

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2026/2008

ATAS/957/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2013

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Luc MARSANO

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Claudiane CORTHAY et
Monique STOLLER FULLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960, a travaillé essentiellement comme secrétaire avant d'entreprendre un apprentissage de maroquinière de 1996 à 1998 qu'elle n'a pas terminé. Elle s'est inscrite au chômage du 1^{er} juillet 1998 au 15 mars 1999, puis a travaillé comme restauratrice de tapis d'orient. Elle a connu à nouveau une période de chômage du 1^{er} janvier 2001 au 30 juin 2005, entrecoupée de mesures cantonales en 2003, année pendant laquelle elle a travaillé comme aide-bibliothécaire à 80 %. En dernier lieu, elle a travaillé comme secrétaire juridique à 50 % de janvier 2006 à mars 2007 auprès de l'ASSOCIATION X_____ GENÈVE à titre de contre-prestation dans le cadre du Revenu minimum cantonal d'aide sociale (RMCAS).
2. Le 16 mars 2007, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir d'un syndrome des jambes sans repos entraînant des micro-éveils ainsi que d'une dépression chronique.
3. Dans un rapport du 25 avril 2007 consécutif à l'enregistrement polysomnographique du 3 au 4 avril 2007, le Dr D_____, médecin adjoint au service de neuropsychiatrie de Belle-Idée, a indiqué que l'assurée présentait, pendant le sommeil, des mouvements périodiques. Elle souffrait également d'une fatigabilité durant la journée qui était à mettre sur le compte d'un probable état dépressif. Un enregistrement polysomnographique et un test de maintien de l'éveil avait permis d'exclure des troubles respiratoires pendant le sommeil ainsi qu'une hypersomnolence pathologique au vu de l'index de 15.6 par heure. L'architecture du sommeil révélait un temps total de sommeil de 407 minutes avec de nombreux réveils (117 micro-éveils soit 17 par heure).
4. Le 16 mai 2007, le Dr E_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et Madame F_____, psychologue-psychothérapeute déléguée, ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2) dès l'âge adulte ainsi qu'une personnalité anxieuse (F 60.6) dès l'adolescence. A l'échelle du BDI, elle avait un score de 28 (dépression modérée à sévère) et à l'échelle ATQ (échelle des pensées dépressives), le score était de 104 contre 86 en 2004. Elle était suivie en psychothérapie déléguée depuis mai 2007. Depuis l'âge de 18 ans, elle avait eu recours à différents psychothérapeutes à la suite d'épisodes dépressifs et anxieux. Elle souffrait d'une dépression récurrente avec un trouble de personnalité anxieux qui entravait ses contacts avec autrui sur le plan social et professionnel, avec des conduites d'évitement qui l'amenaient à s'isoler. Ces troubles étaient une source réelle de souffrance et posaient un vrai problème d'insertion sociale et professionnelle durable. Actuellement, l'isolement, l'anxiété et la fatigabilité face à

une quelconque tâche étaient en augmentation. La capacité à pouvoir reprendre un travail même adapté était douteuse.

5. Dans un rapport du 6 novembre 2007, le Dr G_____, généraliste FMH, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un état dépressif chronique épisode moyen à sévère, un état anxieux chronique et une personnalité anxieuse existant tous depuis 1978. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2007, à savoir depuis qu'il traitait la patiente. L'état de santé était stationnaire et le pronostic très réservé.
6. Dans un complément de rapport médical du 28 novembre 2007, le Dr E_____ et Madame F_____ ont constaté une perte de confiance en soi ou de l'estime en soi, des sentiments injustifiés de culpabilité, une diminution de l'aptitude à penser et une modification de l'activité psychomotrice. Ils ont émis un pronostic défavorable quant à la capacité de travail au vu de la dernière expérience professionnelle qui avait provoqué une aggravation de l'état d'anxiété et de la fatigue, alors que le cadre de travail était favorable et qu'il n'y avait aucune attente de rendement.
7. Le 14 janvier 2008, l'assurée s'est soumise à un examen psychiatrique effectué par la Dresse H_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après le SMR). Dans son rapport du 28 janvier 2008, ce médecin a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnelle labile type borderline avec des traits anxieux non décompensés (F 60.9) et une anxiété généralisée d'intensité légère (F 41.1). Le diagnostic de trouble dépressif récurrent n'avait pas été retenu car la présence de plusieurs épisodes dépressifs n'avait pas été objectivée. Elle avait posé le diagnostic d'anxiété généralisée d'intensité légère au vu de la présence d'une attente craintive avec anticipation des malheurs, d'agitation fébrile, de légers tremblements et de sensation de vide. Ce diagnostic ne constituait pas une maladie psychiatrique invalidante. L'assurée était labile, immature, instable émotionnellement, avec des capacités d'anticipation réduites et un sentiment envahissant de tension ainsi que d'appréhension. Elle avait une perception de soi comme socialement incompetente, une préoccupation excessive par la crainte d'être critiquée ou rejetée dans le cadre d'une personnalité émotionnellement labile, type borderline avec des traits anxieux, non décompensés. Le troubles de la personnalité non décompensé ne représentait pas une maladie psychiatrique invalidante. Elle a conclu à une capacité de travail exigible de 100 % dans toute activité.
8. Par projet de décision du 8 février 2008, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI) a rejeté la demande de rente. Au vu des explications contenues dans le rapport du SMR, le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne pouvait pas être posé et la symptomatologie dépressive était en rémission complète, partant n'avait aucune incidence sur la capacité de travail.

9. Par courrier du 8 mars 2008, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI en insistant, en particulier, sur son état dépressif récurrent et un état de fatigabilité extrême qui s'était progressivement installé depuis 2003 l'empêchant d'entreprendre plus d'une activité par jour. Elle a contesté ne pas souffrir d'un état dépressif sévère, dès lors qu'elle vivait son quatrième épisode dépressif (dépression sévère de 1978 à 1979 non traitée, dépression grave de 1994 à 1997 traitée par la Dresse I _____, dépression moyenne en 2001 traitée par le Dr Q _____ et dépression grave récurrente depuis 2004). Elle a indiqué souffrir de claustrophobie et de phobie sociale. Elle a reproché à la Dresse H _____ de l'avoir interrogée sommairement, de ne lui avoir posé aucune question sur les symptômes de dépression actuelle ou sur l'anxiété, d'avoir mal compris et déformé les faits qu'elle lui avait relatés lors de l'évaluation SMR. Elle a produit des rapports médicaux des psychiatres consultés à l'époque confirmant les diagnostics d'état dépressif grave en 1998, chronique d'intensité légère à moyenne en 2001, moyen en 2004.
10. Au vu de ces explications, le 27 mars 2008, l'OAI a décidé de procéder à un nouvel examen clinique psychiatrique et a confié le mandat au Dr J _____, psychiatre FMH et médecin-examineur du SMR.
11. Le 17 avril 2008, le Dr J _____ a examiné l'assurée. Dans son rapport du 21 avril 2008, il a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, une personnalité émotionnelle labile type borderline avec traits anxieux non décompensés (F 60.9) et des troubles anxieux sans précision (F 41.9). Il a expliqué n'avoir pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, car il n'était pas fait état d'épisode dépressif antérieur à celui de 1997 (recte : 1998) - réactionnel aux échecs professionnels ainsi que personnels de l'assurée - et l'épisode de 2004 était aussi réactionnel à des difficultés de chômage. Il n'y avait pas d'élément actuellement en faveur d'un diagnostic d'épisode dépressif sévère, ce d'autant plus que l'assurée déclarait une nette amélioration de son état depuis fin 2006 grâce à la psychothérapie. Le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline reposait tout à la fois sur la difficulté de préciser des choix personnels aussi bien sur le plan affectif que professionnel, sur la difficulté de s'engager dans quelque domaine que ce fût, sur le sentiment d'être désabusée par la vie. Des traits anxieux (évitants) étaient liés au sentiment de tension anxieuse, au sentiment d'être incompétente, à la restriction du style de vie résultant d'un besoin de sécurité. Son examen clinique psychiatrique était superposable à celui du 14 janvier 2008 et ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée. La capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité, et ceci depuis toujours.
12. Par décision du 9 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande. Il a confirmé la motivation de son projet de décision. De plus, le nouvel examen psychiatrique ne mettait pas

en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

13. Le 6 juin 2008, l'assurée a recouru contre ladite décision. Elle conclut préalablement à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à l'octroi d'une rente pleine et entière depuis le 1^{er} janvier 2003, avec suite de dépens. Subsidiairement, elle demande des mesures de réadaptation professionnelles adéquates. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas procédé à un examen pluridisciplinaire et de n'avoir pas instruit le diagnostic de syndrome des jambes lourdes. Ce dernier l'empêchait d'avoir un sommeil réparateur qui, en partie, lui causait une extrême fatigabilité. En outre, elle était atteinte de troubles dépressifs graves, de sorte qu'elle n'était absolument pas capable de travailler. Au vu des avis médicaux divergents, il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire.
14. Dans sa réponse du 7 juillet 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que les deux examens psychiatriques SMR avaient retenu une pleine capacité de travail. Il n'existait aucune raison de s'écarter de ces rapports qui avaient pleine valeur probante. La recourante contestait leurs conclusions en se basant sur l'avis de ses médecins traitants, qui, selon la jurisprudence, étaient généralement plus favorables à l'égard de l'assuré. Le syndrome des jambes lourdes avait bien été pris en compte par les médecins du SMR, mais selon les informations données par le Dr G _____, il avait bien réagi au traitement instauré, de sorte que la recourante ne s'en plaignait plus. Par conséquent, il n'avait pas de caractère invalidant.
15. Entendue en comparution personnelle, le 18 septembre 2008, la recourante a précisé n'avoir pas un sommeil réparateur, car elle connaissait durant les nuits jusqu'à 39 éveils et 139 micro-réveils. L'origine vraisemblable du syndrome des jambes sans repos était due à un médicament pris pour la dépression durant deux ans et demi. Ce syndrome était toujours présent quel que fût le médicament prescrit. Elle a relevé un profond manque de concentration, une impression d'agir à faux en permanence (symptôme de la dépression), et ceci en raison d'une grande fatigabilité due au sommeil qui n'était pas réparateur. Par conséquent, elle se sentait tout à fait incapable de reprendre une activité, même partielle et même pour les activités quotidiennes.

L'intimé a précisé s'être limité à une expertise psychiatrique, et non pluridisciplinaire, en raison des informations obtenues par le SMR, aussi bien des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG) que du Dr G _____, au sujet du syndrome des jambes sans repos.

La recourante a produit dans la procédure un rapport du Dr G _____ du 15 septembre 2008 confirmant ses précédents rapports et un rapport du 24 juin

2008 du Dr K_____, médecin chef de l'unité de psychopharmacologie clinique à Belle Idée. Selon ce dernier, la recourante présentait des éléments de dépression et de dévalorisation d'elle-même, des manifestations de phobie sociale, des conséquences de traumatismes anciens allant dans la direction d'un état de stress post-traumatique, sans que la symptomatologie d'un tel trouble psychiatrique ne fût clairement présente. Il y avait également une procrastination, dans le sens de difficulté à se décider, ce qui s'ajoutait à l'isolement social.

Sur ce, la Cour de céans a ordonné l'audition du Dr G_____ et du Dr L_____, psychiatre FMH. Elle a fixé un délai à l'intimé pour se déterminer sur l'opportunité d'entendre l'un des médecins du SMR ayant effectué l'examen psychiatrique.

16. Dans son écriture du 24 septembre 2008, l'intimé a considéré que l'audition des médecins du SMR ne se justifiait pas. S'agissant du syndrome des jambes sans repos, le Dr G_____ avait précisé, lors d'un entretien téléphonique avec le médecin du SMR, que le traitement s'était avéré efficace, qu'il avait pu être interrompu en septembre 2007 et que la recourante ne s'en était plus plaint depuis lors. L'intimé a persisté dans ses conclusions.
17. Le 25 septembre 2008, la recourante a produit dans la procédure des pièces complémentaires, notamment un article intitulé « syndrome des jambes sans repos et traitement psychiatrique » paru dans la Revue médicale suisse n°3079 rappelant que les études consacrées à l'association entre le syndrome des jambes sans repos et la pathologie psychiatrique avaient montré que leur relation dépassait la simple association et reposait sur des interactions réciproques et des mécanismes physiopathologiques communs.
18. Entendu en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr G_____ a indiqué avoir constaté que la recourante était en incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée en raison d'un état dépressif de sévérité moyenne à sévère récurrent et un syndrome des jambes sans repos. Elle présentait également un syndrome de stress post-traumatique. Le syndrome des jambes sans repos ne figurait pas dans son rapport du 6 novembre 2007, car il s'était focalisé principalement sur son état dépressif. Il n'avait pas voulu le réinvestiguer car des confrères neurologues et psychiatres à Belle-Idée s'étaient penchés en 2006 et 2007 sur ce syndrome des jambes sans repos et n'avaient pas trouvé de traitement adapté à la recourante. Au sujet des implications de la prise d'antidépresseurs sur la pathologie des jambes sans repos, le Deroxat® avait été prescrit à la recourante et avait pour effet secondaire d'aggraver les mouvements involontaires des jambes. Il y avait une impasse thérapeutique chez elle, car on ne pouvait ni soigner la dépression, ni le syndrome des jambes sans repos. Tous les traitements actuellement disponibles avaient été testés, sans succès, et avaient même, paradoxalement, aggravé son état. S'agissant de l'entretien téléphonique avec le

médecin SMR, ses propos avaient été sortis de leur contexte. En effet, à ce moment-là, le syndrome des jambes sans repos était moins invalidant que d'habitude. Il a précisé que les trois diagnostics (jambes sans repos, dépression et stress post-traumatique) étaient d'actualité.

19. Entendu également en audience d'enquêtes du 17 octobre 2008, le Dr L_____ a expliqué avoir eu trois fois la recourante en consultation, puis l'avoir adressée à l'échelon plus élevé, soit au Dr K_____. Le syndrome des jambes sans repos était traité par les neurologues, mais le plus souvent détecté par les psychiatres, notamment lorsque le patient se plaignait de troubles du sommeil. Il était difficile de traiter la dépression en présence d'un syndrome des jambes sans repos, car une grande partie des antidépresseurs aggravait ce syndrome. Quelques antidépresseurs qui n'influençaient pas négativement ce syndrome avaient été testés par la recourante, mais sans succès. Ce syndrome avait tendance à s'aggraver avec le temps. Il provoquait des micro-réveils plusieurs fois par heure de manière inconsciente. Il y avait une corrélation entre le syndrome des jambes sans repos, d'une part, et l'anxiété et la dépression, d'autre part. Le fait que la recourante ne dormait pas normalement depuis de longues années en raison du syndrome des jambes sans repos amplifiait grandement sa dépression ainsi que son anxiété et cela avait un impact sur la capacité de travail en raison de la fatigabilité. En termes de fonctionnalité, l'état de dépression moyenne pouvait devenir sévère en raison du syndrome des jambes sans repos.
20. Dans son écriture du 10 novembre 2008, après avoir soumis au SMR les pièces complémentaires produites par la recourante au sujet du syndrome des jambes sans repos, l'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes. Elle a produit un rapport du SMR daté du 27 octobre 2008 relevant que les mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (PMLS) étaient certes responsables d'une désorganisation et d'une fragmentation du sommeil, mais les conséquences éventuelles de cette pathologie au cours de la journée étaient objectivées par le test de maintien de l'éveil. Or, ledit test pratiqué le 3 avril 2007 s'était révélé être dans les normes et avait permis d'exclure une hypersomnolence pathologique. On ne pouvait donc pas imputer à ces mouvements périodiques des jambes, ni à ces troubles du sommeil, une somnolence diurne responsable d'une diminution de la capacité de travail. Quant à la fatigue et à la fatigabilité, ces symptômes qui ne justifiaient pas en eux-mêmes une incapacité de travail de longue durée, s'ils n'étaient pas corrélés avec une cohorte de symptômes faisant partie d'une entité clinique, ne revêtaient pas une sévérité particulière.
21. Au vu des explications du Dr L_____ et des doutes émis par la recourante sur la valeur probante des conclusions des rapports du SMR, le Tribunal a ordonné une expertise pluridisciplinaire et a désigné, à cet effet, le Prof. M_____, médecin adjoint agrégé au Service de neurologie des HUG, et le Dr N_____, médecin adjoint aux HUG ainsi que psychiatre et psychothérapeute FMH.

22. Le Prof. M_____ a examiné la recourante le 13 octobre 2009. Dans son rapport du 21 octobre 2009, il a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome des jambes sans repos d'intensité moyenne (20/40 de degré de sévérité), des discrets troubles cérébelleux statiques d'origine indéterminée, des myalgies à l'effort et un possible déconditionnement physique. Il a relevé que le syndrome des jambes sans repos était actuellement présent chez la recourante et était possiblement en rapport partiel avec sa fatigue, mais ne semblait pas la réveiller. Par conséquent, son impact sur la capacité de travail ne paraissait pas majeur et ne devrait pas dépasser 40 % à son avis. Les troubles des mouvements périodiques du sommeil pouvaient être associés à une hypersomnie et à une fatigabilité nocturne ainsi qu'à des troubles cognitifs, en particulier exécutifs. Au vu de l'index de 15.6 par heure, les troubles des mouvements périodiques étaient légers. En revanche, la recourante présentait un index de 17 micro-éveils par heure alors que la norme était de 5 à 10 par heure, les troubles étant considérés comme sévères lorsque les réveils étaient de plus de 20 à 30 par heure. En conclusion, son tableau était léger à modéré avec des fonctions cognitives qui étaient encore dans les limites de la norme aux tests spécifiques (mais certainement légèrement diminués par rapport à sa situation antérieure). Ce tableau pouvait donc participer à une atteinte invalidante, bien qu'il y ait d'autres personnes avec des troubles de cette amplitude qui n'étaient pas invalides. La fragilité de la recourante, associée aux troubles thymiques et aux problèmes de personnalité, faisait qu'elle était certainement diminuée dans sa capacité résiduelle de travail. Il évaluait sa capacité actuelle globale à 60 %.
23. Le Dr N_____ a examiné la recourante les 7, 9 et 15 décembre 2009. Lors de son examen, il a constaté une thymie neutre ainsi que l'absence tant de ralentissement psychomoteur que d'anomalies du cours ou du contenu de la pensée. La recourante n'avait pas montré de signes de la lignée psychotique. Dans son rapport du 25 janvier 2010, il a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen (F 33.1) et des traits de personnalité anxieuse (et obsessionnelle). Il a exposé que la recourante souffrait depuis près de trois ans d'un état de fatigue persistante, intense et invalidante, que les multiples investigations cliniques et para-cliniques ne permettaient pas d'expliquer entièrement. La découverte, en 2006, d'un syndrome des jambes sans repos pouvait en rendre partiellement compte, mais, de l'avis des spécialistes, cette pathologie du sommeil ne provoquait généralement pas une fatigue aussi marquée. Lors de son investigation, la recourante présentait un état dépressif de gravité moyenne ainsi qu'une symptomatologie anxieuse diffuse, laquelle ne remplissait pas formellement les critères d'un trouble anxieux caractérisé (ni anxiété généralisée, ni trouble panique, ni phobie sociale). L'évaluation de la personnalité au moyen d'un auto-questionnaire ainsi que certains éléments de l'anamnèse révélaient l'existence de traits anxieux et dépendants, peut-être aussi obsessionnels (perfectionnisme, rigidité, obstination). Les troubles physiques (mouvements périodiques des jambes

pendant le sommeil) et psychiques (état dépressif persistant) constituaient une atteinte invalidante. Toutefois, les effets conjugués du syndrome des jambes sans repos ainsi que de l'état dépressif et anxieux ne réduisaient que partiellement la capacité de travail. Selon l'expert, la capacité résiduelle de travail était de 50 %. Cette estimation se fondait sur la nature et la gravité des troubles constatés (mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil; état dépressif persistant, actuellement d'un degré de sévérité moyen), mais elle était purement théorique, car la recourante décrivait un état d'épuisement incompatible avec une quelconque activité. Il était cependant inhabituel qu'une dépression se caractérisât par une fatigue aussi marquée et invalidante, alors que les autres symptômes du trouble étaient d'une intensité moindre. De plus les investigations médicales et para-médicales se poursuivaient et pourraient apporter à l'avenir d'autres explications à cet état d'épuisement.

24. Appelée à se déterminer sur les rapports d'expertise, le 15 avril 2010, la recourante s'en est rapportée à ses précédentes écritures.
25. Dans son écriture du 16 mars 2010, l'intimé a relevé que l'expertise n'était pas bi-disciplinaire en l'absence d'une discussion commune du cas. Il a nié une valeur probante aux deux rapports d'expertise. Le rapport du Prof. M_____ était contradictoire en tant qu'il indiquait que le syndrome des jambes sans repos ne réveillait pas la recourante tout en retenant un impact sur la capacité de travail. De plus, l'expert était sorti du cadre de son expertise neurologique en concluant à une capacité de travail de 60 % pour tenir compte des troubles psychiques alors même que l'expertise psychiatrique n'avait pas encore été réalisée. Quant au rapport du Dr N_____, il retenait un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en se basant sur le test de Beck qui était une autoévaluation de la recourante et, par conséquent, ne contenait aucun élément objectif. Il a conclu au rejet du recours.

Il a joint un avis médical du SMR daté du 15 mars 2010 selon lequel l'expertise du Prof. M_____ était quelque peu surprenante quant à ses répercussions sur la capacité de travail, puisque quelque chose de mineur engendrait finalement des répercussions sur la capacité de travail, alors que dans une situation parfaitement normale, l'assurée ne présenterait aucune incapacité de travail objectivement reconnue par ses médecins traitants avec ce type de pathologie somatique mineure. Soit le syndrome des jambes sans repos avait un impact en réveillant l'assurée, respectivement entraînait une fatigue, soit il n'en avait pas et il n'y avait aucune raison pour que ce syndrome eût une répercussion même à hauteur de moins de 40 %. S'agissant de l'expertise du Dr N_____, l'expert avait constaté que la recourante avait parfois montré des traits d'anxiété, ce qui avait déjà été retenu par le SMR mais n'avait pas été admis comme ayant des répercussions sur la capacité de travail. Objectivement, la recourante avait une thymie neutre et ne présentait aucun critère diagnostique parlant en faveur d'un épisode dépressif moyen. D'ailleurs,

l'appréciation du cas, extrêmement succincte, ne permettait pas de comprendre les conclusions de l'expert.

26. Par arrêt du 16 septembre 2010 (ATAS/955/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales, a admis le recours. Sur la base des expertises du Prof. M_____ et du Dr N_____ qui avaient pleine valeur probante, il a retenu une capacité résiduelle de travail de 50 % et reconnu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité. Au vu de l'incapacité de travail attestée par le Dr G_____ dès le 1^{er} septembre 2007, il a fixé le début du droit à la rente au 1^{er} septembre 2008.
27. A la suite du recours formé par l'intimé le 3 novembre 2010, le Tribunal fédéral a admis le recours par arrêt du 20 juin 2011 (9C_904/2010) et renvoyé la cause à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, devenue depuis lors compétente, pour qu'elle statue conformément aux considérants. Il a reproché à la juridiction cantonale de ne pas avoir indiqué en quoi les griefs formés par l'intimé contre les expertises judiciaires n'étaient pas susceptibles de les remettre en cause, en violation du principe de la libre appréciation des preuves constitutif d'un déni de justice formel. De plus, en accordant une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2008 alors que la décision litigieuse datait du 8 mai 2008, il avait étendu l'objet du litige sans examiner si les conditions posées à une telle extension étaient remplies.
28. Reprenant l'instruction du dossier, le 23 mars 2012, la Cour de céans a transmis au Prof. M_____ et au Dr N_____ l'avis du SMR du 15 mars 2010 et leur a demandé de répondre aux arguments soulevés ainsi que de prendre des conclusions consensuelles sur l'atteinte à la santé de la recourante et ses conséquences sur la capacité de travail.
29. Dans un rapport commun du 13 août 2012, le Prof. M_____ et le Dr N_____ ont précisé n'avoir pas procédé à une expertise conjointe, mais avoir discuté leurs différentes conclusions avant l'envoi du rapport d'expertise neurologique. Ils ont relevé que, dans la définition même du syndrome des jambes sans repos, il y avait une fragmentation et une désorganisation du sommeil, qui, même si elles ne s'accompagnaient pas de réveils prolongés, pouvaient entraîner une fatigue marquée. Cette pathologie pouvait parfois être provoquée, et souvent aggravée, par les médicaments antidépresseurs, et elle pouvait de ce fait, mais aussi par un effet direct, rendre un état dépressif sous-jacent plus chronique et plus résistant au traitement. Pour cette raison, le Prof. M_____ avait estimé que dans la situation particulière de cette assurée il y avait une incapacité de travail de 40 % liée au syndrome des jambes sans repos. Le Dr N_____, avant d'envoyer son rapport, avait rediscuté la situation avec le Prof. M_____, et tous deux avaient conclu à une incapacité globale de 50 %. Après une nouvelle concertation, les experts ont confirmé leur appréciation, à savoir que l'assurée présentait, du fait de la conjonction des deux pathologies, une incapacité de 50 %.

Les objections des médecins du SMR, s'appuyant sur le fait qu'ils avaient observé une thymie neutre et n'avaient pas constaté de ralentissement psychomoteur, ne sauraient en aucun cas exclure le diagnostic d'épisode dépressif moyen s'inscrivant dans le cadre d'une dépression récurrente. En effet, lors de leur investigation clinique, ils avaient constaté une fatigue intense rendant la recourante incapable de la moindre activité, une tristesse permanente et parfois une irritabilité, une perte totale de goût et d'intérêt, une incapacité à se projeter dans l'avenir, des idées de mort sans pensées ni projets suicidaires, un sentiment de honte de son état, une perte d'appétit, une perte de confiance en soi, une indécision et des difficultés à s'organiser, des troubles cognitifs exprimés subjectivement (troubles mnésiques, importantes difficultés de concentration) et appréciés objectivement (cf. rapport du Prof. M_____), un repli sur soi et un isolement social. Ils ont rappelé que plusieurs psychiatres avaient constaté dans le passé un état dépressif, considéré à certaines périodes comme sévère, et avaient prescrit divers antidépresseurs, dont beaucoup avaient été mal tolérés. En définitive, la réduction de la capacité de travail n'était pas imputée au seul état dépressif, mais à l'association de celui-ci au syndrome des jambes sans repos.

30. Dans son écriture du 14 septembre 2012, après le rapport complémentaire des experts, la recourante a indiqué n'avoir pas d'autres observations à formuler que celles figurant dans ses précédentes écritures.
31. Par courrier du 17 septembre 2012 après rapport complémentaire des experts, l'intimé a maintenu ses précédentes conclusions au vu de l'avis du SMR du 17 septembre 2012 qu'il a produit dans la procédure.

Dans l'avis médical du 17 septembre 2012, la Dresse O_____ a considéré que les experts ne répondaient pas aux griefs qu'elle avait formulés, faute d'expliquer en quoi il y avait une répercussion tant d'une atteinte somatique que d'une atteinte psychique. De plus, ils avaient établi leur diagnostic en se basant sur des critères subjectifs qui n'étaient pas corrélés par leurs constatations cliniques, sans expliquer la discordance majeure entre celles-ci et les plaintes de la recourante.

32. Le 8 mars 2013, la Cour de céans a procédé à une audience de comparution personnelle des parties et à des enquêtes afin d'entendre notamment les deux experts.

La recourante a rappelé qu'en 2008, elle avait demandé un avis extérieur au Dr L_____ qui avait posé notamment le diagnostic de dépression et avait consulté le service de pharmacologie de Belle-Idée (HUG) pour trouver une molécule permettant de traiter efficacement la dépression sans porter préjudice au syndrome des jambes sans repos. Elle était toujours dans une situation de santé difficile.

Elle a produit un certificat du Dr G_____ du 27 février 2013 confirmant ses diagnostics précédents et qui diagnostiquait, en outre, une hernie discale L4-L5 droite depuis fin décembre 2012, une hernie discale L4-L5 gauche depuis 2009, des lombalgies et une périarthrite chronique de la hanche droite après fracture du col fémoral droit en décembre 2009, un trouble du comportement alimentaire de type anorexie avec dénutrition moyenne à sévère (BMI à 16.7 le 25 février 2013) et de l'ostéoporose. L'évolution était globalement très défavorable depuis son dernier rapport adressé à l'intimé en 2007 et il y avait une aggravation sensible de l'incapacité de travail. Cette dernière, qui avait été évaluée à 50 % par les experts judiciaires, était actuellement entière en intégrant ses multiples affections de l'appareil locomoteur, son problème ORL, l'évolution défavorable de son état dépressif et son syndrome des jambes sans repos qui ne pouvait pas être correctement traité.

Le Prof. M_____ a déclaré que la personne souffrant d'un syndrome des jambes sans repos ressentait des mouvements dans les jambes le soir et lorsqu'elle se couchait. Soit la personne se levait plusieurs fois par nuit pour calmer ce ressenti et avait dès lors des tranches de sommeil de deux à trois heures, soit elle s'endormait sans remarquer, mais présentait des micro-éveils qui diminuaient les phases du sommeil profond qui devrait être réparateur. Dans un cas comme dans l'autre, l'endormissement était toujours retardé. Cette situation provoquait un manque de sommeil chronique qui se répercutait sur la fatigabilité de la personne. La recourante avait une bonne capacité le matin, mais présentait un état de fatigue dès midi, qui était progressif dans la journée et important à partir de midi. Au vu de cet aspect pathologique, il avait retenu une capacité de travail de l'ordre de 60 % au motif que, dès midi, la recourante ne présentait plus de capacité de travail en raison du syndrome des jambes sans repos. Cette appréciation de 60 % était basée uniquement sur l'altération du sommeil en raison du syndrome des jambes sans repos, mais ne tenait pas compte des autres problématiques, telles que l'aspect psychiatrique. L'impact de 40 % était dû au fait que les micro-éveils ne permettaient pas à la personne de récupérer de la fatigue durant le sommeil.

Le Dr N_____ a déclaré n'avoir pas trouvé de trouble anxieux constitué qui pouvait avoir une répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, il avait constaté des traits anxieux comme, par exemple, la difficulté à prendre des décisions, le doute, les hésitations, etc. En constatant une thymie neutre pendant son examen, cela ne voulait pas dire que le reste du temps, compte tenu des plaintes de l'expertisée (tristesse, anhédonie, repli sur soi, etc.) et des éléments du dossier, elle fût neutre, bien au contraire. Ceci n'était pas en contradiction avec un état dépressif récurrent de degré moyen. Il avait posé ce dernier diagnostic parce que, suite à l'épisode dépressif marqué de 1993 ayant duré des mois, la recourante avait bien récupéré et connu une période de rémission et des rechutes. Le syndrome des jambes sans repos pouvait résulter de la prise de médicaments antidépresseurs. La recourante faisait état également de troubles cognitifs et présentait un état de fatigue

extrêmement marqué, dû à la conjonction des deux pathologies. Il a précisé que l'état dépressif moyen accroissait la fatigue extrême, qui constituait le principal facteur invalidant. L'état dépressif moyen n'engendrait pas nécessairement une fatigue aussi marquée mais c'est la conjonction des deux pathologies considérées qui aboutissait à une incapacité de travail évaluée à 50 %.

Les experts ont exposé que, lors de leur expertise, ils avaient estimé que la conjonction des deux pathologies (syndrome des jambes sans repos et état dépressif récurrent de degré moyen) aggravait synergiquement la fatigue de chaque pathologie et engendrait une incapacité de travail de 50 %, en précisant qu'une amélioration du syndrome des jambes sans repos n'était pas possible au motif que la recourante prenait des antidépresseurs pouvant aggraver la situation.

Interrogés sur le début de l'incapacité de travail de la recourante, les experts ont déclaré qu'à la fin de l'année 2007, le traitement médicamenteux d'antidépresseurs avait dû être interrompu en raison d'autres effets secondaires (dermatologiques notamment) et que depuis lors, l'état dépressif n'avait plus pu être traité au moyen d'antidépresseurs. Par conséquent, ils estimaient que l'incapacité de travail constatée remontait à la fin de l'année 2007. Le syndrome des jambes sans repos avait été diagnostiqué en 2006 et dès la fin 2007, le traitement de l'état dépressif par antidépresseurs n'avait plus été possible, ce qui ne voulait pas dire que l'état dépressif n'existait plus.

L'intimé a relevé que les deux expertises psychiatriques du SMR de janvier et avril 2008 n'avaient retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.

33. Dans son écriture du 2 avril 2013 après enquêtes, l'intimé a estimé qu'hormis un trouble du comportement alimentaire de type anorexie avec dénutrition moyenne à sévère pour lequel il n'avait aucune information, les autres éléments invoqués ne lui permettaient pas de modifier son appréciation. Il convenait de savoir si le trouble du comportement alimentaire était une atteinte ancienne stable et sans influence sur la capacité de travail ou, s'il s'agissait d'une nouvelle atteinte. Sans lesdites informations, il ne pouvait que maintenir ses conclusions. Il a joint un avis manuscrit du SMR daté du 26 mars 2013 relevant que le Prof M_____ ne parlait pas de l'effet d'un éventuel traitement concernant le syndrome des jambes sans repos, ni pourquoi de nombreuses personnes avec une telle atteinte travaillaient normalement. La recourante ayant gardé des contacts réguliers avec un de ses frères, il n'y avait pas de perte d'intégration dans tous les domaines de la vie. Les arguments du Dr N_____ étaient pauvres et contradictoires. Cet expert tenait compte d'hypothèses et ne se basait ni sur des constatations objectives, ni sur des répercussions objectives. Les experts n'ayant pas procédé à un monitoring thérapeutique de l'antidépresseur, ils n'étaient pas en mesure de retenir de façon hypothétique que ledit syndrome ne pouvait pas être amélioré parce que la

recourante prenait des antidépresseurs. Au demeurant, aucun traitement antidépresseur ne semblait prescrit ce qui contredisait l'avis des experts.

34. Dans son écriture du 2 mai 2013, la recourante a repris les arguments déjà développés dans son recours. En outre, elle a allégué que la Dresse H_____ n'avait aucune formation psychiatrique reconnue en Suisse, de sorte que son avis avait une crédibilité toute relative. De plus, les médecins du SMR ne présentaient aucune garantie d'indépendance vis-à-vis de leur employeur. Elle a relevé qu'elle ne souffrait pas d'une seule pathologie, mais de plusieurs, lesquelles accentuaient réciproquement leurs effets dommageables sur sa santé et sur sa capacité de travail ainsi que le Dr L_____ et les experts judiciaires l'avaient exposé lors de leur audition. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité à tout le moins dès le 1^{er} septembre 2008, subsidiairement à des mesures de réadaptation adéquates.
35. Le 10 mai 2013, la Cour de céans a demandé au Dr G_____ de préciser si le trouble du comportement de type anorexie était une atteinte nouvelle ou ancienne, si elle était stable, si elle avait une influence sur la capacité de travail et quand elle avait été diagnostiquée.
36. Dans son rapport du 24 mai 2013, le médecin traitant a précisé que le trouble alimentaire était présent depuis 2010 et avait évolué de manière insidieuse dans un contexte de pathologies multiples. En avril 2011, avec un BMI de 18.2, le diagnostic répondant aux critères d'une anorexie mentale selon le DMS IV avait été posé avec certitude. Par conséquent, il s'agissait d'une affection évoluant depuis au moins 25 mois avec influence évidente et défavorable sur la capacité de travail. Par ailleurs, la recourante présentait des atteintes ostéoarticulaires ayant également une influence négative sur sa capacité de travail et dont l'évolution était défavorable. Au vu de l'ensemble des diagnostics, son incapacité de travail actuelle était proche d'une incapacité totale, voire superposable à celle-ci et ceci depuis avril 2011.
37. Dans son écriture du 6 juin 2013, l'intimé a relevé que, selon l'avis du SMR du 5 juin 2013 joint en annexe, le trouble alimentaire était une nouvelle atteinte à la santé, postérieure à la décision faisant l'objet de la présente procédure. Il devait faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations de la part de la recourante. Il a maintenu ses précédentes conclusions. Dans son avis médical du 5 juin 2013, la Dresse O_____ a observé que le rapport du Dr G_____ du 24 mai 2013 posait les mêmes diagnostics que ceux retenus dans son rapport du 27 février 2013. Il convenait d'examiner le trouble alimentaire nouveau, une fois la décision judiciaire connue.
38. Dans son écriture du 7 juin 2013, la recourante a informé la Cour qu'elle n'avait pas d'observation à formuler à la suite du courrier très explicite et argumenté adressé par le Dr G_____.

39. Le 19 juin 2013, la Cour de céans a transmis cette écriture à l'intimé.
40. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Dans l'arrêt du 16 septembre 2010, les questions de compétence et de recevabilité du recours ont déjà été tranchées, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2003, et, après le 1^{er} janvier 2004, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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. A 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).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

9. En l'espèce, les experts judiciaires concluent à une capacité résiduelle de travail de 50 % dès la fin de l'année 2007 au vu des diagnostics de syndrome des jambes sans repos et de trouble dépressif récurrent actuellement de sévérité moyenne. Tant les experts judiciaires que les médecins du SMR s'accordent pour nier l'existence d'un trouble anxieux constitué ayant une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les experts judiciaires et les médecins du SMR s'opposent quant à l'existence d'un trouble dépressif récurrent et son effet incapacitant ainsi que celui du syndrome des jambes sans repos.

Dans le cadre de l'instruction consécutive au renvoi du dossier par le Tribunal fédéral, les experts ont établi un rapport complémentaire commun, le 13 août 2012, puis ils ont été entendus par la Cour de céans, le 8 mars 2013.

Dans leur rapport du 13 août 2012, ils expliquent avoir discuté leurs différentes conclusions avant l'envoi du rapport d'expertise neurologique. Selon eux, il n'est pas contradictoire d'observer une thymie neutre et de diagnostiquer un épisode dépressif moyen dans le cadre d'une dépression récurrente au vu de leur investigation clinique mettant en évidence une fatigue intense rendant la recourante incapable de la moindre activité ainsi que d'autres symptômes de la dépression. La réduction de la capacité de travail de 50 % était due à l'association de l'état dépressif au syndrome des jambes sans repos, puisque, en raison des effets des médicaments antidépresseurs sur l'aggravation de cette pathologie, mais aussi par effet direct, elle pouvait rendre un état dépressif sous-jacent plus chronique et plus résistant au traitement.

De plus, lors de son audition, le Dr M_____ expose que le syndrome des jambes sans repos provoque soit un réveil plusieurs fois par nuit avec des tranches de sommeil de deux à trois heures, soit de nombreux micro-éveils pendant la nuit diminuant les phases de sommeil réparateur profond. Dans un cas comme dans l'autre, le patient présente un état de fatigue dû à un manque chronique de sommeil. Lors de son audition, le Dr N_____ précise que la constatation d'une thymie neutre lors de son examen ne veut pas encore dire que le reste du temps, compte tenu des plaintes de la recourante et des éléments du dossier, des plaintes de troubles cognitifs et de l'état de fatigue extrême, sa thymie soit neutre. D'après lui, l'état dépressif moyen n'engendre pas nécessairement une fatigue extrême qui est le principal facteur invalidant. Selon les experts, c'est la conjonction des deux

pathologies diagnostiquées qui aggrave synergiquement la fatigue de chaque pathologie engendrant une incapacité de travail de 50 % dès la fin 2007, période à partir de laquelle le traitement par antidépresseurs n'a plus été possible au vu des nombreux effets secondaires subis par la recourante, notamment dermatologiques.

En définitive, au vu des explications complémentaires données par les experts, la Cour de céans retiendra que si les expertises ont fait l'objet de deux rapports distincts, une concertation entre les deux experts a bien eu lieu avant l'élaboration du rapport du Dr N_____. De plus, les experts ont établi un rapport complémentaire commun, le 13 août 2012, de sorte qu'ils ont rempli le mandat d'expertise pluridisciplinaire qui leur a été confié, ce que d'ailleurs l'intimé ne conteste plus.

Lors de leur évaluation, les experts étaient en possession de l'ensemble du dossier et notamment des rapports médicaux sur le plan psychiatrique. Ils ont procédé à plusieurs examens de la recourante tant psychiatriques que neurologiques et l'ont soumise à divers tests (test d'évaluation cognitive de Montréal, fluence verbale phonologique, épreuve d'exploration attentionnelle, échelle d'Epworth et échelle HAD, auto-questionnaire destiné à évaluer la structure de sa personnalité, questionnaire de Beck). De plus, ils ont établi une anamnèse complète et ont mentionné les plaintes de la recourante. En se basant sur une analyse concrète et approfondie de la situation, ils ont répondu à toutes les questions posées et ont également motivé leurs conclusions en expliquant pourquoi, dans le cas de la recourante, le syndrome des jambes sans repos provoque une fatigue extrême et pourquoi ils retiennent une incapacité de travail de 50 % au vu de la conjonction des effets dudit syndrome et de l'état dépressif récurrent moyen.

La valeur probante de cette expertise ne saurait être remise en doute du simple fait que son contenu est, d'un point de vue formel, présenté dans deux rapports séparés au lieu d'un seul. Ce qui importe, c'est que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués (ATF non publié 9C_874/2011 du 17 juillet 2012, consid. 4.2).

Par conséquent, leur expertise remplit les conditions pour lui reconnaître une entière valeur probante.

10. L'intimé fait grief aux experts de ne pas expliquer en quoi il y a une répercussion tant d'une atteinte somatique que d'une atteinte psychique, d'établir leur diagnostic sur des critères subjectifs qui ne sont pas corrélés par leurs constatations cliniques, de ne pas parler d'un éventuel traitement concernant le syndrome des jambes sans repos, de ne pas expliquer pourquoi de nombreuses personnes souffrant d'un tel syndrome travaillent normalement, de n'avoir pas procédé à un monitoring thérapeutique de l'antidépresseur et de développer des arguments contradictoires.

A titre préalable, il convient de relever que, dans ses divers avis médicaux, la Dresse O_____ livre son appréciation au sujet des conclusions et arguments des deux experts. Or, de tels rapports du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier dans le cadre de l'évaluation des conditions médicales du droit aux prestations (art. 49 al. 1 RAI). Selon la jurisprudence (SVR 2009 IV n° 50 p. 153), une telle appréciation est éventuellement susceptible de susciter des doutes quant au bien-fondé d'une expertise; elle ne saurait toutefois suffire à en infirmer de manière définitive les conclusions (cf. ATF non publié 9C_144/2010 du 10 décembre 2010, consid. 4.2).

En l'occurrence, les reproches que le SMR formule à l'encontre de l'expertise ne sont pas fondés et ne sont pas susceptibles d'éveiller des doutes quant aux conclusions des experts. En effet, ces derniers justifient la répercussion des atteintes psychiques et psychiques en expliquant que la fatigue extrême fondant l'incapacité de travail de 50 % est provoquée par la conjonction des deux pathologies (syndrome des jambes sans repos et état dépressif moyen) qui aggrave synergiquement la fatigue de chaque pathologie.

Cette explication permet également de comprendre pourquoi la recourante présente une incapacité de travail de 50 % alors que d'autres personnes souffrant d'un tel syndrome qui n'est pas accompagné d'un état dépressif moyen travaillent normalement.

De plus, au sujet des répercussions objectives du syndrome des jambes sans repos sur la capacité de travail de la recourante, le Prof. M_____ indique que celle-ci souffre d'un manque de sommeil chronique (micro-éveils à raison de 17 fois par heure selon un examen de polysomnographie réalisé scientifiquement par le laboratoire du sommeil) entraînant un état de fatigue progressif qui était important dès midi, de sorte qu'elle ne présente plus de capacité de travail dès la mi-journée. Cette conclusion est confirmée par le Dr L_____ qui, lors de son audition, précise également que la perturbation de sommeil de la recourante depuis de nombreuses années par le syndrome des jambes sans repos amplifie grandement sa dépression et son anxiété, ce qui a un impact sur sa capacité de travail en raison de la fatigabilité. Par conséquent, la fatigue marquée de la recourante ne repose pas sur de seuls éléments subjectifs, mais a été reconnue par les experts ainsi que par les Drs L_____ et D_____ au vu de leurs constatations et de leur pratique. Quant à l'atteinte psychique, le fait que les experts aient posé leur diagnostic également sur la base des plaintes exprimées par la recourante n'a pas pour conséquence que leur appréciation n'est pas objective. En effet, l'expert psychiatre a questionné la recourante sur sa santé psychique et l'a invitée à préciser ses plaintes de façon à vérifier leur bien-fondé. De plus, il a relevé l'existence de troubles cognitifs (troubles mnésiques, difficultés à prendre des décisions, importantes difficultés de concentration) constatés objectivement par les tests d'évaluation. Par ailleurs, en procédant à des épreuves psychométriques et à un

auto-questionnaire destiné à évaluer la personnalité de la recourante, les experts ont apprécié la fiabilité des symptômes posés par le biais desdits tests. En relevant que l'état d'épuisement décrit par la recourante était incompatible avec une quelconque activité et qu'il était inhabituel qu'une dépression se caractérise par une fatigue aussi marquée, les experts ont relativisé les éléments constatés et ont retenu une incapacité de travail de 50 %. En définitive, leur appréciation avec prise de recul par rapport aux éléments constatés est sérieuse et objective, de sorte qu'elle ne prête pas le flanc à la critique.

Au sujet de l'absence de monitoring thérapeutique de l'antidépresseur, il convient de relever que le Dr L_____ estime avoir fait le tour des traitements qui peuvent être raisonnablement proposés à la recourante pour traiter le syndrome des jambes sans repos. En effet, persévérer et imposer à la recourante de nouveaux essais thérapeutiques constituerait une forme d'acharnement thérapeutique au vu des effets secondaires importants induits et sans qu'un résultat ne puisse être garanti. Rien ne permet de douter de la pertinence de son analyse, de sorte que la Cour de céans ne distingue pas en quoi un tel monitoring serait nécessaire et en quoi son absence enlèverait toute force probante aux rapports d'expertise judiciaire.

11. S'agissant des examens effectués par la Dresse H_____ et par le Dr J_____, la recourante considère qu'ils n'ont pas de valeur probante parce que ces médecins ne sont pas indépendants, car employés du SMR. Par ailleurs, la Dresse H_____ n'aurait pas eu de formation psychiatrique en Suisse.

Le Tribunal fédéral s'est déjà penché sur ces griefs, de sorte qu'il convient de renvoyer la recourante aux développements ci-dessous.

Le fait qu'un médecin soit rattaché à un assureur social par un contrat de travail ne permet en principe pas à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à de la prévention (ATF 135 V 465 consid. 4.4; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Les rapports d'examen réalisés par le SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 non publié).

A l'ATF non publié 9C_359/2009 du 26 mars 2010 (consid. 4.3), il a jugé qu'on ne saurait déduire de l'ATFA non publié I 65/07 du 31 août 2007 que le médecin appelé à rendre une expertise médicale spécialisée doit en toute circonstance bénéficier d'un diplôme de spécialiste. Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (ATF non publié

9C_270/2007 du 12 août 2008, consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (ATF non publié 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

En revanche, le rapport de la Dresse H_____ n'a pas de valeur probante pour d'autres motifs. En effet, il n'est pas basé sur un dossier médical complet puisque le médecin du SMR a statué sans avoir connaissance des rapports des Dresses I_____ et P_____ ainsi que du Dr Q_____ diagnostiquant une dépression grave en 1998, une dépression moyenne en 2004 ainsi qu'une anxiété massive et un état dépressif chronique léger à moyen en 2001. De plus tant la Dresse H_____ que le Dr J_____, au contraire des experts judiciaires, n'ont pas examiné si le syndrome des jambes sans repos avait un effet sur la fatigue au vu de la mauvaise compréhension par le SMR des réponses téléphoniques du Dr G_____ à ce sujet. Ils n'ont pas davantage évalué l'effet incapacitant du syndrome des jambes sans repos en association avec les troubles psychiques, de sorte que leur appréciation n'est pas complète et n'a, par conséquent, pas de valeur probante. En effet, selon la Revue médicale suisse n°3079 la relation entre le syndrome des jambes sans repos et la pathologie psychiatrique repose sur des interactions réciproques et des mécanismes physiopathologiques communs.

Les rapports du Dr G_____ ne sont pas susceptibles de remettre en question les conclusions des experts puisqu'après avoir retenu une incapacité de travail entière depuis le 1^{er} septembre 2007, ce médecin ne conteste pas, dans son rapport du 27 février 2013, l'incapacité de travail de 50 % admise par les experts, mais précise qu'elle est actuellement entière au vu notamment des multiples affections de l'appareil locomoteur et du problème ORL. Quant aux rapports du Dr E_____ et de Mme F_____, ils ne sont pas suffisamment motivés pour faire douter de l'évaluation des experts, notamment en tant qu'ils ne se prononcent pas clairement sur le pourcentage de capacité de travail de la recourante.

En définitive, au vu des explications fournies soit par courrier du 13 août 2012, soit lors de l'audience d'enquêtes du 8 mars 2013, l'expertise bi-disciplinaire ne contient pas de contradictions intrinsèques et répond à tous les réquisits pour lui accorder pleine valeur probante. Par conséquent, la Cour de céans suivra ses conclusions et retiendra l'existence d'une incapacité de travail de 50 % dès la fin de l'année 2007 dans toute activité lucrative en raison des troubles psychiques et physiques.

12. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

En l'espèce, la recourante présente, à dire d'experts, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis la fin de l'année 2007, période à partir de laquelle le traitement par antidépresseurs n'a plus été possible au vu des nombreux effets secondaires, notamment dermatologiques. Dans son rapport du 6 novembre 2007, le Dr G_____ a fait état d'un traitement sous forme de psychothérapie de soutien d'Efexor® et de Deanxit®. De plus, selon le rapport du 28 novembre 2007 du Dr E_____ et de Madame F_____, la recourante était sous Efexor® et Deanxit®. La capacité de travail actuelle leur semblait très faible et le pronostic était défavorable quant à la capacité de travail de la recourante. D'après le rapport de la Dresse H_____ du 28 janvier 2008, la recourante était sous traitement antidépresseur Efexor® au dosage diminué en raison d'une allergie et le médecin traitant envisageait de le remplacer par de l'Hyperiplant®. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 21 avril 2008, le Dr J_____ précise que le traitement antidépresseur a été arrêté dès janvier et remplacé par du millepertuis et de l'Hova®. Enfin, dans son rapport d'expertise du 25 janvier 2010, le Dr N_____ mentionne que le traitement prescrit par le Dr G_____ en septembre 2007 n'a pas été très efficace et a provoqué des effets secondaires (cauchemars, fortes démangeaisons entraînant des lésions de grattage), de sorte qu'il a dû être stoppé de même que le traitement à base de millepertuis (Hyperiplant®).

Ces divers rapports permettent de fixer le début de l'incapacité de travail à fin décembre 2007 – début janvier 2008, au moment où le traitement antidépresseur a été arrêté.

Par conséquent, le début du droit à la rente peut être fixé au 1^{er} janvier 2009 à l'échéance du délai d'attente d'une année, dès lors que la recourante a présenté sa demande de prestations plus de six mois avant le début du délai d'attente.

13. L'arrêt du Tribunal fédéral du 20 juin 2011 reproche à la juridiction cantonale d'avoir étendu l'objet du litige sans avoir examiné si les conditions d'une extension sont réalisées.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie,

sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347). Toutefois, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes: la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF non publié 9C_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 3.1).

En l'espèce, l'objet de la contestation déterminé par la décision du 9 mai 2008 est le droit à une rente d'invalidité à la date de ladite décision, soit en mai 2008. Etant donné que la Cour de céans arrive à la conclusion, à la suite du complément d'instruction auquel elle a dû procéder, que la recourante a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009, il convient d'examiner si les conditions d'une extension de l'objet de la contestation sont réunies.

Dans le présent cas, la question excédant l'objet de la contestation, à savoir le droit à une rente d'invalidité, est en état d'être jugée au vu de l'instruction menée à ce sujet par une expertise judiciaire établissant une telle invalidité. De plus, il existe un état de fait commun entre la question du droit à la rente en mai 2008 et celle d'un tel droit dès le 1^{er} janvier 2009 puisque les mêmes causes sont invoquées dans les deux cas pour légitimer une incapacité de travail. En outre, l'intimé a été invité à se prononcer sur les résultats de l'expertise judiciaire et sur les questions complémentaires posées aux experts. Enfin, la question du droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009 n'a pas fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée, puisque l'intimé a considéré en date du 9 mai 2008 que la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail et que cette décision a fait l'objet d'un recours. Par conséquent, pour des raisons d'économie de procédure et de cohérence, il se justifie d'étendre l'objet du litige au droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009.

14. En ce qui concerne le trouble du comportement alimentaire et les atteintes ostéoarticulaires, selon le rapport du Dr G_____ du 24 mai 2013, le trouble alimentaire est une atteinte clairement établie depuis avril 2011, la hernie discale L4-L5 existe à gauche depuis 2009 et à droite depuis 2012, alors que les lombalgies

sont consécutives à une fracture du col du fémur droit intervenue le 25 décembre 2009.

Selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121 V 362 consid. 1b).

En l'espèce, ces troubles sont apparus postérieurement à la décision litigieuse du 9 mai 2008. Par conséquent, il s'agit de faits nouveaux survenus après la décision attaquée qui doivent faire l'objet d'une nouvelle décision. Au vu des conditions exposées au considérant ci-dessus, il n'est pas possible d'étendre l'objet du litige à ces nouveaux troubles car cette question n'est pas en état d'être jugée en raison de l'instruction nécessaire à ce sujet.

Si la recourante s'estime fondée à faire valoir que ces nouvelles atteintes constituent une aggravation de son état de santé, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande.

En définitive, au vu de l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, l'invalidité peut être fixée à 50 %. En effet, dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2).

Par conséquent, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009.

15. Il convient enfin de déterminer si les frais de l'expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'intimé.

Lorsque le Tribunal cantonal constate qu'une instruction est nécessaire et ordonne une expertise à la place d'un renvoi de la cause audit assureur, les coûts de l'expertise peuvent être supportés par l'assureur lorsque les résultats de l'instruction en procédure administrative non contentieuse n'ont pas de force probante et qu'un renvoi pourrait être envisagé aux fins d'instruction complémentaire mais qu'il convient d'y renoncer au regard du respect de la loyauté de la procédure (ATF 139 V 225 consid. 4.3 avec référence à l'ATF 137 V 210 consid. 4.4.1 et 4.4.2). Il convient d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales

effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

En l'espèce, les rapports tant des Drs E_____ et G_____ - qui arrivaient à des conclusions diamétralement opposées à celles des médecins du SMR - que des psychiatres ayant soigné la recourante en 1998, 2001 et 2004 pouvaient sans autre fonder des doutes quant à l'appréciation des médecins du SMR, notamment quant à l'absence d'un trouble dépressif récurrent. Par ailleurs lesdits médecins du SMR n'avaient à aucun moment évalué la capacité de travail de la recourante en tenant également compte de la fatigue importante provoquée par le syndrome des jambes sans repos. Dès lors, il se justifiait d'ordonner une expertise au vu de l'instruction extrêmement sommaire faite par l'intimé ainsi que des pièces contradictoires sur des points juridiques importants et ayant une valeur probante insuffisante.

Par conséquent, les coûts de l'expertise judiciaire de 4'946 fr. (Dr N_____ 3'806 fr. 40 et Prof. M_____ 1'139 fr. 60) sont mis à la charge de l'intimé.

16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 9 mai 2008 sera annulée au sens des considérants. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} 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 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 9 mai 2008 au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2009.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de dépens.
5. Met les frais d'expertise judiciaire de 4'946 fr. à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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