'occupant des achats et de la nourriture, l'assurée était autonome pour s'entretenir elle-même et son ménage. S'agissant de la cohérence, il n'y avait pas fondamentalement de divergence entre les symptômes psychiatriques identifiés par l'expert et les récits respectifs de l'assurée, ainsi que de son médecin. L'intéressée se sentait incapable de travailler, mais objectivement, elle n'était que modérément limitée pour quitter son domicile sur de longues durées sans être accompagnée. Elle disait avoir dû adapter ses activités sociales en raison de sa fatigue et de ses craintes, mais continuait à accueillir des amis à son domicile. S'agissant de la comparaison du niveau d'activité, l'assurée avait cessé son activité de concierge en 2011, en raison de douleurs physiques. À l'époque, elle présentait déjà une symptomatologie anxieuse, qui s'était cependant intensifiée par la suite. Pendant toute cette période, elle avait pu s'occuper de son ménage, de sa famille et mener une certaine vie sociale, de sorte que sa capacité de travail pouvait être évaluée à 50%. S'agissant des ressources personnelles, l'assurée était une femme intelligente, qui avait su rebondir et faire face aux situations difficiles. Elle était bien entourée par sa famille, ce qui représentait aussi bien une ressource qu'un élément renforçant son dysfonctionnement. Les limitations psychiques étaient liées à la crainte que quelque chose de mauvais puisse advenir à sa famille, ainsi qu'à des attitudes d'évitement. En définitive, sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail était actuellement entière comme « ménagère » ou dans un environnement proche du domicile, notamment dans l'activité précédemment exercée de concierge. Dans une activité de bureau, elle était évaluée à 50% depuis mai 2012. Moyennant un traitement adéquat (antidépresseur et thérapie cognitivo-comportementale), avec un contrôle de l'adhésion thérapeutique, on pouvait raisonnablement espérer une amélioration, permettant une reprise du travail à 100% après six mois.

11. Le 15 mai 2017, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a indiqué qu'après avoir travaillé à 100% de juillet 1998 à janvier 2000, l'assurée avait été au chômage dès février 2000, puis avait donné naissance à sa fille en 2001. De janvier 2003 à août 2005, elle avait travaillé à 50% comme hôtesse d'accueil, puis de septembre 2005 à septembre 2011, comme concierge à 37%, activité qu'elle disait avoir cessé en raison de ses douleurs. Ensuite, elle avait connu une nouvelle période de chômage jusqu'en octobre 2013, mais n'avait jamais retravaillé. L'assurée affirmait qu'en bonne santé, elle travaillerait entre 80% et 100%, mais selon l'enquêtrice, elle s'était toujours contentée d'un salaire à 50%, n'avait pas cherché à augmenter son taux d'activité, et depuis la survenance de son atteinte à la santé, sa situation familiale et financière était restée identique. Dans le questionnaire relatif au statut, l'assurée avait indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100%. Elle avait également mentionné un taux de 50% depuis 2013, qui correspondait selon ses dires au taux qu'elle se sentait capable d'exercer et non à celui qu'elle exercerait en bonne santé. L'assurée relevait également que ses enfants, âgés de 15 et 24 ans, étaient désormais suffisamment autonomes pour qu'elle puisse travailler à 80%, voire à 100%. Si elle n'avait pas travaillé à plus de

50% jusqu'en 2011, c'était, disait-elle, parce qu'elle ne souhaitait pas qu'une tierce personne garde ses enfants.

Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule la conduite du ménage, ce qui était toujours le cas depuis l'atteinte, étant précisé toutefois que selon l'assurée, elle n'avait pas toujours la motivation et l'énergie nécessaires. Elle demandait alors de l'aide pour les tâches qu'elle ne pouvait plus effectuer seule. Lors de l'enquête, l'appartement paraissait rangé et bien entretenu.

Avant l'atteinte, l'assurée préparait seule les repas, pour sa fille et son compagnon, tandis que son fils consommait ses repas de midi à l'extérieur. Elle rangeait et nettoyait la cuisine après le repas, alors que ses enfants l'aidaient à mettre la table, à débarrasser et à vider le lave-vaisselle. Elle appréciait recevoir ou aller manger chez des amis. Depuis l'atteinte, elle préparait toujours les repas seule, mais disait avoir moins d'énergie et passer moins de temps en cuisine. Elle préparait des repas plus simples, parfois froids lorsqu'elle était seule avec les enfants. Ses enfants et son compagnon l'aidaient désormais non seulement pour mettre, débarrasser la table et vider le lave-vaisselle, mais aussi pour ranger et nettoyer la cuisine après les repas. Par ailleurs, l'assurée disait avoir moins d'énergie pour recevoir ou se rendre chez des amis.

Avant l'atteinte, l'assurée entretenait seule le logement, faisait le ménage de fond en comble deux fois par semaine, passait l'aspirateur quotidiennement, préparait son lit et changeait les draps des enfants. Son compagnon lavait les vitres et l'aidait à faire les grands nettoyages. Depuis l'atteinte, elle faisait toujours une partie du ménage, mais moins fréquemment et consciencieusement. Elle manquait de motivation, mais se donnait quand même de la peine pour que l'appartement reste bien entretenu. Elle faisait désormais le ménage, la poussière, les sols et les sanitaires de manière fractionnée durant la semaine. Elle ne passait en revanche plus l'aspirateur, en raison de douleurs dorsales et cervicales. Elle faisait son lit le matin, alors que ses enfants s'occupaient du leur et rangeaient leur chambre. Elle se faisait aider par sa fille ou son compagnon pour changer les draps et faire les grands nettoyages.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les grandes courses avec son compagnon et des emplettes pendant la semaine, tandis que son compagnon s'occupait seul des documents administratifs. Depuis l'atteinte, l'assurée, qui déplorait des crises de panique et d'angoisse lorsqu'elle était hors de la maison, ne sortait seule qu'en cas de nécessité. Elle continuait, comme auparavant, à faire les grandes courses avec son compagnon, mais n'allait pratiquement plus faire d'emplettes seule ; elle s'y rendait accompagnée ou demandait à ses proches d'aller acheter ce dont elle avait besoin.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les lessives un jour sur deux, étendait le linge et repassait quelques habits. Depuis l'atteinte, c'était toujours le cas, mais c'était son compagnon ou son fils qui étendaient le linge, car en raison de ses douleurs

dorsales et cervicales, elle ne parvenait plus à le faire, ni à porter la bassine. Elle pliait les grandes pièces de linge avec l'aide de ses proches, mais n'avait plus la motivation pour repasser, de sorte que chaque membre de la famille repassait ses propres habits en cas de besoin.

Avant l'atteinte, l'assurée éduquait sa fille conjointement avec son compagnon. Depuis l'atteinte, sa fille, désormais âgée de quinze ans, était autonome pour les trajets scolaires. Elle l'accompagnait régulièrement le matin et à midi jusqu'à l'arrêt de bus, car il y avait un parc et une route à traverser. Elle se rendait compte que sa fille, vu son âge, était en mesure de faire ces trajets seule, mais cela la rassurait de l'accompagner. Elle éprouvait des angoisses à chaque fois qu'elle quittait la maison. Elle accompagnait aussi sa fille chez le médecin ou à des réunions scolaires, généralement avec son compagnon, mais elle pouvait également le faire seule lorsque son compagnon était indisponible. Lorsque sa fille souhaitait se rendre en ville, son compagnon l'y conduisait et lorsque celui-ci était absent, elle accompagnait sa fille en bus.

Enfin, avant l'atteinte, l'assurée promenait son chien plusieurs fois par jour, tandis que son compagnon entretenait la terrasse, le jardin et taillait les haies. Depuis l'atteinte, elle prenait toujours soin du chien, qu'elle nourrissait et promenait le matin, ainsi qu'à midi. À d'autres moments de la journée, elle demandait à ses enfants de promener le chien, car cela lui demandait trop d'effort de sortir.

En définitive, l'enquêtrice évaluait les empêchements totaux de l'assurée à 4.2%, en tenant compte d'une aide exigible de 27.8% de la part de son compagnon et de ses deux enfants, âgés de 15 et 24 ans.

12. Le Dr B\_\_\_\_\_ a rempli un nouveau rapport destiné à l'AI le 27 mars 2018. Depuis son premier rapport, en décembre 2014, il y avait une augmentation des crises de panique, avec de fréquentes attaques d'anxiété, une peur de tomber, une phobie de la route. L'assurée était incapable de sortir seule et présentait des angoisses, une aboulie, une anhédonie, une honte, un manque d'énergie, des troubles de la mémoire, respectivement de la concentration, une perte de confiance en soi, une irritabilité et une peur des traitements psychotropes. Il n'était pas en mesure de répondre aux questions portant sur la capacité de travail de sa patiente, mais formulait un pronostic « réservé ». Enfin, l'assurée lui paraissait être en mesure d'accomplir ses tâches ménagères, sous réserve des courses pour lesquelles elle avait besoin d'un proche.
13. Dans un avis daté du 18 avril 2018, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a considéré, sur la base de l'expertise réalisée par le CNP, que l'assurée présentait, depuis mai 2012, une capacité de travail de 50% dans toute activité nécessitant des déplacements à l'extérieur et depuis décembre 2016, soit depuis l'expertise, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée exercée à son domicile ou à proximité de celui-ci, y compris comme concierge.

14. Par décision du 13 juin 2018, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée. La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était applicable. Dans la sphère ménagère, il résultait de l'enquête des empêchements de 4.2%. Dans la sphère professionnelle, la capacité de travail était limitée à 50% dans l'activité habituelle depuis mai 2012, mais entière depuis décembre 2016 dans toute activité adaptée, de sorte qu'il n'y avait pas de perte de gain. Globalement, en tenant compte des sphères professionnelles et ménagères, le degré d'invalidité était estimé à 2%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Dès janvier 2018, l'OAI avait recalculé le degré d'invalidité en chiffrant le revenu sans invalidité comme si l'assurée avait travaillé à plein temps. Il en résultait un degré d'invalidité de 27%, qui demeurait insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
15. Par lettre du 27 juin 2018 – que l'OAI a transmise à la chambre de céans pour objet de sa compétence – l'assurée a interjeté recours contre ladite décision. Elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son état de santé, soulignant qu'elle était suivie médicalement pour des problèmes d'anxiété et des crises d'angoisses, qui ne lui permettaient pas d'avoir une vie sereine et la handicapaient fortement au quotidien depuis quatre ans. La décision litigieuse lui paraissait très vague et elle jugeait anormal que l'office n'ait pas contraint son ancien médecin généraliste à transmettre un rapport concernant son « état douloureux physique ». Elle avait demandé à ce médecin de transmettre un tel rapport, mais il n'avait pas donné suite à sa demande, ce qui n'était pas de sa faute. Elle avait donc changé de médecin. Elle se tenait à disposition de l'OAI pour tout renseignement complémentaire, le cas échéant, pour y être examinée par ses médecins.
16. Dans sa réponse du 19 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours, arguant que l'expertise psychiatrique était probante, que les empêchements ressortant de l'enquête ne s'élevaient qu'à 4,2% et qu'enfin, la recourante ne soulevait aucun argument susceptible de remettre en cause les conclusions sur lesquelles il s'était fondé.
17. La recourante a répliqué le 22 août 2018 : la décision de l'intimé ne tenait pas compte de son état de santé et plus particulièrement des rapports de son psychiatre, le Dr B\_\_\_\_\_, lesquels étaient clairs et reposaient sur quatre ans de suivi. À l'inverse, l'expert-psychiatre ne l'avait vue qu'une seule fois pendant deux heures. Le traitement qu'avait préconisé cet expert n'avait rien changé à son état de santé, ce dont témoignait le dernier rapport du Dr B\_\_\_\_\_. Elle estimait n'avoir été jugée que sur la base de certains documents et pas d'autres, lesquels démontraient pourtant la réalité de son état de santé. Son anxiété et ses crises de panique étaient bien réelles et l'empêchaient de mener une vie normale. S'agissant par ailleurs de ses douleurs somatiques, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait jamais rendu le rapport que l'intimé et elle-même avaient requis à maintes reprises. En outre, dans le dernier rappel adressé à la Dresse C\_\_\_\_\_, il était précisé qu'à défaut de réponse, l'OAI confierait le mandat à un autre médecin. Or, l'OAI n'avait finalement pas mandaté d'autre médecin. L'intimé avait jugé son état de santé avec légèreté. L'infirmière

qui avait réalisé l'enquête avait pu constater à quel point elle était anxieuse et paniquée à l'idée de sortir de chez elle, et avait besoin la plupart du temps d'être accompagnée. Elle lui avait expliqué qu'il lui était difficile d'accomplir ses tâches ménagères et qu'elle bénéficiait par conséquent de l'aide de ses proches. Elle avait pourtant l'impression de ne pas avoir été prise au sérieux s'agissant de ses difficultés ménagères. À son âge, il lui était difficile d'accepter qu'elle était malade et diminuée, tant psychologiquement que physiquement. Ses handicaps ne lui permettaient pas d'envisager un avenir serein et elle devait se battre chaque jour contre ses anxiétés, ses paniques et ses douleurs.

18. L'intimé a dupliqué le 13 septembre 2018, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Le rapport d'expertise était probant et le fait que l'expert ne s'était entretenu qu'une seule fois avec l'assurée ne permettait pas de remettre en question sa valeur probante. La durée de l'entretien que l'assurée avait eu avec l'expert était également dénuée de pertinence pour juger de la valeur probante de l'expertise. L'argumentation de la recourante, qui se limitait pour l'essentiel à souligner des divergences d'opinion entre l'expert et son médecin traitant, ne permettait pas de modifier les conclusions de l'administration.
19. Par courrier du 20 mars 2019, la chambre de céans a interrogé la Dresse C\_\_\_\_\_, l'informant que sans réponse de sa part, elle serait convoquée en audience.
20. Le 22 mars 2019, l'assurée a informé la chambre de céans qu'elle avait à nouveau changé de médecin, qu'elle suivait un traitement pour le cœur, après avoir fait une arythmie en septembre 2018, et un traitement pour l'hypertension, diagnostiquée au même moment.

La chambre de céans a alors invité le nouveau médecin traitant, la doctoresse G\_\_\_\_\_, à répondre à ses questions.

21. Le 3 avril 2019, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que

« *L'assurée* a consulté mon cabinet médical de façon irrégulière et ponctuelle sans qu'il n'y ait eu en aucune occasion la nécessité d'un suivi car elle ne souffrait d'aucune pathologie chronique ou de durée ayant nécessité un suivi sur une période longue. Elle a présenté des problèmes de santé bénins sans conséquences générales, et sans atteinte de la capacité de travail.

La capacité de travail exigible au plan somatique actuelle ou après 2011 ne peut être évaluée professionnellement par mes soins car la relation thérapeutique avec *l'assurée* a pris fin début 2012.

Lorsqu'elle était ma patiente, il n'y a eu aucun certificat d'incapacité de travail. *L'assurée* a effectué des missions régulières de dépannage de nettoyage à mon cabinet médical dès 2012 à fréquence irrégulière allant de 1 fois par semaine pendant 2-3 mois, à 1 fois par mois. Cette activité a pris fin en mai 2018 ».

La Dresse C\_\_\_\_\_ a ajouté qu'elle avait retenu les diagnostics suivants :

- une obésité
  - problèmes dermatologiques, mycoses
  - douleur musculo-squelettique d'une articulation (novembre 2009)
  - lombalgie (février 2012)
  - infections banales transitoires
  - soutien psychologique pour troubles réactionnels lors de maladies graves chez proches, famille et amis (de novembre 2009 à mars 2012)
22. La Dresse G\_\_\_\_\_ a répondu le 10 avril 2019 comme suit :
- « Je suis *l'assurée* depuis le 28 janvier, date à laquelle j'ai fait sa connaissance, depuis je ne l'ai pas revue.
- Mes diagnostics sont ceux qu'elle m'a donnés, à savoir l'hypertension artérielle et la tachycardie ventriculaire pour laquelle elle a été hospitalisée à la Tour en septembre 2018.
- Au status clinique, je constate une obésité et une hypertension artérielle.
- Il m'est extrêmement difficile de me prononcer sur ses limitations fonctionnelles ne l'ayant vue qu'une fois et sur sa capacité de travail ».
23. Invité à se déterminer, l'OAI, se fondant sur un avis rédigé par le médecin du SMR le 16 mai 2019, a déclaré le même jour maintenir ses conclusions.
24. Les rapports des deux médecins, ainsi que les dernières écritures de l'OAI, ont été transmises à l'assurée. Un délai lui a été imparti pour se déterminer. Elle ne s'est pas manifestée.
25. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

  2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
  3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
  4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.
- 
-

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – 5<sup>ème</sup> révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs

que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

8. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

9. a. Dans la méthode d'évaluation mixte, pour déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGGA) ; on pourra alors déterminer

---

l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5).

b. Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

c. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (ATF 130 V 97). 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.733/06 du 16 juillet 2007). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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).

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 contradictoire. Il n'en va différemment que si ces

médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; 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 ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

12. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut mixte, réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. Dans la sphère professionnelle il a considéré, sur la base de l'expertise réalisée par le CNP, que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% depuis mai 2012 dans toute activité nécessitant des déplacements à l'extérieur, mais de 100% depuis décembre 2016 dans toute activité adaptée, exercée à son domicile ou à proximité, y compris celle de concierge. Dans la sphère ménagère, il a retenu des empêchements de 4.2%, en se fondant sur une enquête réalisée au domicile de l'assurée.

De son côté, la recourante reproche à l'intimé d'avoir statué sur son dossier avec légèreté, sans tenir compte des rapports émanant du Dr B\_\_\_\_\_, son psychiatre. Elle invoque (implicitement) une instruction insuffisante, déplorant que l'intimé n'ait pas contraint la Dresse C\_\_\_\_\_ à transmettre un rapport concernant ses

douleurs et son état de santé somatique. Par ailleurs, elle estime ne pas avoir été prise au sérieux lors de l'enquête ménagère.

13. Le 23 juin 2015, l'assurée a complété un questionnaire relatif au statut. Elle a déclaré qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 100%. Toutefois, interrogée sur le point de savoir depuis quand et à quel taux, elle a simultanément indiqué qu'elle travaillerait depuis 2013 à 50%. Il y a dès lors lieu de confirmer le statut mixte retenu par l'OAI, qui n'est au demeurant pas contesté dans le recours.
14. Dans la sphère ménagère, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 4.2% sur la base de l'enquête du 15 mai 2017.

La chambre de céans constate que cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée, en connaissance de la situation médicale et locale. Elle tient compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son compagnon et ses deux enfants, de sorte qu'une participation de ceux-ci aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 27.8%. En outre, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité sont dûment motivées. Dans son recours, l'assurée se contente de faire part de son sentiment de n'avoir pas été prise au sérieux. Ce faisant, elle ne remet en question ni la pondération, ni les empêchements retenus par l'enquête. Elle ne prétend pas davantage que ses déclarations y auraient été retranscrites de manière inexacte ou que d'éventuelles opinions divergentes y auraient été omises. Partant, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de ce document, de sorte que l'on s'en tiendra aux empêchements ménagers de 4.2% qu'il atteste.

15. Dans le domaine professionnel, la chambre de céans se détermine comme suit.
  - a. Sur le plan psychiatrique, l'intimé a instruit la cause de manière satisfaisante en ordonnant une expertise. L'expertise du CNP est fondée sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle reprend à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Les experts-psychiatres sont parvenus à la conclusion qu'au moment de leur examen, en décembre 2016, l'assurée était pleinement capable d'exercer sa profession antérieure de concierge (NDR : qu'elle exerçait dans son immeuble), mais que dans une activité exercée hors de son domicile, telle qu'une activité de bureau, sa capacité de travail était limitée à 50%. Les experts ont néanmoins précisé que cette capacité pourrait atteindre 100% à l'issue d'un traitement de six mois, sous forme d'une thérapie cognitivo-comportementale associée à un antidépresseur. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette expertise, le psychiatre traitant ne faisant état d'aucun élément objectif qui pourrait avoir été ignoré (arrêt du Tribunal fédéral

---

9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). Par ailleurs, on rappellera que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assurée n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence pour apprécier la valeur probante de l'expertise (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 719/06 du 4 juillet 2007 consid. 2.2).

b. Sur le plan somatique, on rappellera tout d'abord que dans sa demande, déposée en 2014, l'assurée a invoqué des « problèmes musculaires et articulaires », existants depuis 2009. Elle a précisé avoir consulté les Drs C\_\_\_\_\_, généraliste, et D\_\_\_\_\_, rhumatologue.

Le Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, a, dans son rapport du 8 décembre 2014, développé quelques considérations sur l'état physique de sa patiente et a particulièrement mentionné un excès pondéral sans effet sur la capacité de travail toutefois, des douleurs cervicales, un tassement des vertèbres lombaires et des douleurs au bras droit. Il a conclu à une capacité de travail de 50%, puis dans son rapport du 26 juin 2015, à une totale incapacité de travail, mais sans donner d'autres explications et tout en précisant de manière contradictoire que l'état de santé était demeuré stationnaire depuis son premier rapport.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait été consulté pour des lombalgies et des cervicalgies, la dernière fois en septembre 2008, mais qu'il ne pouvait pas répondre aux questions de l'OAI, puisqu'il n'avait plus revu l'assurée depuis lors.

La Dresse C\_\_\_\_\_ n'a pas donné suite aux injonctions de l'OAI de compléter un rapport, ni à celles de l'assurée. Finalement, interrogée par la chambre de céans, elle a révélé qu'elle n'avait plus revu sa patiente depuis début 2012, qu'à l'époque, elle n'avait jamais délivré de certificat d'incapacité de travail et n'avait relevé aucune limitation fonctionnelle.

L'assurée ayant informé le 22 mars 2019 la chambre de céans qu'elle consultait un nouveau médecin traitant, la Dresse G\_\_\_\_\_, celle-ci a été invitée à se déterminer. Elle a toutefois déclaré qu'elle n'avait vu l'assurée qu'une seule fois, à savoir le 28 janvier 2019, de sorte qu'elle ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail de celle-ci.

16. Force est de constater que l'assurée n'a consulté les médecins dont elle a communiqué les noms à l'OAI et à la chambre de céans que très brièvement et ne les a plus vus, respectivement, depuis début 2012 et janvier 2019, de sorte qu'on cherche en vain dans le dossier un rapport se prononçant de manière circonstanciée sur l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée au plan somatique, ainsi que sur les éventuels diagnostics et limitations fonctionnelles qu'elle pourrait présenter à cet égard, depuis le dépôt de sa demande en 2014 et jusqu'au prononcé de la décision attaquée, en 2018.

Il apparaît toutefois des constatations des Drs C\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ qu'elle ne présente pas une incapacité de travail, dont le taux pourrait être susceptible d'augmenter le degré d'invalidité retenu par l'OAI, en tout cas suffisamment pour

justifier l'octroi de prestations AI. Il y a du reste lieu de relever que dans l'enquête ménagère du 15 mai 2017, il est surtout question d'un manque de motivation.

Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

\*\*\*\*\*

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'assurée.
4. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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