



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4247/2018

ATAS/986/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 octobre 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Andreas DEKANY

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria COSTAL et Christine WEBER-FUX,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1966, mariée en 1993, divorcée en 2009, originaire du Maroc, de nationalité suisse, mère d'une fille domiciliée au Maroc et d'un fils né en 1991, est au bénéfice de l'Hospice général depuis 2004.
2. L'assurée a travaillé entre 1994 et 2010 comme serveuse, aide-soignante, accompagnatrice, employée de carrousel (Intégration pour tous IPT) et animatrice parascolaire (ADR).
3. Le 11 juin 2012, l'Hospice général a annoncé l'assurée en détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
4. Le 3 juillet 2012, l'assurée a participé à un entretien de détection précoce. L'assurée a indiqué avoir exercé en dernier lieu comme animatrice parascolaire durant quatre mois à raison de 3 heures par jour (emploi lié à l'Hospice général) et que son contrat s'était terminé à cause de problèmes à l'oreille ; l'activité était en partie debout et elle ressentait du stress et de la pression ; elle était en incapacité de travail à 100% depuis 2010. Elle avait recherché du travail mais n'en n'avait pas retrouvé ; elle pensait pouvoir travailler, en particulier comme animatrice parascolaire si elle n'avait pas un problème de santé. Elle était toujours fatiguée, parfois dormait la journée ; elle préparait à manger, faisait les courses et restait toute seule ; elle souhaitait pouvoir travailler si elle le pouvait.
5. Le 16 août 2012, le docteur B_____, FMH psychiatrie-psychothérapie, a attesté d'un suivi de l'assurée depuis octobre 2008 pour un trouble dépressif récurrent et trouble de la personnalité non spécifié ; elle était dépressive récurrente avec rechutes moyennes à sévères.
6. Les 15 octobre 2012 et 5 décembre 2012, le docteur C_____, FMH médecine générale, a rempli un rapport médical AI, attestant d'un état dépressif et de gastrite chronique et, sans effet sur la capacité de travail, de surdité bilatérale non appareillée et de vertige paroxystique bénin ; il suivait l'assurée depuis 2009. La capacité de travail était nulle.
7. Le 20 novembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en indiquant qu'elle était femme au foyer depuis la naissance de son fils.
8. Le 11 décembre 2012, le Dr B_____ a attesté d'un trouble dépressif récurrent moyen (F33.1) depuis 2008 ; la capacité de travail était nulle (dépression et comorbidité somatique avec vertiges).
9. La caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : la caisse) a émis un extrait du compte individuel de l'assurée le 13 décembre 2012 et un autre le 8 août 2018, lesquels ont été communiqués à l'OAI.

10. Le 23 janvier 2013, la doctoresse D_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé que des renseignements complémentaires devaient être demandés aux médecins-traitants.
11. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 11 février 2013 que, sans atteinte à la santé, elle aurait pu travailler à 100% comme aide-parascolaire et qu'elle était aidée par l'Hospice général.
12. Le 20 février 2013, le Dr B_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée était de 50% ; elle présentait une baisse de l'élan vital, une fatigue, un sommeil perturbé, un appétit fluctuant, une humeur triste et une réduction d'intérêts.
13. Par communication du 14 avril 2013, l'OAI a constaté que des mesures d'intervention précoce et d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
14. Le 30 avril 2013, le Dr C_____ a attesté de problèmes de vertige (sensation de la tête qui tourne avec parfois perte d'équilibre) et de problèmes psychiques.
15. Le 30 avril 2013, le docteur E_____, FMH spécialiste ORL, a attesté d'une perte auditive globale de 60,7%.
16. Le 6 mai 2013, la Dresse F_____, du SMR, a proposé l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, gastro-entérologie, neurologie, ORL et psychiatrique).
17. Par communication du 15 mai 2013, l'OAI a pris en charge un forfait pour deux appareils acoustiques.
18. A la demande de l'OAI :
 - le 12 novembre 2015, le Dr E_____ a attesté d'un état de santé stationnaire, sans contre-indication à une activité professionnelle ;
 - le 18 novembre 2015, le Dr C_____ a attesté d'un état de santé stable (dépression/vertiges) et d'une capacité de travail nulle ;
 - le 26 novembre 2015, le Dr B_____ a attesté d'un état de santé stationnaire et d'une capacité de travail nulle (baisse de l'élan vital, fatigue, angoisses).
19. Le 20 juillet 2017, le Dr H_____ du SMR a proposé de maintenir l'expertise pluridisciplinaire.
20. Le 10 octobre 2017, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics incapacitants d'état dépressif, gastrite chronique, syndrome douloureux, lombalgie, douleur poignet, gonalgie et vertige paroxystique bénin. L'assurée présentait des troubles de la mémoire, de la concentration, de l'anxiété, de l'insomnie, une thymie triste, de la fatigabilité, une surdité, des vertiges et gastralgies. La capacité de travail était nulle.
21. Le 2 novembre 2017, l'OAI a indiqué dans une note d'activation de dossier, que la spécialité ORL pouvait être enlevée.

22. Le 21 novembre 2017, l'OAI a indiqué, dans une note de travail, que le volet gastro-entérologie pouvait être retiré de la demande d'expertise, en maintenant un éventuel consilium sur le plan gastro-entérologique.
23. Le 22 novembre 2017, le mandat a été attribué par la plateforme Swissmed@p à la Polyclinique Médicale Universitaire (ci-après : la PMU).
24. Le 10 avril 2018, la PMU (Drs I_____, FMH médecine interne et rhumatologie, J_____, FMH médecine interne et K_____, FMH psychiatrie-psychothérapie) a rendu son rapport d'expertise.

L'assurée se plaignait d'épigastralgies, de céphalées, de tristesse et d'isolement. Dans les affections actuelles, il est mentionné des polyarthralgies (colonne lombaire, membre inférieur, poignets, hanches et thorax), de l'asthénie (fatigue constante) des vertiges périphériques (une crise quotidienne).

Dans le descriptif de la vie quotidienne, il est relevé que l'assurée se lève entre 10h et midi, se fait à manger, fait un peu de ménage, fait quelques commissions, regarde la télévision et fait à manger le soir pour elle et son fils vers 21h.

L'assurée souhaitait un travail adapté à ses douleurs articulaires, si possible à l'extérieur, sans beaucoup de contact avec les gens et à un taux réduit.

Du point de vue psychiatrique, l'assurée se plaignait d'otites, de vertiges, de maux de tête et de bruits dans les oreilles, de douleurs aux poignets, au bas du dos, aux genoux, de difficultés à fléchir les mains, de tristesse, de solitude, d'énervement, de fatigue et de difficultés de concentration. L'expert a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ; trouble de la personnalité sans précision ; facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (syndrome douloureux diffus idiopathique versus fibromyalgie) et probable utilisation d'alcool nocive pour la santé.

En ce qui concernait le succès du traitement ou la résistance à cet égard, la prise en charge des sujets qui souffraient d'un trouble de la personnalité et d'une décompensation dépressive était souvent difficile. En raison des aspects liés à la personnalité, une ambivalence relationnelle était présente, avec des mécanismes de mise en échec et la perpétuation de schémas dysfonctionnels qui rendaient la prise en charge psychiatrique difficile. En ce qui concernait l'atteinte thymique, l'assurée bénéficiait d'un traitement de Cymbalta, qui pourrait être augmenté, la symptomatologie dépressive restant moyenne malgré ce traitement. Une marge de manœuvre existait, dans le sens que la combinaison de deux antidépresseurs pourrait être proposée à l'assurée. Le dosage plasmatique de la duloxétine montrait des résultats inférieurs aux taux attendus, posant la question d'une adhésion médicamenteuse partielle, sans que l'hypothèse d'un métabolisme rapide ne soit non plus formellement exclue. Dans un tel contexte, il était recommandé d'effectuer un nouveau dosage plasmatique de la duloxétine, afin de suivre la compliance et, le cas échéant, d'effectuer des examens complémentaires à la recherche d'un trouble du métabolisme. Au final, l'évaluation psychiatrique

permettait de valider (avec nuance pour l'aspect dépressif), les diagnostics posés par le psychiatre traitant. Si l'on tenait compte de l'équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources et des différents indicateurs, une baisse de la capacité de travail partielle, de l'ordre de 50% (estimation qui incluait la baisse de rendement), était justifiée et cohérente. Dans ce sens, l'avis du psychiatre traitant, tel qu'il figurait dans son rapport du 20 février 2013 pouvait être suivi. L'assurée étant déconditionnée et déjà enkystée dans sa symptomatologie psychique, il était peu probable qu'elle puisse spontanément se réinsérer dans le monde du travail. Des mesures actives, mises en place par l'assurance invalidité (visant initialement la réinsertion) seraient adaptées, pour viser cette capacité de travail médico-théorique de 50% à moyen terme. L'intrication d'une symptomatologie exprimée sur le plan somatique, sur la base d'un trouble de la personnalité décompensé sur un mode dépressif sévère était, globalement, un facteur de mauvais pronostic.

Du point de vue rhumatologique, l'assurée présentait un diagnostic de syndrome pathologique idiopathique diffus, d'étiologie indéterminée, non incapacitant et sans impact non plus sur les activités ménagères.

Du point de vue otoneurologique, l'expert (le Dr L._____) a posé le diagnostic de surdité de transmission gauche et surdité mixte droite de degré moyen sur otosclérose ; status après stapédotomie droite vers 1996 ; appareillage auditif stéréophonique depuis 2013 ; acouphène neurosensoriel chronique partiellement compensé ; trouble vestibulaire fonctionnel chronique (Persistent Postural Perceptual Dizziness) ; status après VPPB sur canalolithiase vers 2011. Il n'y avait pas d'atteinte vestibulaire organique justifiant une incapacité de travail mais l'assurée devait éviter les environnements bruyants et privilégier une activité légère sédentaire pour diminuer les symptômes.

La capacité de travail était de 50% depuis le 20 février 2013, soit la date des rapports disponibles de ses médecins-traitants. Un suivi psychothérapeutique et un traitement pharmacologique était exigible de l'assurée. Des mesures actives mises en place visant la réinsertion seraient adaptées pour viser une capacité de travail médico-théorique de 50% à moyen terme.

25. Le 21 juin 2018, la Dresse M_____, du SMR, a proposé de suivre les diagnostics retenus par les experts, ainsi que l'estimation d'une capacité de travail de 50% dans toute activité dès le 20 février 2013. Dans la mesure où l'assurée ne bénéficiait pas d'un traitement lege artis à ce jour, et que la compliance n'était pas totale, un suivi spécialisé correct était exigible avec dosages médicamenteux. Cette exigibilité était susceptible d'entraîner une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée. Une révision à un an était proposée.

L'incapacité de travail était de 50% depuis le 20 février 2013 et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les environnements bruyants, le stress et les échelles, activité simple ne nécessitant pas de ressources attentionnelles importantes, sans travail en double tâche et sans organisation complexe du travail.

26. Une note de statut du 8 août 2018 de l'OAI a mentionné que, d'une part, dans sa demande l'assurée indiquait qu'elle était ménagère depuis la naissance de son fils, d'autre part, qu'elle avait commencé à cotiser comme personne sans activité lucrative en 2003. Il paraissait plausible que, sans atteinte à la santé, cette assurée serait ménagère à 100%.
27. Une note de travail du 10 septembre 2018 de l'OAI a retenu qu'au vu de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles déterminées, il n'y avait pas lieu de retenir d'empêchements dans le ménage étant donné que l'assurée pouvait fractionner, différer et adapter ses tâches ménagères. Quand bien même, il en résulterait un empêchement moindre, il y aurait lieu de tenir compte de l'aide raisonnablement exigible du fils de l'assurée qui vivait sous le même toit.
28. Par projet de décision du 14 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée en retenant que le statut de celle-ci était celui d'une personne non active et qu'elle ne présentait pas d'empêchements dans le ménage.
29. Par décision du 24 octobre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
30. Le 3 décembre 2018, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 24 octobre 2018, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 20 février 2013. Elle fait valoir qu'elle ne pouvait différer, adapter et fractionner ses tâches ménagères, vu ses nombreux problèmes de santé (problèmes d'oreilles, de vertiges, d'arthrose et une dépression) et que son fils de 26 ans ne l'aidait pas. Il ne faisait pas de doute que son taux d'invalidité était d'au moins 70%.
31. Le 16 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'assurée n'exerçait plus d'activité lucrative depuis 2003 alors que l'incapacité de travail ne remontait qu'à 2013, qu'elle-même indiquait être femme au foyer et qu'elle bénéficiait de l'Hospice général depuis 2006, de sorte qu'en bonne santé elle aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, continuer de ne pas travailler ; au vu des limitations fonctionnelles arrêtées par les experts, la tenue du ménage de l'assurée n'était pas impactée, ce d'autant que la description de la vie quotidienne de l'assurée démontrait qu'elle tenait son ménage et qu'une aide de son fils était exigible.
32. Le 22 mars 2019, l'assurée, représentée par un avocat, a répliqué en persistant dans ses conclusions et en soulignant que ses problèmes de santé ne lui permettaient pas de fractionner, différer et adapter ses tâches ménagères, que le descriptif de sa vie quotidienne ne suffisait pas pour écarter son droit à une rente. Elle a sollicité son audition et la réalisation par l'OAI d'une enquête à domicile.
33. Le 8 avril 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « J'ai un garçon et une fille. Le garçon vit avec moi. Il est né en 1991. Il étudie à l'université. J'ai divorcé deux fois, en 1990 et en 2009.

J'ai été reçue à Lausanne pour l'expertise, toute une après-midi, c'était fatigant mais ça s'est bien passé. J'ai toujours des symptômes de vertige, maux de tête, j'ai des douleurs dans presque tout le corps, en particulier les épaules et la nuque, et j'ai également une dépression.

La dépression s'est aggravée ces derniers temps, je reste seule à la maison et je n'ai personne à qui parler hormis ma psychologue. Ma mère est malade et vit au Maroc. C'est la seule personne à qui je pourrais parler, mais c'est difficile de le faire par téléphone. Je passe mes journées à pleurer seule à la maison. J'ai été perturbée par une annonce que mon fils m'a faite, et qui a aggravé ma dépression. Ma fille, qui a 17 ans, vit au Maroc avec ma mère et ma sœur, elle a besoin de moi mais je n'arrive pas à m'en occuper.

J'ai travaillé à plein temps dans des EMS, comme aide-soignante, ainsi que comme dame de buffet dans des restaurants, toujours à plein temps. Le restaurant Chez N_____, pour qui je travaillais a fermé, ensuite j'ai travaillé au O_____ et aux P_____. J'ai ensuite été au chômage puis j'ai travaillé comme aide-soignante. J'ai été en fin de droit du chômage puis à l'Hospice Général, vers 2004 ou 2006, car je n'avais pas retrouvé d'emploi. J'ai voulu suivre les cours pour obtenir le certificat de la Croix-Rouge, lequel était demandé pour obtenir un poste d'aide-soignante en EMS mais je n'ai pas pu à cause de mes problèmes d'oreilles. J'avais un travail en EMS de durée limitée placé par le chômage. J'ai travaillé à 50 % comme employée de carrousels, placée par l'Hospice Général pendant trois mois. J'ai ensuite été également placée par l'Hospice Général comme animatrice parascolaire pour environ six mois, trois heures par jour. J'ai toujours cherché du travail mais je n'ai pas trouvé.

Je suis d'accord que mon dossier de l'Hospice Général et celui de l'OCE soient versés à la procédure.

Si j'étais en bonne santé je travaillerais à 100 %.

C'est le Dr C_____ qui a rempli ma demande de prestations d'invalidité. Vous me dites que la demande mentionne que je suis femme au foyer. Il se peut que je lui aie dit que j'étais femme au foyer quand j'étais au Maroc. S'agissant des tâches ménagères mon fils ne m'aide pas du tout. Il était d'ailleurs pendant huit mois au Canada l'année passée. Je fais mon ménage car personne d'autre ne le fait à ma place. Parfois je sollicite une aide pour le ménage d'environ deux – trois heures que je paie. Je sors faire mes courses et je me prépare à manger. Parfois je prépare à manger à mon fils le soir ».

L'avocat de la recourante a déclaré : « Nous acceptons les conclusions de l'expertise de la PMU sous réserve d'une aggravation de la dépression de ma cliente après l'expertise de la PMU. Nous sommes d'accord qu'une investigation est nécessaire au niveau du statut de la recourante ».

La représentante de l'intimé a déclaré : « Le dossier de la recourante a été mis en attente sur la plateforme pour une très longue période car à ce moment-là les délais

étaient très longs. Ces délais se sont améliorés. S'agissant du statut c'est un gestionnaire différent qui a envoyé le courrier du 23 janvier 2013 à la recourante et celui qui a effectué la note de statut du 9 août 2018. Le statut a été déterminé aussi en fonction de la date de l'incapacité de travail fixée à 2013. Nous sommes prêts à réexaminer la question du statut après réception des dossiers de l'Hospice Général et de l'OCE ».

34. Le 15 avril 2019, l'OCE a indiqué à la chambre de céans que l'assurée n'avait jamais été inscrite auprès de lui.

35. Le 30 avril 2019, l'Hospice général a transmis à la chambre de céans les pièces de son dossier, en lien avec les recherches d'emploi de la recourante et les emplois occupés par celle-ci, notamment :

- Un certificat de travail de l'EMS Q_____ Sàrl, selon lequel l'assurée avait travaillé du 7 février au 6 juin 2000, dans le cadre d'un emploi temporaire conclu avec l'OCE (aide aux personnes âgées).
- Des lettres de postulation de l'assurée, du 9 août 2006 comme aide-soignante au foyer R_____ et à la maison de retraite S_____, du 4 août 2000 à la FSASD et du 7 août 2006 à l'EMS T_____.
- Un formulaire de preuve de recherches personnelles d'emploi d'août 2003, comprenant cinq recherches.
- Un résumé d'un entretien du 29 novembre 2006 avec le Centre d'action sociale des Avanchets, mentionnant un souhait de l'assurée de se réinsérer dans une activité d'accompagnement ou animation, avec des horaires / jours souhaités « à convenir ».
- Un contrat du 30 mai 2007 relatif à l'activité de réinsertion, signé par l'Hospice général et l'assurée, pour une fonction d'accompagnatrice 4h/jour, dès le 10 avril 2007, pour U_____, Monsieur V_____.
- Un rapport d'observation socioprofessionnelle des EPI, attestant d'un stage de l'assurée du 5 mai 2008 au 25 juillet 2008, selon un horaire de 32h/semaine.
- Un résumé d'entretien de l'activité de réinsertion du 28 juin 2010, attestant d'un souhait de l'assurée de se réinsérer dans une activité nouvelle (aide à la cantine) selon un horaire « à convenir ».
- Un contrat du 5 août 2010 relatif à l'exercice de l'activité de réinsertion, signé par l'Hospice général et l'assurée et portant sur une activité d'aide aux cuisines scolaires (W_____) dès le 30 août 2010, pour une année, à raison de 12h/semaine.
- Un courriel de l'Hospice général du 6 décembre 2010 selon lequel l'assurée avait cessé son activité aux restaurant scolaires W_____ le 6 décembre 2010.

- Une postulation de l'assurée du 3 août 2011 comme patrouilleuse scolaire / animatrice parascolaire à la Mairie X_____, mentionnant sa grande disponibilité.
 - Trois postulations de l'assurée du 11 juillet 2011, représentée par Intégration pour tous, pour effectuer un stage de deux à quatre semaines, à 50 % comme aide-employée de cafétéria ou aide-auxiliaire auprès de l'EMS La résidence Y_____, l'EMS Z_____ et AA_____.
36. Le 28 mai 2019, l'OAI a observé qu'il se confirmait, au vu du dossier de l'Hospice général, que la recourante n'avait exercé aucune activité professionnelle pendant la période déterminante pour la présente cause et qu'elle n'avait pas démontré de réelle volonté de retrouver une activité professionnelle, sa dernière inscription au chômage remontant à 2002.
37. Le 1^{er} juin 2019, la recourante a observé qu'on devait lui reconnaître un statut mixte 50 % active et qu'une enquête économique sur le ménage devait être demandée à l'OAI.
38. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
6. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. 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 137 V 334 consid. 3.2; ATF 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).

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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. Selon l'art. 27^{bis} RAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b, et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

Sous l'empire de l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI modifié, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative demeure régi par l'art. 16 LPGA. L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalide est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide.

Le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est, comme c'était le cas auparavant, déterminé au moyen de la méthode de comparaison des types d'activités prévue à l'art. 28a al. 2 LAI. De même que pour les assurés qui accomplissent des travaux habituels à plein temps, l'invalidité est calculée en fonction de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels. La limitation ainsi obtenue est pondérée au moyen de la différence entre le taux d'occupation de l'activité lucrative et une activité à plein temps. Le taux d'invalidité total est obtenu

en additionnant les deux taux d'invalidité pondérés (cf. Ralph LEUENBERGER, Gisela MAURO, Changements dans la méthode mixte, in Sécurité sociale/CHSS n° 1/2018 p. 45).

9. 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 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut 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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa).

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 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

10. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, 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).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant

l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

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).

b. 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 (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). 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 de solliciter l'aide des membres de la famille. 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. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014).

c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La

surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.1).

d. Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

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

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

origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

13. a. En l'occurrence, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie, et otoneurologie) dont les conclusions retiennent une capacité de travail de la recourante de 50 % depuis le 20 février 2013 dans l'activité habituelle d'aide parascolaire et dans toute activité adaptée.

La recourante a indiqué, par l'intermédiaire de son avocat, lors de l'audience du 8 avril 2019, que les conclusions de l'expertise de la PMU étaient acceptées sous réserve d'une aggravation de sa dépression survenue après l'expertise de la PMU ; elle n'a toutefois produit aucune pièce médicale permettant d'attester une telle aggravation, de sorte qu'il convient de constater que les conclusions de l'expertise de la PMU, dont la valeur probante est admise par les parties, peuvent être confirmées.

b. La recourante estime, finalement, que son statut est mixte, 50 % active et 50 % ménagère, alors que l'intimé retient un statut de ménagère.

Selon l'anamnèse professionnelle effectuée par les experts de la PMU, la recourante, après son arrivée en Suisse, en 1992, a travaillé dans un cabaret puis dans la restauration comme responsable du buffet et serveuse, puis comme aide-soignante en EMS et comme accompagnatrice de personnes handicapées et animatrice parascolaire (expertise PMU p. 6).

L'extrait du compte individuel de l'assurée du 8 août 2018, émis par la caisse, mentionne effectivement des revenus réalisés depuis 1992 pour divers employeurs, soit pour le dancing AB_____ en 1992, pour AC_____, Le Locle en 1992, pour AD_____, les Brenets en 1993, pour AE_____, à Montana-Vermala en 1993, pour AF_____, à Grandval en 1993, pour AF_____ à Sion en 1993, pour N_____ à Genève en 1994, pour AG_____ à Genève en 1994 et 1995, pour AG_____ au

Petit-Lancy en 1996 et 1997, pour AH_____ en 1998 et 1999, pour AI_____ en 2000 et 2001, pour l'Etat de Genève en 2000 (EMS Q_____) et pour le théâtre AJ_____ SA en 2009.

En outre, la recourante a bénéficié d'indemnité de l'assurance-chômage en 1995 - 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 et 2002.

Elle a travaillé également en 2007 comme accompagnatrice et en 2010 comme aide aux cuisines scolaires.

Selon la recourante, les activités exercées dès son arrivée en Suisse l'ont été à 100 % (procès-verbal d'audience du 8 avril 2019), ce qui n'est pas contesté par l'intimé et ce qui probable au vu des revenus portés sur son compte individuel auprès de la Caisse. Ensuite, soit après sa période de chômage, la recourante a travaillé comme employée de carrousel à 50 %, comme accompagnatrice quatre heures par jour et comme animatrice parascolaire à raison de trois heures par jour (douze heures par semaine). Elle a aussi effectué un stage, en 2008, à raison de trente-deux heures par semaine.

S'agissant de la volonté hypothétique de la recourante, on constate que déjà dans le rapport d'entretien de détection précoce de l'OAI du 3 juillet 2012, la recourante a indiqué que, sans ses problèmes de santé, elle travaillerait. Elle a confirmé ce souhait lors de l'audience du 8 avril 2019. Par ailleurs, en 2006, la recourante a effectué plusieurs postulations, comme cela a également dû être le cas lors des périodes d'indemnisation de l'assurance-chômage, même si le dossier de l'assurée, vraisemblablement trop ancien, n'a pas pu être fourni par l'OCE. Elle a aussi postulé en 2011 à un poste de patrouilleuse scolaire / animatrice parascolaire. Enfin, les entretiens avec le CASS Avanchets mentionnent un souhait de la recourante de travailler dans le domaine de l'accompagnement / animation / aide à la cantine.

Au vu des emplois assumés par la recourante, d'abord à 100 %, puis à temps partiel ainsi que de son souhait, documenté, de retravailler sans atteinte à la santé, il convient d'admettre qu'elle présente, comme elle le prétend, un statut mixte de personne active à 50 % et ménagère à 50 %.

14. Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante.

Selon l'expertise de la PMU, l'activité d'animatrice parascolaire est adaptée et peut être exercée à 50 %. Dans ce cas, les revenus avant et après invalidité sont identiques, de sorte que le degré d'invalidité se confond avec la perte de gain.

Il convient d'effectuer deux calculs, l'un en 2014 et l'autre, dès le 1^{er} janvier 2018, en application de l'art. 27bis RAI, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

a. En février 2014, soit à l'issue du délai de carence d'une année (l'incapacité de travail de 50 % ayant débuté le 20 février 2013), le degré d'invalidité de la recourante dans la sphère lucrative est nul, dès lors que celle-ci est apte à travailler au taux de 50 % qu'elle exercerait sans atteinte à la santé. S'agissant de la sphère ménagère et compte tenu des limitations fonctionnelles retenues par le SMR (éviter

les environnements bruyants, éviter le stress, activité simple ne nécessitant pas de ressources attentionnelles importantes, sans travail en double tâche, sans organisation complexe du travail, éviter les échelles) et d'une capacité de travail de 50 % reconnue par les experts de la PMU, il convient d'admettre, à la suite de l'intimé, qu'une enquête économique sur le ménage n'est pas nécessaire, l'empêchement ménager éventuel qui en résulterait n'atteignant manifestement pas un degré suffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. En effet, pour atteindre un degré d'invalidité d'au moins 40 %, la recourante devrait présenter un empêchement d'au moins 80 %, compte tenu de son statut mixte de 50 % active - 50 % ménagère. Or, la recourante peut fractionner, différer et adapter ses tâches ménagères, tout en sollicitant l'aide de son fils (hormis pendant le séjour de celui-ci à l'étranger, lequel a cependant été limité à une durée de huit mois - procès-verbal d'audience du 8 avril 2019); par ailleurs, il ressort de la description de sa vie quotidienne (expertise PMU p. 6) qu'elle fait du ménage, des commissions et à manger pour son fils et elle-même (note de travail OAI du 10 septembre 2018). Dans ces conditions, un empêchement de 80 % ne peut être atteint.

b. Dès le 1^{er} janvier 2018, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative est calculé selon un revenu sans invalidité extrapolé à 100 % (art. 27bis RAI), de sorte que, compte tenu d'une incapacité de travail de 50 %, il est de 50 %.

Appliqué au statut mixte de la recourante, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative est de 25 %. S'agissant de l'empêchement ménager, les considérations émises ci-dessus restent valables pour la détermination du degré d'invalidité dès 2018, dès lors qu'un empêchement d'au moins 30 % devrait être présent pour que la recourante puisse se voir reconnaître un degré d'invalidité d'au moins 40 %. Une enquête ménagère s'avère donc superflue.

15. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté, étant relevé que si la recourante estime que son état de santé s'est aggravé après la décision du 24 octobre 2018, elle peut déposer une demande de révision, en produisant des attestations médicales à même de prouver cette aggravation.
16. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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

Julia BARRY

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