



POUVOIR JUDICIAIRE

A/987/2018

ATAS/933/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 octobre 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS  
DONZE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en octobre 1965, d'origine portugaise, est arrivée en Suisse en 1991. Elle est divorcée deux fois et mère de trois enfants, nés en 1991, 1996 et 2003. Après avoir travaillé en tant qu'ouvrière en horlogerie (Genève) puis ouvrière de production (Portugal), elle a travaillé, à Genève, en tant qu'ouvrière à domicile, pour le compte de B\_\_\_\_\_ SA, à compter de 2007.
2. Depuis son divorce en 2007, l'assurée est atteinte de troubles psychiques chroniques, lesquels se sont exacerbés en 2012.
3. Par ailleurs, depuis novembre 2013, l'assurée souffre d'une atteinte au dos, sous la forme d'une hernie récidivante, laquelle a nécessité deux microdiscotomies, en dates des 30 mai et 4 septembre 2014.
4. Notamment en raison de l'atteinte au dos précitée, l'assurée a déposé, en date du 8 mai 2015, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI).
5. Dans un rapport du 29 mai 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a évoqué les diagnostics suivants : radiculalgies S1 gauches chroniques, fibrose lombosacrée et hernie discale récidivante L5-S1. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient, eux, sans influence sur la capacité de travail, une hypertension artérielle (HTA), des troubles anxio-dépressifs chroniques et des troubles digestifs fonctionnels. Le pronostic était réservé. La capacité de travail était nulle depuis le 4 août 2014. Pour le surplus, l'OAI était prié de s'adresser au spécialiste.
6. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu, dans un rapport du 25 juin 2015, les diagnostics de radiculalgie S1 gauche chronique, de fibrose lombo-sacrée gauche, de récurrence de hernie discale sans franc conflit et de névralgie cervico brachiale gauche chronique. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle (HTA), des troubles anxio-dépressifs chroniques, des troubles digestifs fonctionnels, un reflux gastro-œsophagien sur hernie hiatale, une épicondylite récidivante, des hémorroïdes, un status après réduction mammaire et liposuction abdominale ainsi qu'un canal carpien droit opéré en 2008. Le pronostic était réservé en raison d'un syndrome douloureux chronique avec de minces chances d'amélioration. La capacité de travail était nulle, vu les douleurs survenant à la mobilisation et à l'activité physique, même mineure.
7. Du 3 au 23 septembre 2015, l'assurée a séjourné à l'unité de médecine physique et réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) pour une rééducation orthopédique intensive prescrite par le

Dr D\_\_\_\_\_. Les diagnostics ressortant de la lettre de sortie étaient notamment ceux de lombosciatalgie et cruralgie chronique à gauche, non déficitaire, les comorbidités actives consistant en un trouble anxieux dépressif chronique avec somatisation depuis 2012 et en un tabagisme actif. L'imagerie pratiquée ne montrait pas de pathologie nécessitant de nouvelle intervention chirurgicale.

8. E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué, dans un rapport du 26 septembre 2015, que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent et un trouble de la personnalité borderline. Elle suivait depuis le 7 février 2012 l'assurée, qui lui avait été adressée par le Dr C\_\_\_\_\_ en février 2012, dans le contexte d'une péjoration d'un état anxio-dépressif chronique, alors qu'elle venait de subir une liposuction abdominale mutilante, qu'elle n'arrivait pas à accepter son corps et qu'elle exprimait une grande colère par rapport aux médecins. L'intéressée se trouvait déjà sous antidépresseurs depuis son divorce. L'intervention avait entraîné une rechute et motivé un suivi et une adaptation de la médication. Son état était resté fluctuant depuis lors, influencé par la situation psychosociale et les différentes injustices dont l'assurée s'estimait victime. Sa thymie était fluctuante, avec des moments de profond désespoir accompagnés d'angoisses et d'idées suicidaires. Elle souffrait de solitude, mais entretenait des relations interpersonnelles vite conflictuelles. Elle se plaignait d'un manque d'aide de son entourage, mais ne parvenait pas à exprimer ses besoins. Elle n'arrivait pas non plus à s'affirmer face aux autres, de peur de ne plus être appréciée. Enfin, elle attachait une grande importance à son aspect physique et au jugement d'autrui. L'assurée n'exerçait aucune activité professionnelle. Sans se prononcer sur la capacité de travail exigible, la psychiatre a considéré qu'on ne pouvait s'attendre à aucune reprise ni amélioration. Les capacités de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, contrairement à la capacité d'adaptation et à la résistance.

En annexe figuraient les arrêts de travail établis par la Dresse E\_\_\_\_\_ du 20 février 2012 au 31 octobre 2013.

9. Par courrier du 9 janvier 2016, la Dresse E\_\_\_\_\_ a encore précisé que les douleurs de l'assurée évoluaient vers une chronicisation à mettre en lien avec les difficultés psychiques. Un trouble somatoforme douloureux s'était ajouté aux précédents diagnostics. L'assurée souffrait d'une instabilité psychique, rencontrait des difficultés d'adaptation et se posait en victime sans possibilité de se remettre en question. Sa capacité de travail était nulle.
10. Quant au Dr C\_\_\_\_\_, il a indiqué, dans un courrier du 18 janvier 2016, que l'état de santé de l'assurée évoluait défavorablement. Les diagnostics étaient les suivants : lombosciatalgies non déficitaires, irritatives en L5-S1 gauche, séquellaires à une fibrose post opération de cure de hernie discale le 30 mai 2014 avec une deuxième opération pour récurrence herniaire le 24 septembre 2014 ; cervicobrachialgies irritatives non déficitaires C6 droit sur canal cervical étroit (CCE) sur troubles dégénératifs modérés avec sténose foraminale serrée C5/C6, plus importante à droite qu'à gauche. L'assurée souffrait de douleurs invalidantes

de la jambe gauche et, depuis peu, du bras droit, limitant les capacités fonctionnelles et nécessitant la prise d'opiacés comme antalgiques. Sa capacité de travail était nulle depuis avril 2014. La situation orthopédique avait entraîné une dégradation sur le plan psychique, ce qui rendait une reprise d'activité professionnelle, même adaptée, difficilement envisageable.

11. Le 29 mars 2016, le service médical régional de l'assurance-maladie (ci-après : le SMR), sous la plume du docteur F\_\_\_\_\_, a préconisé une expertise rhumatologique et psychiatrique.
12. Le 24 avril 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI de statuer rapidement sur la demande de l'assurée, afin de lui octroyer un soutien financier. En effet, sa situation engendrait une certaine précarité, ce qui avait pour conséquence une aggravation significative de son état de santé.

En annexe figurait un rapport du 20 mars 2017 dans lequel le Dr D\_\_\_\_\_ rappelait les diagnostics déjà évoqués précédemment. En résumé, l'assurée était limitée en raison d'une douleur chronique, empêchant le retour à une activité professionnelle et rendant difficile certaines activités, telles que le ménage. Le Dr D\_\_\_\_\_ préconisait quelques séances de physiothérapie dans un but d'instruction principalement.

13. Dans un rapport du 17 mai 2017 destiné à l'OAI, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès du centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrés (CAPPI) de la Servette, a expliqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) avec troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire) et volitifs (aboulie) et éléments de personnalité de type état-limite (F60.9). S'y ajoutait un trouble mental et du comportement lié à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2). Ces éléments étaient présents depuis longtemps, mais s'étaient péjorés durant le premier trimestre 2017.

Depuis le 24 mars 2017, l'assurée bénéficiait d'un suivi au CAPPI, sous la forme d'entretiens médicaux, infirmiers, médico-infirmiers pluri-hebdomadaires, ainsi que d'une « modalité groupale à médiation corporelle » (psychomotricité).

Une hospitalisation en milieu psychiatrique avait été nécessaire du 14 au 17 mai 2017 devant la présence d'idées suicidaires actives dans un contexte d'alcoolisation aiguë et de conflictualité avec son fils avec qui elle habitait. L'assurée était toutefois sevrée de l'alcool depuis son admission, le 14 mai 2017.

Les limitations fonctionnelles avec répercussion sur la capacité de travail consistaient en des troubles de la concentration – sévères –, des troubles mnésiques – modérés –, une capacité de résistance et une capacité d'adaptation très faibles. L'assurée présentait en outre d'importants facteurs de vulnérabilité psychosociaux.

La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et le pronostic réservé au vu des vulnérabilités psychiques sévères et des capacités organisationnelles, de flexibilité et de résistance au stress que demandait une activité rémunérée.

Dans une activité adaptée, impliquant un environnement peu demandeur en termes de performance et d'interactions interpersonnelles, la capacité de travail était de 20% au maximum, à mettre en place progressivement.

14. Le 13 novembre 2017, l'assurée a été examinée par les docteurs H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecins auprès du SMR.

Dans leur rapport du même jour, ces médecins ont retenu les diagnostics suivants : lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après deux cures de hernie discale L5-S1, compliquées d'une récurrence de hernie discale L5-S1 gauche et d'une fibrose postopératoire (M54.4), cervicobrachialgies bilatérales à prédominance droite dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal cervical étroit modéré et hernie discale C5-C6 gauche (M54.2), ces deux diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail.

A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ont mentionné des troubles statiques discrets à modérés des pieds avec discret hallux valgus bilatéral, un alcoolisme chronique, un tabagisme actif, une bronchite chronique anamnestique, une hypercholestérolémie non traitée, une hypertension artérielle traitée, un status après réduction mammaire et liposuction abdominale, un status après cure du tunnel carpien des deux côtés, un reflux gastro-œsophagien sur hernie hiatale anamnestique, un status après cure d'hémorroïdes, un trouble de la personnalité borderline, non décompensé (F60.21), un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), ainsi que des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25).

Sur le plan rhumatologique, les atteintes entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner, toutes les deux heures, les positions assise et debout, d'éviter le soulèvement ou port régulier de charges excédant 5 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, les rotations rapides de la tête et la position prolongée en flexion ou extension de la nuque. L'incapacité de travail avait été totale de janvier 2014 au 4 mars 2015. Dès le 5 mars 2015, soit six mois après la deuxième intervention lombaire, l'assurée avait recouvré une capacité de 70% dans toute activité. Les limitations fonctionnelles conduisaient, en se surajoutant, à une baisse de rendement, notamment au vu de la fibrose postopératoire, laquelle pouvait entraîner des douleurs au repos.

Sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle n'était constatée. Par ailleurs, la capacité de travail était entière dès le 17 mai 2017, date de la sortie de l'hôpital suite à une amélioration de l'état psychique de l'assurée, comme cela ressortait du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 17 mai 2017.

En résumé, la capacité de travail était de 70% dans toute activité, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

15. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au service de réadaptation de l'OAI, lequel lui a reconnu, dans un rapport du 11 janvier 2018, le statut de personne active et a considéré que, compte tenu de son profil, de son expérience professionnelle, des salaires réalisés et de l'exigibilité, c'était dans son activité habituelle que l'assurée était le mieux en mesure de réduire son dommage et qu'en conséquence, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Dès lors, la perte de gain se confondait avec l'incapacité de travail et le degré d'invalidité était donc de 30%.
16. Le 11 janvier 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, position que l'assurée a contestée par courrier du 18 janvier 2018.
17. Le 2 février 2018, Madame J\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute FSP et le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rappelé à l'OAI que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'une personnalité émotionnellement labile, de type borderline. Selon eux, la capacité de travail était nulle depuis novembre 2016. Après un an de traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) dans un cadre ambulatoire privé et vu l'instabilité de l'humeur de l'assurée, Madame J\_\_\_\_\_ et le Dr K\_\_\_\_\_ se posaient la question d'une orientation vers le pôle de consultation psychiatrique des HUG.
18. Le Dr C\_\_\_\_\_ a rappelé à son tour à l'OAI, par courrier du 6 février 2018, que la psychopathologie dont souffrait l'assurée était invalidante, complexe et encore mal stabilisée sous traitement, ajoutant qu'au surplus, la précarité sociale dans laquelle elle se trouvait (dépendance de l'aide sociale) jouait clairement un rôle délétère pour sa stabilisation psychiatrique.
19. Le SMR ayant persisté dans les conclusions de son rapport du 13 novembre 2017, l'OAI, par décision du 9 mars 2018, a rejeté la demande de prestations.
20. Le 19 mars 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant que ses médecins enverraient les preuves de la dégradation de son état de santé.
21. Sous la plume de son conseil, la recourante a complété, en date du 9 mai 2018, son recours en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2015.

A l'appui de ses conclusions, elle fait notamment valoir que l'intimé n'a pas établi à satisfaction de droit la situation médicale au jour de la décision querellée, dès lors qu'elle a été hospitalisée en hôpital psychiatrique du 27 novembre au 5 décembre 2017. Quant au rapport du 13 novembre 2017, elle considère qu'il ne revêt aucune valeur probante compte tenu de ses nombreuses contradictions, incohérences et imprécisions. Partant, seuls les avis de ses médecins traitants devraient être pris en considération.

A l'appui de sa position, elle produit notamment :

- un rapport non daté du Dr K\_\_\_\_\_, faisant état du status suivant : « la patiente présente actuellement un tableau dépressif avec humeur abaissée, idées noires et suicidaires. On observe une rapide péjoration de ce tableau avec l'apparition de projets suicidaires lorsque la patiente vit un épisode relationnel provoquant des angoisses d'abandon, ou lorsqu'elle est confrontée à des difficultés financières importantes. On observe également des épisodes anxieux, sous forme de crise de panique ou de phobie sociale, amenant la patiente à des phases d'isolement et pouvant alors mettre à mal le suivi psychothérapeutique du fait d'absentéisme récurrent. Durant ces périodes d'anxiété sociale, on note chez la patiente une tendance à la persécution dans le rapport à l'autre, avec altération de son rapport à la réalité. D'une manière générale, on observe un fonctionnement psychique fragile avec des défenses immatures, une dépendance à l'autre, une tendance à l'impulsivité et aux conflits interpersonnels, ainsi que des épisodes récurrents d'alcoolisation » ; le médecin retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de personnalité émotionnellement labile, de type borderline en précisant que des éléments de stabilité externe (c'est-à-dire dans les domaines de la santé, des finances et sur le plan social) devraient permettre à l'assurée de trouver progressivement une stabilité dans son fonctionnement interne ;
- la lettre de sortie établie le 25 janvier 2018 par les médecins du service de psychiatrie des HUG suite au séjour de la recourante du 28 novembre au 5 décembre 2017, dont il ressort que l'hospitalisation a été requise dans un contexte d'état dépressif avec idéation suicidaire, que, lors de son admission, la recourante se sentait fatiguée et avait évoqué une tendance au repli sur soi et une baisse de moral depuis quelques semaines ; qu'elle ne mentionnait pas d'idéation suicidaire active mais avait plutôt peur de passer à l'acte ; que les médecins des HUG avaient profité de l'hospitalisation pour mettre en place des stratégies et qu'au vu de l'évolution favorable avec une nette diminution de la symptomatologie anxio-dépressive et suite à un congé positif au domicile, il avait été décidé d'un commun accord, d'organiser une sortie définitive le 5 décembre 2017 ;
- un courrier du Dr C\_\_\_\_\_ du 23 avril 2018, dans lequel ce médecin mentionne une situation ostéo-articulaire chronicisée avec cervico-brachialgies intermittentes et lombosciatalgies fluctuantes mais ne nécessitant plus de prise d'antalgiques quotidiennement ; le médecin ajoute que sa patiente n'est par ailleurs plus très adhérente aux propositions de physiothérapie et précise que les certificats d'arrêts de travail délivrés l'ont été pour les nombreux diagnostics mentionnés dans le rapport, largement décompensés par la précarité sociale dans laquelle l'intéressée a été précipitée suite aux deux interventions chirurgicales qu'elle a subies ; le médecin traitant exprime l'avis que les pathologies psychiatriques responsables de la chronicisation des douleurs ostéo-articulaires de la recourante ont été sous-estimées lors de l'expertise ;
- un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ et de Madame J\_\_\_\_\_ du 20 avril 2018, dont il ressort que, suite à une hospitalisation du 14 au 16 mai 2017, des soins intensifs psychiatriques ont été prodigués à la recourante jusqu'au 23 août 2017 et que le suivi habituel a par la suite à nouveau été ponctué par une instabilité de l'humeur et des crises de panique, qui

ont motivé une nouvelle hospitalisation du 27 novembre au 5 décembre 2017 ; en avril 2018, les diagnostics de dépression sévère (F33.1) et de trouble de la personnalité (F60.3) étaient toujours d'actualité et justifiaient une incapacité totale de travailler.

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 5 juin 2018, a conclu au rejet du recours.

Selon lui, l'expertise réalisée par les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante.

S'agissant plus particulièrement de la dépendance à l'alcool, l'intimé soutient que les signes et symptômes psychiatriques induits par la consommation s'amendent spontanément par l'arrêt de celle-ci dans les semaines suivant le sevrage, de sorte qu'ils ne peuvent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé.

Quant au trouble dépressif récurrent, en rémission selon le SMR, il est causé par des facteurs sociaux et par conséquent appelé à disparaître en même temps que ceux-ci.

L'intimé rappelle que le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en cas de troubles psychiques et estime qu'en l'occurrence, les nouveaux critères jurisprudentiels permettent d'exclure l'existence d'une atteinte à la santé invalidante, ajoutant que le SMR a persisté dans ses précédentes conclusions.

23. Le 10 juillet 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle argue que, dans la mesure où la Dresse H\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucune plainte de sa part, on ne saurait conclure que ses plaintes ont été entendues par les experts, auxquels elle reproche des conclusions dénuées de motivation et de cohérence et, en particulier, l'absence d'explication quant aux divergences avec les conclusions du psychiatre traitant.

La recourante produit un courrier rédigé le 3 juillet 2018, par le Dr K\_\_\_\_\_ dans lequel ce dernier explique qu'il n'est pas possible de prendre en considération les éventuelles ressources mobilisables de la recourante, cette dernière présentant de fortes défenses dans ses relations, qui rendent complexes toute alliance thérapeutique et notamment la compliance en début de prise en charge ou dans le cadre d'un entretien ponctuel.

La recourante fait valoir que son psychiatre est en mesure d'étayer le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques et d'expliquer les motifs pour lesquels il n'a pas mentionné celui de dépendance à l'alcool dans son rapport de novembre 2017.

Contrairement à ce que les médecins du SMR ont retenu, elle ne dispose pas de ressources disponibles ou mobilisables ; elle est d'ailleurs fréquemment incapable de sortir de chez elle pendant plusieurs jours d'affilée et, même lorsqu'elle y parvient, pour des rendez-vous médicaux, il lui arrive de les annuler ou de repartir chez elle alors qu'elle était assise dans la salle d'attente. Ce type de comportement

est dû, selon elle, à une anxiété sociale insupportable ainsi qu'à un sentiment de persécution.

24. Par écriture du 8 août 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

A l'appui de sa position, il se réfère à un avis émis le 26 juillet 2018 par le SMR, qui estime que même si l'état psychique de la recourante s'est aggravé, cela n'a pas duré et que, pour autant qu'il y ait eu aggravation temporaire, celle-ci était postérieure à la décision attaquée.

25. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 14 février 2019.

La recourante a expliqué que lorsqu'elle a été reçue au SMR, elle n'a pas réalisé qu'elle avait affaire au médecin examinateur. Elle n'aime pas s'ouvrir aux inconnus ni raconter ses problèmes et pense donc ne pas s'être beaucoup ouverte.

Elle souffre de blocages du dos mais aussi d'états de panique plusieurs fois par semaine, déclenchés par de « petites choses » qui, à froid et *a posteriori*, lui paraissent anodines. A titre d'exemple, quelques semaines auparavant, elle a cherché à déposer un dossier pour un appartement. Lorsqu'elle a appris qu'elle était à la mauvaise adresse, elle a perdu ses moyens, s'est sentie perdue, a pleuré et tourné en rond pendant vingt minutes avant de réaliser que c'était juste à côté.

A la maison, cela va mieux, bien que ces états puissent également apparaître lorsqu'elle doit affronter des tâches administratives. Elle craint de sortir, d'affronter le monde et de déclencher de tels états. Il lui arrive de ne pas sortir de la semaine. Elle ne sort que pour faire les courses et rentre immédiatement. Avant, elle avait un petit chien mais depuis qu'il est décédé, elle n'a plus de raisons de sortir. Elle n'a personne pour l'aider. Ses enfants font leur vie. Bien qu'ils habitent à Genève, elle les voit peu, car ils travaillent.

Il lui est difficile d'assumer son ménage. Elle n'arrive pas à s'occuper d'une pièce en une fois et demande parfois à son fils ou à une connaissance de passer l'aspirateur. Pour les tâches administratives, elle se fait souvent aider par son fils à qui elle demande de contrôler ce qu'elle a fait.

C'est l'importance de la divergence entre l'analyse des médecins du SMR et celle de ses médecins traitants, qui ont pourtant attesté de la gravité de ses troubles et de leur durée dans le temps, qui justifie, selon elle, la mise sur pied d'une expertise judiciaire, quitte à ce que celle-ci arrive à la conclusion que ses troubles ne sont pas invalidants.

26. Le 2 septembre 2019, l'intimé a transmis à la Cour de céans une copie du rapport de la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, avec un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F33.3).

## **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. 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).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport du SMR du 13 novembre 2017.
4. a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 1er janvier 2008). 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 et art. 28 al. 2 LAI).
- b. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
- c. Si la médecine actuelle repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie (qui ne considère pas cette dernière comme un phénomène exclusivement biologique ou physique mais comme le résultat de l'interaction entre des symptômes somatiques et psychiques ainsi que l'environnement social du patient), le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité

- s'en tient à une conception biomédicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux et socioculturels. Le droit n'ignore nullement l'importance récente de ce modèle bio-psycho-social dans l'approche thérapeutique de la maladie. Dans la mesure où il en va de l'évaluation de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a néanmoins lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait une telle exigibilité lorsque celle-ci se fonde avant tout sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1).

Concrètement, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

d. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

5. a. Dans sa jurisprudence antérieure au 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral faisait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il avait notamment précisé récemment que les

troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils fussent récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révélaient résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, avaient échoué. Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C\_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C\_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.2)..

b. Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a étendu sa jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7). Désormais, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Le point de départ de l'évaluation précitée est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis mais aussi si, et comment, les limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidienne, qui sont présumées dans la classification, doivent être prises en compte lors de l'évaluation de la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.1).

Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

6. a. 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).
- b. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

c/aa. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimales, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

c/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

c/cc. À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

7. 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).

Les expertises en matière de trouble somatoforme douloureux mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8)

8. a. En l'espèce, l'état psychique de la recourante semble fortement influencé par des facteurs psychosociaux. En effet, dans son rapport du 26 septembre 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ expliquait déjà que l'état psychique de la recourante était resté fluctuant, influencé par sa situation psychosociale et les différentes injustices dont elle s'estimait victime. A plusieurs reprises, le Dr C\_\_\_\_\_ a, quant à lui, fait état d'un lien de cause à effet entre la situation financière de la recourante et sa santé mentale (rapport du 24 avril 2017 et courrier du 6 février 2018). Quant aux médecins du CAPPI de la Servette, ils ont évoqué d'importants facteurs de vulnérabilité psychosociaux (rapport du 17 mai 2017). Enfin, les médecins des HUG ont également mentionné, dans la lettre de sortie du 25 janvier 2018, un sentiment de solitude, notamment depuis que le fils aîné ne vivait plus avec la recourante, ce qui était particulièrement difficile pour elle.

En présence de facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels, il faut, conformément à la jurisprudence, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé.

L'OAI s'est fondé sur le rapport du SMR pour nier l'existence d'un tel substrat médical et refuser toute rente à la recourante. C'est donc la valeur probante de ce document qu'il convient d'examiner.

- b. À titre liminaire, il convient de relever que les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, en tant que médecins du SMR, ont réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Leur rapport du 13 novembre 2017 ne constitue donc pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doive être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Cela étant précisé, la Cour de céans constate que si le rapport précité du SMR remplit, sur le plan formel, de nombreuses exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document, il comporte également des lacunes et contradictions.

En premier lieu, on peut se demander sur quel dossier les médecins du SMR se sont fondés. En effet, d'une part, les médecins précités ont omis de citer de nombreuses

pièces figurant pourtant au dossier (ainsi, par exemple, les rapports du Dr D \_\_\_\_\_ des 12 mai, 3 juin, 3 juillet, 10 septembre et 16 octobre 2014, 13 janvier, 3 mars, 4 mai 2015 ; les comptes rendus opératoires du Dr D \_\_\_\_\_ des 2 juin et 5 septembre 2014 ; le rapport du docteur O \_\_\_\_\_ du 12 juin 2015 ; le rapport du CAPPI de la Servette du 17 mai 2017 ; les rapports des médecins, destinés à l'OAI). D'autre part, ils se sont référés à des pièces ne figurant pas au dossier, sans pour autant les joindre à leur rapport (comptes rendus de CT-Scan ou d'IRM listés dans le chapitre intitulé « dossier radiologique » [page 10 du rapport], rapport non daté du Dr K \_\_\_\_\_ et de Madame J \_\_\_\_\_ [p. 16 du rapport], rapport du 17 mai 2017 des docteurs M \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_ [p. 16 et 17 du rapport]). Ainsi, contrairement à ce que prétend l'OAI dans sa réponse du 5 juin 2018, on ne peut ni parler d'anamnèse complète, ni considérer que le SMR a examiné l'intégralité du dossier.

Ensuite, les Drs H \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ ne sont pas clairs dans leur appréciation consensuelle. En effet, ils mélangent constatations cliniques, résumés d'imagerie et du dossier, leurs propres conclusions et celles de leurs confrères, sans distinguer la source. On ne sait ainsi pas, par moments, à qui attribuer les constatations. Quant à l'appréciation consensuelle, elle ne fait que reprendre les constatations précédemment énoncées et leurs constatations cliniques, sans pour autant expliquer pour quels motifs les médecins du SMR s'éloignent des conclusions des médecins traitants, notamment sur le plan psychique.

Le rapport est également lacunaire. En effet, les médecins du SMR retiennent une capacité de travail de 70% dans toute activité à compter du 5 mars 2015 s'agissant des atteintes rhumatologiques et depuis le 17 mai 2017 s'agissant des atteintes psychiques. On ne connaît toutefois pas l'évolution de cette capacité de travail entre le dépôt de la demande de prestations, le 8 mai 2015, et l'examen du 17 mai 2017. Or, en présence d'une incapacité de travail totale entre les deux dates précitées, la question d'une rente limitée dans le temps pourrait se poser.

Enfin, quand bien même la recourante aurait été totalement incapable de travailler jusqu'au 17 mai 2017, le rapport du SMR ne permet pas de se prononcer sur le caractère invalidant des troubles psychiques, dès lors que les divers indicateurs à prendre en considération selon la grille d'évaluation n'ont pas été examinés.

Dans de telles circonstances, le rapport du 13 novembre 2017 ne revêt à l'évidence pas une valeur probante suffisante pour que la Cour de céans puisse s'y référer pour examiner le bien-fondé de la décision querellée. La Cour n'a ainsi d'autre choix que de renvoyer la cause à l'OAI à charge pour celui-ci de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, laquelle devra notamment se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail depuis le dépôt de la demande. Il appartiendra également aux experts d'examiner le caractère invalidant des troubles psychiques conformément à la grille d'évaluation élaborée par le Tribunal fédéral en 2015 et applicables à tous les troubles psychiques depuis le 30 novembre 2017. Enfin, les experts nouvellement nommés seront invités à indiquer les motifs

pour lesquels ils s'écartent, cas échéant, des conclusions des médecins traitants de la recourante.

9. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 9 mars 2018 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 9 mars 2018.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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