



POUVOIR JUDICIAIRE

A/613/2019

ATAS/924/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par le
CENTRE DE CONTACT SUISSES-IMMIGRÉS GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1971, célibataire et mère de deux enfants nés en 2002 et 2009, a obtenu au Maroc un baccalauréat, puis y a suivi une formation de « personnel navigant ». Elle a travaillé à l'étranger comme hôtesse de l'air de 1996 à 2001, avant de s'installer en Suisse en décembre 2001.
2. Le 20 mai 2008, elle a déposé une première 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 un état dépressif et anxieux, existant depuis 2002. Elle a précisé être assistée par l'Hospice général, depuis le mois de juillet 2003.
3. Invitée par l'OAI à préciser pourquoi elle n'avait pas travaillé depuis son arrivée en Suisse en 2001, l'assurée a répondu dans un courrier du 5 juin 2008, formulé comme suit : « [à] cette époque, j'étais hôtesse de l'air et j'ai obtenu un visa touristique d'avril 2001 à avril 2002. Mon souhait à cette période était de continuer mon emploi. [...] Mon projet était de ne rester en Suisse que le temps de ma grossesse, puis de confier ma fille à son père et que je puisse retourner vivre à Dubaï et continuer mon activité professionnelle. J'ai eu une grossesse très difficile, autant psychologiquement que physiquement. Les choses ne se sont pas passées comme prévu. J'ai eu beaucoup de complications suite à l'accouchement, je suis restée auprès de ma fille et finalement je suis restée en Suisse. Puis au vu de mes problèmes de santé, je n'ai jamais pu retravailler [...] ».
4. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assurée se sont déterminés comme suit :
 - a. Le 30 mai 2008, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui suit l'assurée depuis 2007, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, existant depuis 2003 environ. L'état dépressif était apparu en 2003, dans les suites d'un accouchement traumatique et difficile. Depuis lors, il s'était lentement chronicisé et avait persisté, malgré les diverses médications prescrites. La thymie de l'assurée, enceinte de son deuxième enfant, était franchement dépressive, avec un important ralentissement psychomoteur et des idées de dévalorisation, mais un discours cohérent. L'assurée présentait une tristesse, une aboulie, une fatigue, une incapacité à gérer le quotidien, des troubles du sommeil, une dévalorisation, des idées suicidaires (sans projet de passage à l'acte) et des automutilations. Elle était incapable d'exercer son activité antérieure depuis 2003.
 - b. Dans un rapport également daté du 30 mai 2008, la doctoresse C_____, médecin généraliste de l'assurée depuis 2006, a confirmé l'existence, depuis 2002, d'un état dépressif grave, suivi initialement en gynécologie par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), puis par la Dresse B_____. Elle a

fait état d'une fatigue, d'une anxiété, de troubles de la concentration et du sommeil. Elle a conclu à une incapacité de travail totale depuis septembre 2007.

5. L'OAI a diligenté une expertise auprès du docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 27 février 2009, l'expert a retenu le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble dépressif majeur, état actuel moyen (F 32.1). Ressortissante marocaine, l'assurée avait effectué pendant deux ans une formation d'hôtesse de l'air, puis était restée près de quatre ans avec sa famille, affirmant n'avoir « rien fait du tout », sans que l'on en connaisse les raisons. Après avoir œuvré pendant quelques mois comme caissière dans une boutique E_____, elle avait travaillé pendant trois ans chez F_____, puis chez G_____ pendant un peu plus d'un an. Elle disait avoir cessé de travailler au moment de sa première grossesse, en 2001, et depuis lors, l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle. Il était difficile d'établir les faits, car l'assurée était parfois vague et le dossier médical sommaire. L'assurée faisait remonter ses problèmes à sa première grossesse, non véritablement désirée, qui était le fruit de sa relation avec un ressortissant marocain marié. Les grossesses hors mariage n'étant pas été acceptées dans son pays, l'assurée avait interrompu son activité professionnelle d'hôtesse de l'air et était venue s'établir à Genève. Son accouchement s'étant mal passé et elle avait dû être transférée au bloc opératoire pour une hémorragie post-partum, dont les suites avaient été compliquées par un iléus. Après cela, l'assurée disait avoir présenté des troubles dépressifs et été suivie brièvement par un psychiatre du service d'obstétrique, puis dans un service de pédopsychiatrie avec sa fille. Il était également question d'un suivi pendant près d'une année par une psychologue d'un centre pour les émigrés à Carouge. Dès l'automne 2007, l'assurée avait bénéficié d'un suivi psychiatrique par la Dresse B_____, mais elle avait cessé de consulter en novembre 2008. En janvier 2009, à l'issue d'une grossesse cette fois-ci désirée, elle avait mis au monde une deuxième fille, mais avait été quelque peu dépassée par les suites de l'accouchement : elle avait été hospitalisée pendant quelques jours dans l'unité de psychiatrie des HUG, puis suivie par un centre de thérapies brèves. Dans son appréciation, l'expert relevait que l'assurée, désormais âgée de 38 ans, vivait seule avec ses deux jeunes enfants. Le père de ses filles et sa famille semblaient présents et lui apporter une aide conséquente. Depuis la naissance traumatique de son premier enfant, en 2002, l'assurée présentait des troubles psychiques, ayant fait l'objet d'une prise en charge sporadique, l'assurée collaborant de manière non optimale aux soins. Actuellement, les troubles avaient évolué vers une certaine chronicité, mais le tableau médical n'avait rien de préoccupant. On pouvait admettre que l'assurée présentait depuis près de trois ans un trouble dépressif majeur, dont la sévérité pouvait probablement être qualifiée le plus souvent de moyenne, sans plus. Selon les informations à disposition, les services de soins institutionnels étaient intervenus dans le contexte d'une problématique plus sociale que médicale. Par ailleurs, l'assurée bénéficiait de ressources : elle savait demander de l'aide en cas de besoin, ainsi que s'appuyer sur les structures en place, et elle

avait pu mener à terme une deuxième grossesse, sans problèmes majeurs. Si elle bénéficiait d'une aide de ses proches (pour les courses, la lessive et certains repas), elle disait aussi conserver son autonomie. L'assurée admettait volontiers qu'elle pourrait travailler « si elle n'avait pas les deux enfants », tout en nuancant ensuite son propos en affirmant qu'elle avait tendance à commencer les choses, sans pouvoir les finir, ce qu'elle avait notamment observé dans le cadre de récentes activités occupationnelles. La dépression n'avait jamais été caractérisée par des critères d'extrême gravité, tels qu'une perte massive de poids, des passages à l'acte suicidaires et des hospitalisations durables en milieu spécialisé. Selon l'expert, l'assurée ne présentait pas – et n'avait jamais présenté – d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique. Dans les faits, il était certes peu probable que cette jeune mère ait les possibilités de reprendre son travail, mais selon l'expert, ce problème ne relevait pas d'une maladie, de sorte qu'il n'était pas à charge de l'assurance-invalidité.

6. Par décision entrée en force du 17 août 2009, l'OAI a rejeté la première demande de prestations de l'assurée, au motif que l'atteinte dont elle souffrait ne diminuait pas sa capacité de travail et de gain.
7. Le 27 mars 2017, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations d'invalidité, dans laquelle elle a invoqué une dépression apparue en 2003, après la naissance de sa fille aînée.
8. Invitée par l'OAI à transmettre tout document permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, l'assuré a produit diverses pièces le 20 avril 2017, dont :
 - un rapport du centre des thérapies brèves des HUG, à teneur duquel l'assurée a été suivie par cet établissement du 11 novembre 2008 au 8 janvier 2009, pour un trouble anxieux et dépressif mixte ;
 - un rapport du département de psychiatrie des HUG, dont il ressort que l'assurée y a été hospitalisée du 23 janvier au 6 février 2009 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2) ;
 - un rapport de la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, daté du 19 avril 2017. L'assurée, dont l'état de santé s'était aggravé depuis janvier 2013, était très déprimée, angoissée et présentait des hallucinations audio-visuelles ainsi que des pensées suicidaires. Elle était en arrêt de travail à 100% depuis le mois de juin 2012 et au vu de son état de santé actuel, un retour au travail n'était pas envisageable ;
 - un rapport établi le 27 avril 2017 par la Dresse B_____. Lorsqu'elle avait commencé à suivre l'assurée, en novembre 2007, elle avait diagnostiqué un « EDM » (épisode dépressif majeur), épisode actuel moyen à sévère. Divers traitements avaient été tentés, sans grand succès sur la thymie. L'assurée avait été hospitalisée aux HUG du 23 janvier au 6 février 2009 pour un épisode dépressif sévère, puis en novembre 2011, elle avait été admise au centre des

thérapies brèves des HUG, où un trouble anxieux et dépressif mixte lui avait diagnostiqué. Faute d'amélioration de son état de santé, un changement d'antidépresseurs lui avait été prescrit (Cipralex, Xanax et Seroquel). L'évolution s'était poursuivie sur un mode dépressif persistant, se caractérisant par diverses limitations fonctionnelles (anhédonie, intense fatigue, difficultés de concentration et important ralentissement psychomoteur).

9. Après avoir reçu de l'OAI un projet de décision de refus de prestations, l'assurée s'y est opposée le 6 juin 2017, invoquant une aggravation de son état de santé. Elle a joint un rapport de la Dresse H_____, daté du 2 juin 2017 : sa patiente, dont l'état de santé n'avait cessé de s'aggraver ces dernières années, était très déprimée, angoissée, et minée par des idées noires, toutefois sans projet concret de passage à l'acte. Elle déplorait d'importants troubles du sommeil, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Elle se plaignait aussi d'une sécheresse buccale, de crampes abdominales, de constipation, d'éructions, de céphalées chroniques, de palpitations, d'une hyperventilation, de douleurs musculaires, cervicales, d'une perte d'énergie, d'une fatigue, de troubles menstruels et d'hallucinations audio-visuelles, respectivement cénesthésiques. Lorsqu'elle sortait de chez elle, elle contrôlait à plusieurs reprises la fermeture de la porte et l'extinction de sa cuisinière. Elle présentait un trouble de l'appétit, ayant engendré une perte de poids au cours des derniers mois. Elle se dévalorisait, se culpabilisait et avait peur de l'avenir. Durant les entretiens, elle était de plus en plus ralentie. Le pronostic était défavorable.
10. Le 25 juillet 2017, la doctoresse I_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé qu'une aggravation de l'état de santé avait été rendue plausible et préconisé d'instruire le dossier.
11. Invités par l'OAI à transmettre de nouveaux rapports, les médecins de l'assurée se sont déterminés comme suit :
 - a. Le 5 octobre 2017, la Dresse H_____ a exposé que l'assurée souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent, avec des symptômes psychotiques et des attaques de panique. Sa capacité de travail restait nulle, dans toute profession.
 - b. Le 5 avril 2018, la Dresse C_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants : dépression (depuis 2002), crises d'angoisse (depuis 2002), migraines (depuis 2008), troubles vésico-sphinctériens complexes avec incontinence urinaire mixte (depuis 2009), constipation chronique, douleurs ostéo-articulaires diffuses (depuis 2009). Elle a confirmé une aggravation des symptômes dépressifs depuis 2009, notamment des troubles de la concentration et du sommeil, ainsi qu'une péjoration des problèmes de dyschésie rectale. Elle a conclu, elle aussi, que l'assurée était inapte à exercer toute profession.
 - c. Le 12 avril 2018, la Dresse H_____ a déclaré que « la patiente a de plus en plus d'hallucinations audio-visuelles (fantôme qui est chez elle et l'appelle par son prénom). La patiente vit dans la peur permanente, car elle a peur d'être tuée par ce

fantôme ou dans la rue par quelqu'un d'autre. [...] La patiente n'est plus capable de retravailler, [en raison] de son état psychique et [de] ses douleurs généralisées (fibromyalgie) ».

12. Dans une note relative au statut datée du 4 avril 2018, le gestionnaire de l'assurance-invalidité a relevé que l'assurée, âgée de 47 ans, célibataire et mère de deux enfants, sans formation certifiée, était arrivée en Suisse en provenance du Maroc en 2001. Il ressortait de l'expertise réalisée en 2008 (recte : 2009) que l'assurée avait cherché à se former et à travailler lorsqu'elle était encore au Maroc. Une fois arrivée en Suisse, elle n'avait jamais véritablement entrepris de démarches pour travailler. Son extrait de compte individuel AVS confirmait qu'elle n'avait cotisé qu'en tant que personne sans activité lucrative. Partant, le gestionnaire préconisait de retenir un statut de « ménagère ».
13. Le 20 septembre 2018, le docteur J_____, du SMR, a émis l'avis que la capacité de travail de l'assurée était nulle, depuis 2012, dans toute activité. L'intéressée présentait des limitations fonctionnelles, à savoir une fatigabilité, des troubles de la mémoire et de l'attention, une anhédonie et des douleurs polyarticulaires multiples. À l'appui de son point de vue, le Dr J_____ a rappelé que la Dresse H_____ avait fait état, en octobre 2017 et avril 2018, d'un tableau psychique sombre, de très nombreuses hallucinations auditives, visuelles et d'un traitement psychiatrique très conséquent ; elle avait attesté d'une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 6 avril 2012. Par ailleurs, la Dresse C_____ avait diagnostiqué un trouble dépressif, des migraines, des troubles vésico-sphinctériens, une incontinence urinaire et fécale, ainsi que des douleurs polyarticulaires. Elle avait également certifié une totale incapacité de travail.
14. Le 12 novembre 2018, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a indiqué que l'assurée avait obtenu au Maroc un baccalauréat et avait travaillé comme hôtesse de l'air, à Dubaï et au Emirat, jusqu'à la naissance de sa première fille, en 2002. Elle s'était installée à Genève durant sa première grossesse. Actuellement, elle vivait seule avec ses deux filles et déclarait que si elle avait été en bonne santé, elle aurait souhaité travailler comme hôtesse de terre à Genève. Par ailleurs, l'assurée était assistée depuis plusieurs années par l'Hospice général et percevait une contribution à l'entretien de ses filles, de la part du père de celles-ci.

Avant l'atteinte, l'assurée préparait sans problème les repas pour ses deux filles. Elle faisait aussi des repas plus long à préparer, tels que le couscous. Depuis l'atteinte, qui remontait selon l'assurée à la naissance de sa première fille, elle déplorait une aggravation de son état de santé et se disait épuisée par toute activité. Il lui était devenu très difficile de faire des choix et notamment de déterminer quoi faire à manger. Elle pouvait rester longtemps assise sur une chaise en sachant qu'elle devait faire la vaisselle et ranger la cuisine, sans pouvoir se lancer dans ces tâches. Elle essayait d'être aussi active que possible lorsque ses filles, âgées de 10 et 17 ans (recte : 9 ans et 16 ans à la date de l'enquête), étaient à la maison. Ces dernières contribuaient à la préparation des repas et au rangement de la cuisine. Elle

préparait des repas simples et rapides et, au moins une fois par jour, un repas chaud, le soir, lorsque ses filles étaient à la maison. Parfois, l'une ou l'autre de ses filles rentrait aussi pour le repas de midi. L'assurée disait ne plus faire de nettoyages dans la cuisine et n'entretenir que superficiellement le plan de travail, avec l'aide de ses filles. Une fois par mois, sa sœur et son frère nettoyaient son appartement plus à fond. Lors de sa visite, l'enquêtrice avait remarqué que la cuisine était sombre, les volets baissés, et que de la vaisselle était dans l'évier. Elle précisait avoir tenu compte des limitations fonctionnelles énumérées par le SMR (anhédonie, fatigabilité et douleurs polyarticulaires).

Avant l'atteinte, l'assurée était capable de nettoyer son appartement régulièrement. Depuis l'atteinte, elle ne passait plus l'aspirateur et ne parvenait plus à entreprendre quoi que ce soit ; elle disait passer beaucoup de temps sur le canapé. Elle passait de temps en temps le balai sur le parquet, ses sœurs ayant retiré les tapis. L'assurée pouvait nettoyer sa salle de bain, mais ne le faisait pas souvent et s'en tenait à un entretien superficiel. Ses filles changeaient les draps de leur lit. Au moment de la visite, la chambre des enfants était bien rangée, à l'instar du reste de l'appartement. L'assurée précisait dormir sur le canapé de la salle à manger, raison pour laquelle elle n'avait pas de draps de lit, et ne se lavait que tous les dix jours, dans une salle de bain à l'étage (l'appartement était grand et comprenait deux étages, selon l'enquêtrice). L'assurée disait qu'elle ne faisait pas de grands nettoyage et qu'elle n'en avait jamais fait. Elle maintenait le salon propre, soucieuse que cette pièce soit bien rangée lorsque sa fille aînée y invitait des amies. Les rideaux et les vitres étaient nettoyés par son frère ou sa sœur, qui ne vivaient pas sous le même toit.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait les courses pour elle-même et ses deux filles. Depuis l'atteinte, elle pouvait sortir avec son caddie pour faire quelques petites courses d'appoint, mais c'était le père de ses filles qui s'occupait des grandes courses. Le père de ses filles était très présent et ses filles pouvaient faire appel à lui en cas de besoin. L'assurée, qui déplorait des difficultés pour choisir ce qu'elle devait acheter, se disait facilement débordée par la moindre activité et très angoissée. Depuis qu'elle bénéficiait de l'aide de l'Hospice général, ses tâches administratives étaient gérées par une assistante sociale.

Avant l'atteinte, l'assurée faisait seule la lessive pour ses filles et elle-même. Depuis l'atteinte, l'assurée, qui disposait d'un lave-linge dans son appartement, faisait encore la lessive, au moins deux fois par semaine ; cela était nécessaire pour qu'elle ait suffisamment de vêtements en réserve pour ses filles. Elle pouvait charger et décharger le lave-linge, mais précisait rencontrer des difficultés pour initier cette activité. Elle n'avait que peu de linge à laver pour elle-même, car elle ne se changeait pas souvent. Elle suspendait le linge sur un étendoir et pouvait s'asseoir pour le plier. Ses filles pouvaient également plier et ranger le linge.

Enfin, avant l'atteinte, l'assurée vivait avec ses deux enfants, dont elle s'occupait seule. Depuis l'atteinte, l'assurée disait s'efforcer d'être plus active lorsque ses filles étaient à la maison. Elle sortait parfois avec ses filles pour faire des courses,

tout en précisant que cela lui demandait beaucoup d'efforts. Elle désirait néanmoins être plus disponible pour ses filles. Ces dernières étaient grandes et ne nécessitaient plus de soins particuliers, selon l'enquêtrice. En définitive, l'enquêtrice évaluait les empêchements totaux à 34%, en tenant compte d'une aide exigible de ses deux filles de 20%. S'agissant du taux d'exigibilité retenu (20%) pour les deux filles de l'assurée, l'enquêtrice a précisé que l'exigibilité n'était que partielle, les filles étant occupées toute la journée.

15. Par décision du 15 janvier 2019, confirmant un préavis du 20 novembre 2018, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée une rente d'invalidité. L'assurée bénéficiait d'un statut de personne non active et se consacrait exclusivement à ses travaux habituels. De l'enquête ménagère, il ressortait que les empêchements rencontrés par l'assurée dans ses travaux ménagers s'élevaient à 34%, en tenant compte de l'aide qu'elle pouvait raisonnablement exiger des membres de sa famille. Inférieur au seuil légal de 40%, ce taux n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité.
16. Par acte du 15 février 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, subsidiairement à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès la même date, si le statut de personne non active retenu par l'OAI était confirmé.

L'OAI lui avait reconnu à tort un statut de personne sans activité lucrative plutôt qu'un statut d'active, sans tenir compte de ce qu'elle avait travaillé jusqu'à son arrivée en Suisse et que c'était principalement en raison de ses problèmes de santé qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle. À ce propos, elle a expliqué que jusqu'en mai 2001, elle avait travaillé comme hôtesse de l'air pour deux compagnies aériennes. Elle avait cessé cette activité professionnelle suite à sa première grossesse et à son installation à Genève, lieu de résidence du père de l'enfant. Bien qu'elle avait désiré reprendre une activité professionnelle comme hôtesse de terre à Genève, elle n'avait pas pu le faire, en raison principalement de son état de santé. Le métier d'hôtesse de l'air étant incompatible avec l'éducation d'un enfant, elle avait entamé diverses formations qu'elle n'avait pas terminées, vu ses difficultés de concentration et sa grande fatigue, notamment du 10 septembre au 19 novembre 2007 auprès de Voie F – Espace de formation pour les femmes (ci-après : Voie F). En 2008, son état de santé s'était péjoré, ce qui avait motivé le dépôt d'une première demande de prestations d'invalidité, refusée par l'administration sur la base d'une expertise du Dr D_____ ; cet expert avait néanmoins retenu un état dépressif moyen et relevé qu'il était difficile d'évaluer l'incapacité de travail des personnes souffrant d'un tel trouble. En raison d'une aggravation subséquente de son état de santé, elle avait déposé une nouvelle demande de prestations en 2017, à la suite de laquelle les médecins du SMR lui avaient reconnu une totale incapacité de travail dans toute profession depuis 2012. Elle estimait que l'OAI aurait dû lui reconnaître un statut d'active et un degré

d'invalidité de 100%, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2017.

Dans le cadre d'une argumentation subsidiaire, pour le cas où la juridiction cantonale devait confirmer un statut de personne non active, elle contestait le taux de 20% qu'avait retenu l'intimé à titre de participation de ses filles aux tâches ménagère, arguant que leur emploi du temps particulièrement chargé commandait que ce taux n'excédât pas 10%. En effet, sa fille aînée, âgée de 17 ans, consacrait l'essentiel de son temps à ses études et à ses activités extra-scolaires (cours d'anglais et de taekwondo le mercredi après-midi de 13h30 à 19h, cours d'arabe le samedi après-midi de 13h30 à 17h30 et « club des filles » le samedi soir de 18h à 20h), ce qui était également le cas de sa fille cadette, âgée de 10 ans (cours de gymnastique artistique le lundi soir de 17h à 18h30, cours de taekwondo le mercredi après-midi, cours d'arabe le samedi après-midi et « club des filles » le samedi soir). En tenant compte d'une participation de ses filles aux tâches ménagères de 10%, son taux d'invalidité était de 44%, ce qui lui donnait droit à un quart de rente d'invalidité dès le mois de septembre 2017.

À l'appui de son recours, l'assurée a notamment joint une attestation certifiant qu'elle avait suivi une formation « première marche » auprès de Voie F, du 10 septembre au 19 novembre 2007 : destinée aux femmes se préparant à la reprise d'une activité professionnelle ou d'une formation qualifiante, cette formation lui avait permis de travailler sur ses expériences professionnelles, extra-professionnelles et sur ses motivations. Elle avait rédigé un curriculum vitae et acquis des connaissances en matière de technique de recherche. La démarche lui avait permis de confronter son projet à la réalité du marché de l'emploi.

17. Dans sa réponse du 14 mars 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Un statut de ménagère devait être reconnu à la recourante, car cette dernière n'avait jamais exercé d'activité lucrative depuis qu'elle était arrivée en Suisse, en 2001, enceinte de sa première fille. La recourante n'avait pas véritablement cherché un emploi non plus, puisqu'elle ne s'était jamais inscrite au chômage et n'avait bénéficié que de l'aide de l'Hospice général. Dans la mesure où l'atteinte à la santé jugée « invalidante » existait depuis 2012 et que rien ne laissait penser qu'en bonne santé, la recourante aurait repris une activité professionnelle, il convenait de lui reconnaître un statut de ménagère. Par ailleurs, le taux de 20% jugé exigible s'agissant de la contribution des filles de la recourante aux travaux ménagers constituait une « mesure convenable » et l'enquêtrice avait tenu compte du fait que ces dernières étaient occupées toute la journée. L'aide apportée par les membres de la famille n'était pas limitée quantitativement, de sorte que le taux retenu de 20% était justifié.
18. La recourante a répliqué le 5 avril 2019, persistant dans ses conclusions. Après s'être installée à Genève, elle n'avait pas repris son activité d'hôtesse de l'air en raison du fait qu'elle élevait un enfant en bas âge et de séquelles de son accouchement, telles qu'une incontinence. Les séquelles physiques et psychiques

de son accouchement, particulièrement traumatisant, s'étaient révélées importantes. Elle avait essayé en vain de reprendre une formation « première marche » auprès de Voie F du 10 septembre au 19 novembre 2007 et c'était principalement en raison de son état de santé qu'elle n'avait pas pu reprendre une activité lucrative adaptée à sa situation familiale. Le psychiatre qui l'avait expertisée en 2008 avait du reste clairement fait état d'un état dépressif, susceptible de se répercuter sur ses capacités de concentration, d'exécution et sur sa rentabilité. On pouvait admettre que si elle avait été en bonne santé, elle aurait repris une activité professionnelle, telle que celle d'hôtesse de terre, de sorte qu'il convenait de lui reconnaître un statut d'active et d'évaluer son taux d'invalidité sur la base d'une comparaison des revenus. S'agissant par ailleurs de l'enquête ménagère et singulièrement du taux d'exigibilité de 20% retenu par l'enquêtrice, elle persistait dans l'argumentation développée dans son recours.

19. 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), 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 1er 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, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2017.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} 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.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

6. Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. 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).

8. 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 LPGa. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
9. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

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).

10. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
11. En l'espèce, il convient tout d'abord de rappeler que dans sa décision entrée en force du 17 août 2009, l'intimé avait rejeté une première demande de prestations, au motif que l'atteinte dont souffrait l'assurée n'entravait pas sa capacité de travail et de gain. Cette décision reposait sur une expertise psychiatrique du Dr D_____, qui concluait que l'assurée présentait un trouble dépressif majeur, mais dont la sévérité était la plupart du temps moyenne et n'engendrait pas d'incapacité de travail. Il convient de préciser qu'à l'époque, l'administration ne s'était pas déterminée sur le statut de l'assurée.

Saisi d'une seconde demande de prestations, l'intimé, considérant que l'assurée disposait d'un statut de personne non active, dans la mesure où elle n'avait pas véritablement entrepris de démarches pour travailler depuis son arrivée en Suisse, a mis en œuvre une enquête ménagère, au terme de laquelle l'enquêtrice a conclu à des empêchements ménagers de 34%. Sur cette base, l'intimé, dans la décision attaquée, a rejeté la nouvelle demande.

Dans son recours, l'assurée soutient que l'administration aurait dû se fonder sur la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité plutôt que sur la méthode spécifique. À titre subsidiaire, elle conteste le taux de 20% retenu dans l'enquête ménagère à titre d'aide exigible de ses deux filles.

12. a. En premier lieu, il convient d'examiner le grief relatif au statut de l'assurée. La recourante conteste le statut de personne non active retenu par l'intimé, arguant qu'elle a travaillé jusqu'à son arrivée en Suisse et qu'elle aurait souhaité reprendre une activité professionnelle (sans préciser à quel taux), ce qu'elle n'a toutefois pas pu faire, principalement en raison de ses problèmes de santé.
- b. De jurisprudence constante, le statut d'un assuré dépend du point de savoir s'il aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. Si la détermination du statut doit prendre en compte sa volonté hypothétique, cette volonté ne peut être admise sans autres éléments de preuve, mais doit être confortée par des indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_352/2014 du 14 octobre 2014 consid. 3.3 et les références). À titre d'exemples, le Tribunal fédéral a

confirmé le statut de non active d'une mère qui n'avait travaillé que durant deux mois en 2006, depuis son arrivée en Suisse en 1992, qui n'avait fourni aucune pièce attestant de recherches d'emplois depuis 1992, qui s'était annoncée comme femme au foyer et n'avait recherché aucun emploi avant sa maladie, alors qu'elle disait avoir la volonté de travailler (arrêt du Tribunal fédéral précité 9C_352/2014 du 14 octobre 2014). À l'inverse, il a admis le statut d'active à 100% d'une assurée, en prenant en compte les modestes revenus de son mari, les enfants désormais adultes et une activité exercée à temps complet pendant huit mois avant d'être atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C 260/2013 du 9 août 2013).

c. En l'espèce, la recourante, née en 1971, est mère de deux enfants, nés respectivement en 2002 et 2009. Elle a travaillé à l'étranger de 1996 à 2001 comme hôtesse de l'air, mais n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse, en décembre 2001, ce que confirme son extrait de compte individuel AVS. Elle est assistée par l'Hospice général depuis 2003 et le père de ses deux filles contribue à l'entretien de ces dernières.

Certes, il n'est pas exclu que la recourante ait pu envisager provisoirement la reprise d'une activité professionnelle avant la naissance de sa deuxième fille, dès lors qu'elle a participé en 2007, comme elle l'a fait remarquer, à une formation de trois mois auprès de Voie F, dans le cadre de laquelle elle a rédigé un curriculum vitae. Toutefois, force est de constater que les autres éléments ressortant du dossier concourent à infirmer la thèse défendue par la recourante, selon laquelle elle n'aurait pas pu reprendre une activité professionnelle, principalement en raison de son état de santé. En effet, l'absence de toute activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse en 2001, l'absence d'inscription au chômage et l'absence de pièces attestant de recherches concrètes d'emploi de 2001 à nos jours, y compris durant la période pendant laquelle elle était réputée capable de travailler, selon la décision entrée en force de 2009 et l'expertise du Dr D_____, plaident contre une volonté claire de retrouver un emploi. À cela s'ajoute que, lorsque l'assurée a été expertisée par le Dr D_____, elle a indiqué qu'il lui serait possible de travailler « si elle n'avait pas les deux enfants » (cf. expertise du 27 février 2009, p. 10). Les soins qu'elle a dû prodiguer à ses enfants semblent donc avoir joué un rôle déterminant dans son inactivité professionnelle. Au demeurant, on observe que l'assurée s'est annoncée à l'administration en tant que « femme au foyer » (cf. demande de prestations du 27 mars 2017), même si la portée de cet argument doit être relativisée, étant donné que l'intéressée s'est probablement limitée, par cette expression, à décrire sa situation effective et non celle qui aurait été la sienne sans atteinte à la santé. Pour le reste, il convient de relever que la recourante n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit dans une activité professionnelle à 100%, après une période d'inactivité professionnelle aussi longue. Ces différents éléments l'emportent sur sa déclaration d'intention et rendent hautement vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait continué à vaquer à ses tâches

ménagères et à s'occuper de ses enfants, comme elle l'avait toujours fait depuis 2002. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut de personne non active.

13. a. Sur la base de l'enquête économique du 12 novembre 2018, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 34% dans ses travaux ménagers, en tenant compte d'une aide exigible de ses deux filles de 20%.

Dans son recours, l'assurée ne remet en question ni la pondération, ni les empêchements retenus par l'enquête. Elle conteste en revanche le taux de 20% qu'a retenu l'intimé à titre de participation de ses filles aux tâches ménagère, dont elle estime qu'il ne devrait pas dépasser 10%, vu l'emploi du temps particulièrement chargé de ces dernières.

b. En ce qui concerne la prise en compte de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage) dans l'évaluation de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, la jurisprudence prescrit 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). La jurisprudence ne pose pas de limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3). Il faut en effet se demander quelle attitude une famille raisonnable adopterait, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). On ne saurait toutefois attendre d'un assuré qu'il ait recours à l'aide de ses enfants en les pénalisant dans une mesure déraisonnable dans l'exercice de leur activité professionnelle et dans leur vie privée ou qu'il fasse appel à l'aide de son conjoint lorsque celui-ci souffre de troubles fondant l'octroi d'une rente entière d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6.4).

c. En l'occurrence, il est constant que depuis la décision du 17 août 2009, l'état de santé de l'assurée s'est notablement aggravé, ses médecins ayant attesté – outre des troubles urinaires, une incontinence et des douleurs poly-articulaires dont il n'avait jadis pas été question – une péjoration de la symptomatologie dépressive, caractérisée notamment par l'apparition d'hallucinations auditives et visuelles. Cette aggravation a conduit les médecins du SMR à lui reconnaître, depuis 2012, une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle. Par ailleurs, il résulte de l'enquête ménagère que, compte tenu de la péjoration de son état de santé, l'assurée ne parvient désormais plus à ranger, à faire la vaisselle et à nettoyer sa cuisine, hormis le plan de travail (superficiellement). Elle rencontre des difficultés pour déterminer ce qu'elle va faire à manger et ne prépare plus que des

repas simples, à un rythme très lent. Lors de la visite à domicile, l'enquêtrice a remarqué que sa cuisine était sombre, que les volets étaient fermés, et que la vaisselle avait été laissée dans l'évier. L'assurée ne se lave plus que tous les dix jours, ne passe plus du tout l'aspirateur et n'entretient plus que superficiellement sa salle de bains, au demeurant de manière occasionnelle. Elle dort sur un canapé dans sa salle à manger, se laisse déborder par la moindre activité et rencontre des difficultés pour initier certaines activités, par exemple la lessive. En outre, elle ne fait plus les grandes courses, qui sont désormais accomplies par le père de ses filles, lequel ne vit pas sous le même toit.

Si l'enquêtrice n'a, à juste titre, retenu aucune exigibilité à charge de personnes ne vivant pas sous le même toit que l'assurée, par exemple de la part du père de ses enfants (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3), elle a en revanche indiqué qu'une contribution de 20% aux tâches ménagères était exigible de la part de ses deux filles, soit un taux de l'ordre de 10% chacune. Toutefois, il convient de relever qu'à la date de l'enquête ménagère, le 12 novembre 2018, la fille cadette de l'assurée n'était âgée que de 9 ans, tandis que sa fille aînée était âgée de 16 ans. Contrairement à ce qu'a considéré l'enquêtrice, pour pallier aux empêchements importants résumés ci-dessus, l'on ne saurait attendre de l'assurée qu'elle recoure à l'aide de sa fille cadette, a fortiori dans une mesure aussi grande, ce qui reviendrait non seulement à pénaliser cette dernière de manière déraisonnable dans l'exercice de ses études et de ses activités extra-scolaires, mais présenterait de surcroît un caractère irréaliste, compte tenu du très jeune âge de l'enfant. En partant du principe que l'activité de l'assurée dans le ménage représente 40 heures par semaine, cette exigibilité représenterait en effet une participation aux tâches ménagères de 4 heures par semaine, ce qui n'est guère admissible (voire possible), s'agissant d'un enfant de 9 ans.

d. Au regard de l'aide que l'on peut attendre de la seule fille aînée, le taux d'exigibilité déterminant ne saurait excéder 10%, ce qui conduit à des empêchements ménagers, respectivement à un degré d'invalidité, de 44% ($[30\% \times 40\%] + [40\% \times 60\%] + [10\% \times 40\%] + [20\% \times 20\%] = 44\%$). Ce taux ouvre à la recourante le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017, six mois après le dépôt de sa seconde demande (art. 29 al. 1 LAI).

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse, annulée. Il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017.
15. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

16. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 15 janvier 2019.
3. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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