

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2669/2024

ATAS/514/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par Me Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A _____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1976, de nationalité suisse, mère de trois enfants nés en 1999, 2000 et 2006, divorcée, est au bénéfice de l'aide sociale depuis de nombreuses années.
- b.** En juillet 2015, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Elle y mentionnait notamment être femme au foyer depuis 1999.
- c.** Par décision du 10 mai 2016, l'OAI a rejeté sa demande de prestations au motif qu'aucune invalidité ne pouvait être admise.
- d.** Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment :
- un avis du service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) du 16 février 2016 constatant que l'assurée était connue depuis 2011 pour une maladie de Crohn, que selon les pièces médicales versées au dossier son état s'était aggravé en mars 2015, qu'elle avait été opérée en mai 2015 (iléocaecostomie), qu'en août 2015, la continuité digestive avait été rétablie, que l'assurée bénéficiait d'un traitement *lege artis* et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir accéder facilement et rapidement à des toilettes, éviction des travaux occasionnant des pressions répétées sur l'abdomen ou devant être exécutés dans des positions forcées, éviction du port de charges de plus de 5 kg, possibilité de changer de position librement ;
 - une enquête économique sur le ménage du 14 mars 2016, à l'occasion de laquelle l'assurée avait expliqué être femme au foyer et n'avoir jamais travaillé ; l'enquête concluait à un empêchement de 37% dans les tâches ménagères, pondéré à 20% après prise en compte de l'aide exigible des enfants de l'assurée.
- B.** **a.** En novembre 2017, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, en indiquant là encore être femme au foyer depuis 1999.
- b.** Par décision du 28 juin 2019, cette demande a été rejetée, faute d'invalidité.
- Il a été constaté que l'assurée continuait à souffrir de douleurs abdominales. S'y était ajoutée une hernie pariétale à droite, sur le site de l'intervention qu'elle avait subie. Selon le gastro-entérologue traitant, sa patiente était totalement apte à assumer ses activités ménagères. Cet avis était partagé par le chirurgien traitant, étant précisé que l'intéressée devait éviter le port de charges de plus de 5 kg.
- C.** **a.** En novembre 2021, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, en confirmant une fois de plus sa condition de femme au foyer depuis 1999.

b. Par décision du 22 mars 2022, l'OAI a refusé d'entrer en matière au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible que sa situation se serait notablement modifiée sur le plan médical, au point de lui ouvrir droit aux prestations.

D. a. En janvier 2023, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations.

b. Dans le cadre de l'instruction, divers rapports médicaux ont été versés au dossier, dont le SMR a retenu en substance, dans un avis du 20 juillet 2023, que l'assurée continuait de souffrir de douleurs abdominales et d'une accélération du transit sur maladie de Crohn. Le psychiatre de l'assurée ne retenait aucun diagnostic de nature à réduire la capacité de travail. Sur le plan somatique, la docteure B_____, gastro-entérologue, en charge de l'assurée depuis août 2018, avait attesté de la totale incapacité de sa patiente à exercer une activité professionnelle en raison des douleurs abdominales et d'une fatigabilité.

c. L'assurée a rempli un questionnaire relatif à son statut, dans lequel elle a indiqué n'avoir pas exercé d'activité professionnelle avant l'apparition de l'atteinte à la santé, ni envisagé d'en exercer une. Elle n'avait pas non plus entrepris de démarches auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE).

d. Le SMR a réexaminé la situation le 1^{er} décembre 2023 et tiré la conclusion de l'examen des pièces médicales recueillies que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé par rapport à février 2016, d'une part, en raison d'une volumineuse hernie de la paroi abdominale sur le site de l'opération pratiquée en 2015, d'autre part, en raison des poussées de la maladie. Cette aggravation remontait à septembre 2016. Cela avait pour conséquence l'apparition de limitations fonctionnelles supplémentaires : nécessité d'un traitement d'opiacés pour traiter les douleurs abdominales chroniques quotidiennes, nécessité de disposer de toilettes facilement accessibles en raison des urgences défécatoires, fatigue en raison des douleurs et de l'état inflammatoire chronique justifiant la nécessité de pauses diurnes fréquentes. Une enquête à domicile était préconisée afin d'examiner les répercussions sur la capacité de l'assurée à assumer ses tâches ménagères. Le SMR a confirmé qu'aucune capacité de travail ne pouvait être retenue dans la sphère professionnelle.

e. Une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée en date du 8 avril 2024, qui a conclu à un empêchement de 54.4%, réduit à 21% après prise en compte de l'aide exigible des enfants de l'assurée (33.4%).

f. Le 2 mai 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

g. Le 31 mai 2024, l'assurée a contesté le statut de ménagère.

h. Par décision formelle du 18 juin 2024, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a considéré que l'assurée devait être qualifiée de personne non active se consacrant pleinement à ses travaux habituels.

Il a admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante dès novembre 2022, mais, se référant à l'enquête ménagère à domicile, il a conclu que les empêchements de l'assurée, de l'ordre de 54.4%, devaient être ramenés à 21.05% après prise en compte de l'aide exigible des membres de la famille (33.4%), taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

E. a. Par écriture du 20 août 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

Elle conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à celui d'une demi-rente, assortie de mesures professionnelles.

En substance, la recourante conteste le statut de personne non active, subsidiairement, l'évaluation de ses empêchements dans la sphère ménagère et l'aide exigée de ses enfants.

Son conseil, invoquant le fait qu'il venait d'être constitué pour la défense de l'assurée, a indiqué qu'il compléterait le recours par la suite.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 septembre 2024, a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut à reconnaître à l'assurée, l'intimé relève qu'aucun élément au dossier ne vient corroborer les allégations selon lesquelles elle aurait travaillé si son état de santé le lui avait permis.

Quant à l'évaluation de sa capacité à accomplir les travaux habituels, l'intimé considère que l'enquête économique doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

c. La réponse de l'intimé a été communiquée à la recourante avec un délai pour consulter les pièces du dossier, compléter son recours et produire toute pièce utile. Ce délai est venu à échéance sans que l'assurée ne se manifeste.

d. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

2.1 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

2.2 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

En l'occurrence, la décision querellée porte sur l'octroi d'une rente dont le droit naîtrait, cas échéant, postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur le statut et le degré d'invalidité à lui reconnaître.

4.

4.1

4.1.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss 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 exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être

déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

4.1.2 Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

4.2

4.2.1 Selon l'art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022, le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels.

4.2.2 Le degré d'invalidité se détermine alors, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération.

En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé. En ce sens, la reconnaissance d'une atteinte à la santé invalidante n'entre en ligne de compte que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies le sont par des tiers contre rémunération ou par des proches et qu'elles constituent à l'égard de ces derniers un manque à gagner ou une charge disproportionnée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_191/2021 du 25 novembre 2021 consid. 6.2.2 et les références).

4.2.3 Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 129 V 67 consid. 2.3.2 publié in VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 ; I 733/06 du 16 juillet 2007).

4.2.4 Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral I 308/04 ; I 309/04 du 14 janvier 2005).

4.2.5 Il existe dans l'assurance-invalidité – ainsi que dans les autres assurances sociales – un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de

la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers – par exemple son conjoint [art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210)] ou ses enfants (art. 272 CC) – sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références, *in* SVR 2023 IV n. 46 p. 156).

5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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).

6.

6.1 En l'espèce, les parties s'opposent tout d'abord quant au statut à reconnaître à la recourante, lequel a des conséquences sur la méthode de calcul applicable. Pour l'OAI, la recourante doit être qualifiée de personne non active, ce que l'intéressée conteste.

6.1.1 Il s'agit en l'occurrence de la quatrième demande de prestations déposée par la recourante. Il convient de relever que, depuis la première, déposée en 2015, elle a toujours allégué être femme au foyer et ce, depuis 1999, soit bien avant l'apparition de l'atteinte à la santé.

Ce n'est que lorsqu'elle a consulté un avocat, suite à la réception du projet de décision du 2 mai 2024, que la recourante a allégué pour la première fois qu'elle aurait travaillé, si sa santé le lui avait permis.

En principe, en présence de versions différentes et contradictoires, la préférence doit être accordée à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures. Certes, cette jurisprudence concernant les premières déclarations ou les déclarations de la première heure ne constitue pas une règle de droit absolue. Elle trouve toutefois application en l'espèce, aucun élément au dossier ne venant étayer le prétendu souhait de travailler de la recourante. Bien au contraire, il ressort de l'extrait du rassemblement de ses comptes individuels AVS que l'assurée cotise en tant que personne sans activité lucrative depuis 2010. Aucune recherche d'emploi ou inscription au chômage ne figure au dossier. Il n'y a pas non plus eu de modification de la situation financière de l'intéressée, qui bénéficie de l'aide de l'Hospice général depuis juin 2005. Aucun élément objectif ne vient donc corroborer les allégations selon lesquelles elle aurait travaillé si son état de santé le lui avait permis.

Eu égard à ce qui précède, il convient de confirmer le statut de personne non active retenu par l'intimé.

6.2 La recourante conteste également les conclusions de l'enquête à domicile, notamment les empêchements retenus et l'aide exigible de ses enfants, sans pour autant amener le moindre argument à l'appui de sa position.

Non seulement la recourante ne motive pas sa position plus avant, mais au surplus, les conclusions de l'enquête reposent sur les explications de la recourante elle-même. Qui plus est, l'enquêtrice a tenu compte des diagnostics émis et des limitations fonctionnelles en découlant.

Dans ces conditions, aucun élément ne vient faire douter de la valeur probante de l'enquête. On rappellera que, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, 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, au titre de son obligation de réduire le dommage, adopter une méthode de travail appropriée, répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 s. et les

références; arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 761/81 du 15 septembre 1983 consid. 5, in RCC 1984 p. 143 s.).

6.3 C'est d'ailleurs là, également un grief de la recourante, qui, pas plus que précédemment, ne motive les raisons pour lesquelles l'aide exigible de ses enfants aurait été surestimée. On rappellera que la recourante partage son logement avec ses trois enfants, âgés de 17, 23 et 24 ans, dont rien n'indique qu'ils seraient dans l'incapacité de participer aux tâches ménagères.

Dans ces conditions, l'aide exigible retenue par l'intimé n'apparaît pas non plus critiquable.

7. Au vu de ce qui précède, le recours est 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 la recourante.
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

Pascale HUGI

Karine STECK

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