

GE_GERICHTE A/4247/2011 vom 12. März 2013

GE Cour de justice, 2013-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4247_2011

FR: GE_GERICHTE A/4247/2011 du 12 mars 2013

IT: GE_GERICHTE A/4247/2011 del 12 marzo 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.03.2013
A/4247/2011

A/4247/2011 ATAS/249/2013 du 12.03.2013 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4247/2011
ATAS/249/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 12 mars
2013 1 ère Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à- GENEVE,
représentée par Association pour la permanence de défense des patients et des assurés
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Madame B _____, née
en 1950, originaire du Kosovo, au bénéfice d'une autorisation de séjour F, vit en Suisse
depuis le 10 juillet 1999. Elle a déposé le 20 août 2010 une demande auprès de l'OFFICE
DE L'ASSURANCE-INAVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à
l'octroi de prestations AI, alléguant souffrir d'un trouble dépressif récurrent et d'un
syndrome de stress post traumatique. Dans un rapport du 27 septembre 2010, le Docteur
L _____ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère
avec troubles psychotiques et de syndrome de stress post traumatique, existants au moins
depuis 2006. Il a expliqué qu'il s'agissait "d'une patiente âgée de 60 ans, originaire du
Kosovo, parlant l'albanais, mère de sept enfants, six issus d'un premier mariage, et une fille
âgée de 18 ans, issue de son mariage actuel. Son fils aîné a disparu pendant la guerre au
Kosovo. Elle n'a plus de nouvelles et ne s'est jamais remise de cette disparition. Elle est
suivie dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent et PTSD à la Consultation de
Psychiatrie Adulte de la Servette. En juillet 2009, elle a présenté une décompensation
psychotique avec hallucinations visuelles et auditives, ainsi que des délires de persécution,
qui a justifié à ce moment-là une hospitalisation en milieu psychiatrique. Depuis, elle est à
nouveau suivie à la Consultation Servette, avec un traitement neuroleptique adapté. Elle
présente une intolérance au stress avec des angoisses envahissantes surtout lorsqu'elle se
trouve seule. Elle présente par ailleurs une fatigabilité importante en partie liée à son
traitement. On note également une aboulie partielle et une anhédonie. Lorsqu'elle est
confrontée au stress ou à la solitude, elle développe des idées délirantes de persécution et
des angoisses invalidantes". Il fixe l'incapacité de travail de l'intéressée à 100% depuis "au
moins sa dernière hospitalisation, à savoir juillet 2009", étant précisé que "cet état était
antérieur, mais je ne suis le médecin référant de la patiente que depuis le mois d'octobre
2009". La Dresse M _____, médecin psychiatre, a, le 6 avril 2011, confirmé les deux
diagnostics existant depuis 2006 et engendrant une incapacité de travail à 100%. Le statut
de ménagère ayant été retenu par l'OAI, une enquête visant à déterminer les empêchements
à accomplir les tâches ménagères a été menée le 12 septembre 2011. L'assurée a eu
l'occasion d'expliquer qu' "elle n'arrive pas à se lever, a la tête qui tourne, la mémoire qui se
brouille. Habituellement, elle se lève vers les 10h00 et essaie de faire quelque chose, mais

n'y arrive pas. Alors, elle se sent mal, pleure souvent et va se coucher sur le canapé. Elle n'arrive pas à dormir, parfois regarde la TV. C'est son époux qui se charge de l'ensemble des tâches ménagères depuis qu'elle ne peut plus le faire. C'est lui aussi qui prépare les repas. L'après-midi, c'est la même chose, parfois elle essaie de faire une petite promenade avec son époux, mais la plupart du temps, elle se sent trop faible et reste à la maison". Ainsi, l'enquêtrice a constaté que, avant l'atteinte à la santé, l'assurée assumait toutes les tâches ménagères, et qu'à présent c'est son époux qui s'en acquittait. L'enquêtrice a toutefois retenu que "avec l'encadrement de son époux, l'assurée devrait pouvoir participer à la préparation des repas (...), à l'exécution de tâches simples et routinières en fractionnant son travail sur la semaine (...), à la lessive et à l'étendage (...)". Elle a à chaque fois pris en considération l'aide du mari à hauteur de 30%. Il en est résulté un taux d'incapacité de 31,5%. L'OAI a transmis le 27 septembre 2011 à l'intéressée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif qu'un degré d'invalidité de 31,5% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Par décision du 15 novembre 2011, le refus de prestations AI a été confirmé. L'intéressée, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés - APAS, a interjeté recours le 5 décembre 2011 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a complété ses écritures le 17 janvier 2012. Dans sa réponse du 14 février 2012, l'OAI a informé la Cour de céans que bien qu'une instruction ait porté sur ce point, il avait omis de statuer sur la réalisation des conditions d'assurance préalablement au fond, ainsi que sur l'exigence d'une période de trois années de cotisations, de sorte que par courrier du 20 avril 2011, il avait indiqué à la recourante que la durée minimale de cotisations n'était pas réalisée lors de la survenance du cas d'assurance. L'OAI conclut dès lors au rejet du recours, au motif de la non réalisation des conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité fixée en 2006. Dans sa réplique du 21 février 2012, l'intéressée relève que s'il est vrai qu'elle souffrait déjà antérieurement à son arrivée en Suisse d'un état dépressif récurrent et d'un PTSD, ce n'est qu'en juillet 2009 qu'une décompensation psychotique avec hallucinations visuelles et auditives, ainsi que des délires de persécution, avait justifié une hospitalisation en milieu psychiatrique. L'intéressée en conclut qu'étant arrivée en Suisse le 10 juillet 1999 et la décompensation psychotique étant survenue en juillet 2009, la condition des dix ans de séjour est remplie. Elle relève enfin que l'OAI n'a pas tenu compte du bonus éducatif. Dans sa duplique du 28 février 2012, l'OAI a persisté dans ses précédentes conclusions, considérant que l'atteinte dont souffre la recourante est restée la même, soit un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques. Aussi une aggravation de son état de santé, sans nouvelle atteinte, ne saurait-elle constituer un nouveau cas d'assurance. La bonification pour tâches éducatives ne pourrait par ailleurs pas être prise en compte, dans la mesure où l'on ignore si c'est la recourante ou le père de l'enfant, CA _____, née en 1991, qui est titulaire de l'autorité parentale. Par courrier du 13 mars 2012, l'intéressée affirme que la décompensation psychotique intervenue en juillet 2009 est une affection distincte, tant cliniquement que dans les classifications reconnues, du trouble dépressif récurrent dont elle souffrait antérieurement. Elle précise par ailleurs que l'enfant CA _____ est sa fille, dont le père est son époux, C _____. Ils ont contracté un mariage coutumier reconnu par l'Office des migrations. Ils vivent ensemble depuis 1990 et élèvent leur fille. Invitée à transmettre à la Cour de céans toute pièce attestant de son mariage coutumier, l'intéressée a expliqué le 2 juillet 2012 qu'elle ne pouvait fournir aucun document écrit. Le mariage coutumier n'avait certes pas été reconnu en tant que tel, l'Office fédéral des migrations avait cependant considéré la famille comme une unité. Le 17 juillet

2012, l'OAI en prend bonne note. Il indique que les cotisations de Monsieur C _____ ne pouvaient être prises en considération en l'absence de documents officiels prouvant le mariage coutumier. Il sollicite de la Cour de céans qu'elle ordonne la production par l'intéressée de son livret de famille ou des actes de naissance de tous ses enfants ou de tout autre document permettant d'établir avec certitude la date de naissance et le nombre de ses enfants, ainsi que tout document justifiant du versement de la cotisation minimale en application de l'art. 10 let. b LAVS. Il réserve ses conclusions sur le fond. Interrogée par la Cour de céans, la Caisse cantonale genevoise de compensation AVS-AI a indiqué le 9 août 2012 qu'aucun revenu n'avait été déclaré ou enregistré sur le compte individuel de l'intéressée. Le 10 septembre 2012, l'intéressée a informé la Cour de céans qu'elle était dans l'impossibilité de produire un acte de naissance pour l'enfant CA _____. Elle communique en revanche : - une attestation d'assistance chiffrée pour l'année 2008 établie par l'Hospice général le 15 septembre 2010 concernant l'intéressée, Monsieur C _____ et les deux enfants CA _____ et CB _____, respectivement nés en 1991 et en 2008. - divers documents relatifs à une procédure intentée par CA _____ en constatation d'état civil auprès du Tribunal de première instance, dont il ressort qu'elle est née à Pejë (Kosovo) en 1991, de C _____ et de B _____, qu'elle est arrivée en Suisse en 1999 avec ses parents, au domicile desquels elle a toujours vécu. - une autorisation de l'Office fédéral des migrations pour CA _____ à se faire naturaliser dans le canton de Genève. - un arrêté de naturalisation genevoise du 12 mai 2010, concernant CA _____ et CB _____. Par courrier du 13 novembre 2012, l'OAI, se référant à l'art. 14 al. 2 bis LAVS, rappelle qu'il convient à ce stade de la procédure d'examiner le bien-fondé de sa décision du 15 novembre 2011, refusant à l'intéressée le droit à une rente d'invalidité vu le degré d'invalidité qui lui a été reconnu de 31,5%. L'OAI indique à cet égard s'être fondé sur le rapport d'enquête ménagère du 21 septembre 2011, lequel doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il maintient dès lors sa position sur le fond du litige, s'agissant des conditions d'assurance, ainsi que sur les réserves antérieures qu'il avait formulées. La Cour de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, ainsi que l'audition de Madame D _____, infirmière et enquêtrice auprès de l'OAI, le 18 décembre 2012. Celle-ci a déclaré que "l'époux de l'intéressée touche des prestations de l'Hospice général. Je ne sais pas s'il s'agit du RMCAS. Sa contre-prestation est composée d'une partie de l'intendance dans l'immeuble, de divers travaux de conciergerie. Je ne me souviens plus de son taux d'occupation précisément. Je crois tout de même me rappeler d'un taux très partiel. J'avais questionné l'époux qui m'avait dit qu'il était là la majeure partie de la journée. Si l'époux avait un travail à temps complet ou à plus que 50%, j'aurais évalué différemment sa participation. J'ai conclu à un statut de ménagère vu son parcours et du fait que je m'imaginai mal qu'à 61 ans elle puisse reprendre une activité lucrative. J'ai eu l'impression qu'elle mélangeait un peu le temps qu'elle aurait pu consacrer à un travail avec le temps de garde de son petit-fils. J'avais également relevé qu'elle avait eu l'intention de prendre des cours de français, mais qu'elle ne l'avait jamais fait. Je relève par ailleurs qu'elle n'avait jamais fait de recherche d'emploi. S'agissant de la première rubrique intitulée "conduite de ménage", j'ai estimé que l'intéressée avait un empêchement de 50%, compte tenu de 30% d'exigibilité du conjoint, soit un 20% pour elle de capacité. Je précise que cette rubrique est composée de 4 postes : la planification, l'organisation, la répartition des tâches et le contrôle. L'incapacité est entière dans la planification et le contrôle. Je confirme ces taux. S'il n'y avait pas d'époux, j'aurais ajouté les 30% lui correspondant aux 50% retenus, ce qui aurait donné un empêchement de 80%. Je considère que les 30% d'exigibilité de

l'époux ne se confondent pas avec ce que l'assurée pourrait faire avec l'encadrement de son époux. J'ai constaté qu'elle n'accomplissait pas ces petites tâches simples également assumées par l'époux. Il est cependant exigible d'elle qu'elle le fasse. Je pense que l'assurée a besoin de stimulation et d'aide dans l'organisation. Les 30% d'exigibilité pour le conjoint représentent un taux généralement appliqué aux conjoints, même s'ils travaillent à 100%. Une réduction n'est opérée que si l'époux a lui-même des problèmes de santé ou s'il a un travail particulièrement pénible. S'agissant de la rubrique "emplettes et courses diverses", j'ai retenu 60% d'incapacité qui se confondent avec les 60% d'exigibilité pour l'époux. C'est le poste pour lequel on peut retenir une exigibilité plus grande. C'est le poste principal. Dans cette rubrique il y a 3 postes : les petites courses pour 30%, les grandes courses pour 50% et les tâches administratives 20%. J'ai considéré que l'assurée avait une incapacité de 10% pour les petites courses, de 50% pour les grandes courses et rien pour les tâches administratives puisqu'elle n'en a jamais fait. Je n'ai pas tenu compte de la fille, même si je relève qu'elle s'occupe du repassage, parce qu'elle ne vit pas sous le même toit. Les 30% d'exigibilité relevés ne concernent que l'époux dans la rubrique "lessive et entretien des vêtements". S'agissant de la rubrique "divers", je précise qu'aucune exigibilité n'est jamais retenue parce qu'il s'agit d'activités accessoires. Je ne tiens compte que des tâches qui étaient effectuées avant l'atteinte à la santé. Or, l'assurée n'avait pas encore à s'occuper de son petit-fils. Je reconnais que les 10% auraient dû être répartis sur d'autres rubriques si je retenais 0% d'empêchement. S'ils restent en tant que "pondération du champ d'activité", il me faudrait en effet retenir un empêchement que j'évaluerais à 80%. Je pense qu'il est exigible de l'assurée qu'elle fasse des petites courses seule, à raison de 20%. Elle a à cet égard besoin d'aide pour l'organisation principalement (liste des courses). (...) Je me suis fondée sur les limitations fonctionnelles résultant de l'avis SMR du 15 juillet 2011. J'ai tenu compte des symptômes psychotiques dont l'assurée souffre, mais qui ne sont pas présents tout le temps. Je ne parle pas de "faire un effort", mais j'estime qu'avec son atteinte à la santé, elle "devrait pouvoir faire". Il y a des personnes qui vivent seules, qui souffrent du même type d'atteinte à la santé et pour lesquelles il est exigible qu'elles accomplissent un certain nombre de tâches. Même en foyer, les personnes atteintes de maladie psychiatrique participent à la vie commune, il peut même arriver qu'elles travaillent en atelier. Je n'estime ainsi jamais à 100% l'empêchement à accomplir les tâches, sauf dans le cas d'une personne qui ne pourrait pas sortir de son lit. Je précise que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'empêchement dans le ménage, nous ne faisons pas appel à une notion de rendement, la personne peut fractionner son travail et il n'y a pas de stress. S'agissant des estimations que j'ai faites, de ce qui est exigible de la part de l'assurée, encadrée, je précise que je parle en raison de la pratique que j'ai et de mon expérience. Il y a aussi une notion d'équité à respecter entre les assurés. J'ai un diplôme d'infirmière en psychiatrie et j'ai travaillé une dizaine d'années en tant que telle". A l'issue de l'audience, un délai a été imparti à l'intéressée afin qu'elle puisse apporter des informations complémentaires sur son époux. Par courrier du 20 décembre 2012, elle a ainsi précisé que - son époux "n'a aucune formation professionnelle. Avant de venir en Suisse, il faisait des petits "boulots", comme nettoyeur par exemple. - Dans notre pays, il a travaillé 6 mois avec des papiers. Par après, chômeur sans droit à des indemnités de l'assurance-chômage, il a été pris en charge par l'Hospice général. - Il a toujours cherché et cherche encore du travail, au rythme d'environ une fois par semaine. Il ne peut cependant laisser sa femme seule, qui est alors trop angoissée. Quand il travaille par exemple une matinée, c'est sa fille qui vient. Le reste du temps, lorsqu'il est occupé dans l'immeuble, il passe chez lui tous les 10-15 minutes. Car, comme l'ont indiqué les médecins, son épouse

n'est pas indépendante. - Il effectue le service d'immeuble. Il nettoie les escaliers, les alentours de l'immeuble, il sort et rentre les containers, il lave les vitres, il aide aux déménagements et répond aux demandes multiples des locataires pour des services divers. - Cette activité est effectuée pour l'Hospice général. L'époux de l'intéressée pense que c'est une prestation contre l'aide que lui procure cette institution, mais que cela n'augmente pas le montant qu'il reçoit. - Ces divers travaux l'occupent environ 3 heures par jour en moyenne". Le 22 janvier 2013, l'intéressée a fait part de ses observations après enquêtes. Elle relève que l'enquêtrice a fixé de son propre chef une exigibilité pour elle sans se fonder sur les observations faites sur place, se basant en réalité sur ce qu'elle "devait pouvoir faire". Elle se demande si l'on peut encore parler d'exigibilité pour des tâches qu'elle ne parvient plus à faire qu'avec la stimulation et l'aide dans l'organisation apportée par son époux. Elle considère ainsi que l'enquête ménagère n'est ni suffisamment détaillée, ni plausible. Elle ne tient pas compte de "l'absence d'autonomie même dans les activités de la vie quotidienne", "des idées délirantes de persécution et des angoisses invalidantes", et de "l'apathie importante, fatigabilité, troubles mnésiques...", relevés par les Drs M_____ et L_____, ainsi que par les médecins du SMR eux-mêmes. Le 29 janvier 2013, l'OAI a persisté dans sa position. Ces courriers ont été transmis aux parties et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, étant précisé que l'OAI a rejeté sa demande, au motif, dans un premier temps, que le degré d'invalidité résultant de l'enquête ménagère ne justifiait pas l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans sa réponse au recours, en revanche, il a fait valoir que les conditions d'assurance n'étaient quoi qu'il en soit pas réalisées. Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse. Les dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse demeurent toutefois réservées. La Suisse a conclu le 8 juin 1962 une convention relative aux assurances sociales avec la République Populaire Fédérale de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1). Elle a été abrogée et remplacée par des nouvelles conventions bilatérales de sécurité sociale dans les rapports avec la Croatie (art. 40 de la Convention du 9 avril 1996; RS 0.831.109.291.1), avec la Slovénie (art. 39 de la Convention du 10 avril 1996; RS 0.831.109.691.1) et avec la Macédoine (art. 41 de la Convention du 9 décembre 1999; RS 0.831.109.520.1). La convention conclue à l'époque avec la Yougoslavie reste pour l'instant applicable aux relations entre la Suisse, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-Herzégovine (cf. sur l'applicabilité de cette convention aux relations entre la Suisse et les anciennes parties de la Yougoslavie: ATF 122 V 381 consid. 1 p. 382; 126 V 198 consid. 2b p. 203 ss.; cf. également ATF 132 II 65 consid. 3.5.2 p. 73 ss.). La Suisse a également conclu une convention de sécurité sociale avec le Kosovo. Cette convention n'est cependant plus valable depuis le 31 mars 2010. Seul le droit interne est dès lors applicable. D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est

applicable tant pour les suisses que les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Dès le 1^{er} janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans. A partir de l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI en effet, seuls les assurés qui comptent trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité ont droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Par conséquent, la durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision, qui est déterminante. L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires. Sont obligatoirement assurées à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité notamment les personnes physiques domiciliées en Suisse (art. 1 al. 1 let. a LAVS dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2002) et celles qui y exercent une activité lucrative (art. 1^{er} al. 1 let. b LAVS, en corrélation avec l'art. 1^{er} LAI, selon leur teneur en vigueur au 31 décembre 2002). Selon l'art. 3 al. 1 première phrase LAVS, les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative. Quant à ceux qui sont sans activité lucrative, ils sont tenus de payer des cotisations à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant la date à laquelle ils ont eu 20 ans. Aux termes de l'art. 50 RAVS - applicable à la fixation de la durée minimale de cotisation selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 RAI (ATF 125 V 255) - une année de cotisation est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1^{er} ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29^{ter} al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29^{ter} al. 2 let. c LAVS). L'art. 14 al. 2 bis LAVS (dans sa teneur au 1^{er} janvier 2009) précise que "les cotisations des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour n'exerçant pas d'activité lucrative ne peuvent être fixées et, sous réserve de l'art. 16, al. 1, versées que: a. lorsqu'ils ont obtenu le statut de réfugié; b. lorsqu'ils ont obtenu une autorisation de séjour; ou c. lorsque, en raison de leur âge, de leur invalidité ou de leur décès, il naît un droit aux prestations prévues par la présente loi ou par la LAI". Si l'un des cas énumérés aux lettres a, b ou c est réalisé, les cotisations sont prélevées avec effet rétroactif dès la prise de domicile en Suisse mais sous respect du délai de prescription de l'art. 16, al. 1, LAVS (Directives sur les cotisations des travailleurs indépendants et des personnes sans activité lucrative (DIN) dans l'AVS, AI et APG, état au 1^{er} janvier 2012, n° 2173). Les périodes durant lesquelles la personne assurée, tout en possédant la qualité d'assuré, ne s'est pas ou pas entièrement acquittée de son obligation de cotiser, ont valeur de durée de cotisations lorsque des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent lui être attribuées pour cette période (art. 29^{ter} al. 2 LAVS). La prise en compte des périodes de cotisations se rapportant aux bonifications pour tâches éducatives et aux bonifications pour tâches d'assistance à considérer ne s'effectue qu'à condition que les cotisations dues personnellement ne puissent plus être réclamées ou compensées en raison de la prescription ((Directives concernant les rentes (DR) de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale, état 1^{er} janvier 2012, n° 5033). Les bonifications pour tâches éducatives sont attribuées pour les périodes durant lesquelles les parents ou l'un des deux parents avai(en)t des enfants et étai(en)t assuré(s) conformément à l'art. 1a, al. 1 et 3, ou à l'art. 2 LAVS. Il

n'est pas nécessaire que l'obligation de cotiser des parents ou de l'un d'entre eux ait effectivement été remplie pendant cette période (art. 29 sexies LAVS). L'autorité parentale au sens des art. 133, al. 3 et 296 à 298a CC constitue le point de rattachement pour la prise en compte des bonifications pour tâches éducatives. Il n'est pas indispensable que le ou les parent(s) exerce(nt) effectivement le droit de garde sur l'enfant. (n° 5413 DR) Les années durant lesquelles les parents non mariés ont exercé l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants qui n'avaient pas encore 16 ans révolus donnent en principe droit à des bonifications pour tâches éducatives entières (art. 29 sexies al. 1 let. d LAVS). Si les parents non mariés ont conclu un accord écrit au sens de l'art. 52f, al. 2bis, RAVS, cet accord fait foi pour l'attribution des bonifications pour tâches éducatives. (art. 52 f. al. 2 bis RAVS) Les parents non mariés ensemble auxquels l'autorité tutélaire a attribué l'autorité parentale conjointe sur un ou plusieurs enfants communs sont invités à présenter l'accord écrit au sens de l'art. 52f, al. 2bis, RAVS. Celui-ci doit être signé par les deux parents et fournir des indications sur la répartition des bonifications entre eux. A défaut d'un tel accord, les bonifications sont partagées par moitié entre les parents s'ils exercent tous les deux l'autorité parentale (n° 5432 DR). L'art. 52 f al. 4 RAVS précise que "concernant les années où le conjoint n'était pas assuré auprès de l'assurance-vieillesse et survivants suisse, il est prévu d'attribuer la bonification pour tâches éducatives entière au parent assuré". La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Lors de la naissance du droit à la rente, les cotisations dues par la personne assurée doivent être payées; à tout le moins l'assuré doit pouvoir encore s'en acquitter (OFAS, Directives dans le domaine des rentes, état au 1 er janvier 2007, n° 5009). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b; 160 consid. 3a; 118 V 82 consid. 3a et les références). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 pour cent au moins ou dès qu'il a présente, en moyenne, une incapacité de travail de 40 pour cent au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1 er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références; ATFA du 1 er mai 2003 I 780 //02 consid. 4.3.1). En l'espèce, l'OAI a considéré que la survenance de l'invalidité devait être fixée dans le courant de l'année 2006, et constaté qu'à ce moment-là, l'intéressée ne comptait ni les trois ans de cotisations, ni les dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. L'intéressée allègue toutefois que ce n'est qu'en juillet 2009, date à laquelle elle a présenté une décompensation psychotique avec hallucinations visuelles et auditives, ainsi que des délires de persécution, au point qu'elle a dû être hospitalisée en milieu psychiatrique du 14 juillet au 23 septembre 2009, que l'invalidité est survenue. L'examen de l'enquête ménagère ne permet de tirer aucune conclusion quant à la date de la survenance de l'invalidité, puisqu'il y est simplement indiqué, pour chaque rubrique, la situation existant "avant ses problèmes de santé", d'une part, et "maintenant", d'autre part. Il appert de la partie en fait qui précède que l'intéressée

est suivie depuis le 20 octobre 2006 à la Consultation Servette. Dans son rapport du 27 septembre 2010, le Dr L_____ a indiqué que l'intéressée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec troubles psychotiques et d'un syndrome de stress post traumatique, depuis "au moins 2006". L'état de santé est stationnaire depuis septembre 2009, date de sa fin d'hospitalisation à Belle-Idée. Selon ce médecin, l'intéressée est totalement incapable de travailler depuis au moins sa dernière hospitalisation, à savoir juillet 2009, étant précisé que "cet état était antérieur, mais je ne suis le médecin référant de la patiente que depuis le mois d'octobre 2009". La Dresse M_____ pose le 6 avril 2011 les mêmes diagnostics, précisant qu'ils sont présents depuis 2006. Elle considère qu'ils impliquent une incapacité de travail entière. a) Force est ainsi de constater que l'intéressée souffre d'une atteinte à la santé susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail et de gain depuis 2006. b) Reste à déterminer si la décompensation psychotique à la suite de laquelle elle a dû être hospitalisée du 14 juillet au 23 septembre 2009 au service de psychiatrie-adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) constitue un nouveau cas d'assurance. c) Il n'est pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité ne remplissait pas les conditions d'assurance, si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (9C_658/2008), puisse être prise en considération à titre de nouveau cas d'assurance. L'aggravation de l'état de santé de l'intéressée en 2009 due à la décompensation est évidente puisque celle-ci a nécessité son hospitalisation pour la première fois. La décompensation doit toutefois constituer une affection distincte du trouble dépressif pour que les conditions d'assurance soient examinées sur la base d'une invalidité survenue en juillet 2009. L'aggravation d'une atteinte préexistante ne constitue pas en effet un nouveau cas d'assurance. Les diagnostics posés depuis 2006 sont un trouble dépressif récurrent sévère avec trouble psychotique et un syndrome de stress post traumatique. L'intéressé a présenté une décompensation psychotique en juillet 2009. Le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques correspond au chiffre F33.3 CIM 10. Selon la définition du "Petit Larousse", la décompensation est un état pathologique dans lequel les troubles dus à une fonction lésée ne sont plus compensés par une adaptation des fonctions restées saines ou un effondrement brutal des défenses chez un sujet confronté à une situation difficile ou dangereuse. On ne saurait soutenir au vu de cette définition que la décompensation psychotique constitue un nouveau diagnostic désignant une nouvelle atteinte sans aucun rapport avec l'atteinte originale, ce d'autant moins que l'atteinte originale était déjà accompagnée d'un trouble psychotique, selon le Dr L_____. d) Lorsque l'invalidité, qui est préexistante à l'arrivée de l'assuré en Suisse ou au moment où il remplit les conditions relatives aux cotisations ou à la résidence pour bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, a été interrompue ultérieurement de façon notable, il y a lieu d'admettre un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a expliqué dans un arrêt du 27 juillet 1966 qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4). Un nouveau cas d'assurance a été nié pour une assurée qui avait certes repris une activité lucrative pendant sept mois environ, mais qui était fréquemment absente en raison de maladie ou pour un assuré qui n'avait jamais réellement pu se réinsérer dans la vie professionnelle, car sa maladie (asthme) se

décompensait à chaque fois qu'il débutait une activité (cf. ATF 126 V 10 consid. 2c ; ATFA non publié du 13 janvier 2004 I 54 /03 consid. 3 ; ATAS/212/2011 ; ATAS/647/2011). Le trouble dépressif dont souffre l'assurée depuis 2006 n'a à l'évidence présenté aucun signe de rémission de sorte que la survenance d'un nouveau cas d'assurance ne saurait être admise. e)

Il apparaît dès lors, au vu de ce qui précède, que c'est à juste titre que l'OAI a fixé le moment de la survenance de l'invalidité dans le courant de l'année 2006. En l'espèce, l'intéressée est arrivée en Suisse le 10 juillet 1999. Elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse et jamais personnellement cotisé à l'AVS-AI. Elle ne compte ni les trois ans de cotisations, ni les dix ans de résidence en Suisse lors de la survenance de l'invalidité. Les périodes durant lesquelles la personne assurée, alors qu'elle possède la qualité d'assuré, ne s'est pas acquittée ou entièrement acquittée de son obligation de cotiser, ont toutefois valeur de durée de cotisations lorsque des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent lui être attribuées pour cette période (art. 29ter, al. 2, LAVS). A noter que toute personne domiciliée en Suisse ou y exerçant une activité lucrative est assurée au sens de la LAVS (art. 2 al. 1 let. a et b LAVS). Les assurés peuvent prétendre à une bonification pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles ils exercent l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans. Les père et mère détenant conjointement l'autorité parentale ne peuvent toutefois pas prétendre à deux bonifications cumulées (art. 29 sexies al. 1 LAVS). Les bonifications pour tâches éducatives attribuées pendant les années civiles de mariage sont réparties par moitié entre les conjoints (art. 29 sexies, al. 3 LAVS). Il est vrai en revanche qu'elle a élevé sa fille CA_____ . Qu'elle soit mariée ou non, elle a en effet exercé sur celle-ci l'autorité parentale et a fait ménage commun avec elle en tout cas jusqu'au 31 décembre 2007, date à laquelle l'enfant a atteint l'âge de 16 ans. L'intéressée peut ainsi se voir attribuer une bonification pour tâches éducatives durant sept ans si elle doit être considérée comme célibataire et de trois ans et demi (sept ans divisés par deux), si elle doit être considérée comme mariée. Partant, lors de la survenance de l'invalidité, la recourante a été assurée, à titre obligatoire, pendant plus de trois ans. Par contre, elle n'a, à cette date-là, versé aucune cotisation à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité. Reste par conséquent à déterminer si son droit doit être nié au motif que les cotisations dues n'ont pas été versées, voire qu'une certaine partie d'entre elles sont prescrites. Aux termes de l'art. 16 al. 1 LAVS, applicable par analogie en matière de cotisations d'assurance-invalidité (art. 3 al. 2 LAI), les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par décision notifiée dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues, ne peuvent plus être ni exigées ni payées. Cependant, il ressort de la jurisprudence que si les cotisations n'étaient pas irrécouvrables ou prescrites au moment de la survenance de l'invalidité, elles doivent être prises en compte lorsqu'il s'agit de déterminer si un assuré compte une année entière de cotisations au moment de la survenance du cas d'assurance (ATFA non publié du 31 août 2004, cause I.591/2003, consid. 3.2; ATFA du 28 mars 2002, cause I.487/2001, publié in SVR 2002 IV n° 38 p. 122 consid. 3b), à condition toutefois qu'au moment où l'administration statue, les cotisations puissent encore être exigées ou payées (ATFA du 6 avril 2006, cause I 56/05; ATFA du 2 juin 2005, cause I 423/04 confirmant l' ATAS/438/2004 du 1 er juin 2004). En l'espèce, en 2006, soit lors de la survenance de l'invalidité, les cotisations que la recourante était tenue d'acquitter pour la période de 2001 à 2006 n'étaient pas prescrites. Compte tenu de ce qui précède, la condition de la durée minimale des cotisations était réalisée au moment de la survenance du cas d'assurance, sous réserve de l'art. 14 al. 2 bis LAVS. Il y a lieu à ce stade d'examiner le degré d'invalidité de l'intéressée. En vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité

de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une, est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 1^{ère} phrase RAI). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 5 LAI, l'administration procède, conformément à l'art. 27 RAI, à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles en se référant au supplément 1 des directives concernant l'invalidité et l'impotence de l'Office fédéral des assurances sociales. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il 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, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est donc pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont dès lors plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (ATFA

non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés du 8 novembre 1993, I 407/92 et du 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222). Dans le cas d'espèce, l'OAI a fondé le taux d'invalidité retenu sur l'enquête ménagère effectuée par une infirmière. Ainsi, si l'on peut se référer dans une certaine mesure à cette enquête, elle ne peut toutefois pas servir de base pour déterminer l'incapacité de la recourante pour des raisons psychiques dans son activité de ménagère, les médecins devant se prononcer sur cette question. Il y a en effet lieu de constater que selon l'enquêtrice, l'assurée ne peut plus accomplir aucune des tâches ménagères seule. Elle constate que l'assurée ne prend plus d'initiatives, qu'elle a de la peine à prendre des décisions, à organiser une activité et à anticiper, et qu'elle ne fait plus rien. Elle considère toutefois qu'avec l'encadrement de son époux, elle peut planifier, organiser et répartir le travail et contrôler, elle peut assurer la conduite du ménage à raison de 50%, s'occuper de l'alimentation à raison de 60%, de l'entretien du logement à raison de 60%, faire les emplettes et courses diverses à 100%, s'occuper de la lessive et de l'entretien des vêtements à raison de 70%. Elle n'a par ailleurs, sous "divers", pas pris en considération le fait que l'assurée ne s'occupait pas de son petit-fils d'âge préscolaire qui passe la moitié de la semaine chez eux, au motif qu'avant l'atteinte à la santé, elle n'avait pas à le faire. Les difficultés rencontrées par l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères sont confirmées par les médecins. A cet égard, le médecin du SMR, dans sa note du 15 juillet 2011, relève, à titre de limitations fonctionnelles, "une apathie importante, une fatigabilité, des troubles mnésiques, l'absence d'autonomie même dans les activités de la vie quotidienne, des angoisses, des idées de persécutions, des hallucinations auditives envahissantes". Il y a enfin lieu de rappeler que les diagnostics retenus sont un trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec trouble psychotique et de syndrome de stress post traumatique. Aussi force est-il de constater que la capacité de l'assurée d'assumer ces activités ménagères, même partiellement, mais régulièrement, n'est pas établie. L'OAI n'a pas investigué plus avant les aspects psychiatriques de l'incapacité de l'assurée à effectuer ces activités ménagères habituelles. Il n'en reste pas moins que l'enquêtrice, constatant que

l'assurée ne faisait plus rien, a considéré qu'elle devrait pouvoir le faire avec l'encadrement de son époux. La Cour de céans est frappée par la divergence entre les capacités de l'assurée ainsi retenues par l'enquêtrice, d'une part, et les limitations fonctionnelles relevées par les médecins SMR eux-mêmes et les faits tels que constatés par l'enquêtrice, d'autre part. Elle se demande également si l'on peut encore parler d'une aide apportée par le mari à hauteur de 30% au maximum, alors que celui-ci accomplit en réalité toutes les tâches. A cet égard, les explications données par l'enquêtrice lors de son audition le 18 décembre 2012, à savoir que les 30% d'exigibilité de l'époux ne se confondent pas avec ce que l'assurée pourrait faire grâce à son encadrement, ne donnent pas satisfaction, dans la mesure où la stimulation et l'aide dans l'organisation dont l'assurée a besoin doivent être données par l'époux en plus. Il ressort à cet égard des précisions apportées pour l'époux, qu'il ne peut laisser sa femme seule, au point que lorsqu'il est occupé dans l'immeuble, il passe chez lui toutes les 10 à 15 minutes. L'enquêtrice a par ailleurs reconnu que les 10% sous la rubrique "divers" auraient dû être répartis sur d'autres rubriques et indiqué qu'il lui faudrait en effet retenir un empêchement qu'elle évaluerait à 80%. La Cour de céans relève que cette seule modification amènerait le taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères à 39,5%, au lieu de 31,5%. Au vu de ce qui précède, il s'avère que la capacité de la recourante dans ses tâches ménagères n'a pas été évaluée à satisfaction de droit. La Cour de céans considère que l'OAI doit faire procéder à un examen psychiatrique, afin de déterminer les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage. Bien sûr, les médecins mis en œuvre devront aussi examiner le dossier médical de l'assurée. Dans un second temps, l'OAI devra distinguer et motiver, pour chaque travail ménager, quelle est la part exigible attribuée à l'assurée et à son époux. Par conséquent, le recours est admis, la décision annulée et le dossier renvoyé à l'OAI dans le sens des considérants. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 15 novembre 2011. Renvoie le dossier à l'OAI dans le sens des considérants. Condamne l'OAI au versement d'une indemnité de 1'500 fr. à l'assurée à titre de dépens. Met un émoluments de 200 fr. à la charge de l'OAI. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.