

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3755/2008

ATAS/1266/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 octobre 2012

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame P\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Christine LUZZATTO et  
Luc ABBE-DECARROUX, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame P\_\_\_\_\_ (ci-après la recourante ou l'assurée), née en 1949, a travaillé en qualité d'esthéticienne indépendante.
2. Le 26 mai 2001, la recourante a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
3. En date du 26 juin 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI) a rendu une décision de refus de rente. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 20 janvier 2004.
4. Suite à un recours, le Tribunal de céans a, par arrêt du 19 janvier 2005, partiellement admis le recours et notamment renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Dans les considérants de son jugement, le Tribunal a retenu un revenu hypothétique sans invalidité de 25'000 fr.
5. En date du 14 octobre 2005, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie - psychiatrie) est réalisée par le Centre d'observation médicale de l'assurance invalidité (ci-après le COMAI) qui ne pose aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail tant sur le plan psychiatrique que somatique et conclut à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle.
6. Le 26 novembre 2005, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations, décision qui n'a pas fait l'objet d'opposition.
7. Le 21 avril 2006, la recourante a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une rente.
8. Par décision du 2 novembre 2006, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante.
9. Un rapport médical du 25 novembre 2006 du Dr A\_\_\_\_\_, médecine interne, oncologie spécialiste FMH, relève qu'il est évident que, depuis 2005, l'état général de la patiente se dégrade suite à une intrication des différents cofacteurs et que le problème psychiatrique passe pour le moment au premier plan.
10. Suite au recours interjeté par l'assurée, l'OAI a rendu une décision annulant sa décision du 2 novembre 2006 et prononçant le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision.
11. Un avis médical du 30 janvier 2007 du Service médical régional AI (ci-après le SMR) relève qu'il y a des éléments nouveaux, à savoir la présence d'un syndrome des apnées du sommeil. Toutefois, le SMR relève que ce trouble n'avait pas (et n'a pas) encore atteint une gravité suffisante pour justifier un traitement.

12. Une nouvelle expertise pluridisciplinaire (médecine interne - psychiatrie) est réalisée par le centre d'expertise médicale (ci-après le CEMED) qui relève d'une part, au sujet des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, le syndrome sous-acromial des épaules, prédominant à droite, status après arthroscopie de l'épaule droite, et précise d'autre part que sur le plan somatique, dans l'activité d'esthéticienne, l'incapacité de travail est justifiée à 100 % du 7 février 2007 au 7 juin 2007, puis à 50 % jusqu'à fin juillet 2007 et sur le plan psychique, il n'y a pas d'influence. Le rapport conclut à une capacité de travail complète dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> août 2007.
13. Une décision rejetant la demande d'une rente d'invalidité est notifiée à la recourante, en date du 1<sup>er</sup> octobre 2007.
14. L'assurée a recouru contre cette décision, par acte du 31 octobre 2007, concluant avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, dès le mois de janvier 2006.
15. Suite à la production de nouveaux rapports médicaux qui sont soumis au SMR, l'OAI estime qu'une instruction complémentaire est nécessaire pour connaître l'évolution de l'épaule droite.
16. Par pli du 29 novembre 2007, l'OAI a informé le Tribunal avoir reconsidéré sa décision, considérant, après un examen attentif du cas, qu'il convient d'annuler la décision querellée en vue d'une reprise d'instruction médicale.
17. En date du 31 mars 2008, la recourante est soumise à une expertise médicale complémentaire effectuée par le Dr B\_\_\_\_\_, médecin orthopédiste.
18. Dans son rapport d'expertise du 16 mai 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ retient les diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail

- limitations fonctionnelles des épaules ;
- status après débridement intra-articulaire et acromioplastie de l'épaule droite,
- lombalgies sur discopathies L1-L2, L3-L4 et L4-L5 avec arthrose facettaire L3 et S1 ;
- chondropathie de stade III du condyle fémoral interne des deux genoux ;
- status après résection arthroscopie de flaps cartilagineux et chondroplastie en zone de charge des condyles internes des deux genoux et résection de la corne antérieure du ménisque externe du genou droit,
- lésion cartilagineuse de stade II du dôme astragalien de la cheville droite ;

- status après débridement de lésion des ligaments péronéo-astragalien antérieur et péronéo-tibial antérieur, ablation de corps intra-articulaire libre, résection cartilagineuse et chondroplastie par arthroscopie de la cheville droite et résection d'un névrome de Morton du pied droit ;
  - syndrome d'apnée du sommeil traité.
19. Le Dr B\_\_\_\_\_ relève que « en tant qu'esthéticienne, Madame P\_\_\_\_\_ est susceptible de travailler à 50 %, soit 4 heures à 4 heures et demie par jour en plein. Elle est capable de donner des soins ne nécessitant pas d'efforts physiques, tels que soins du visage, soins du corps ne réclamant pas de mouvements répétitifs en flexion antérieure du tronc ou une station debout prolongée. » Au sujet des mesures de réadaptation, le Dr B\_\_\_\_\_ précise que compte tenu de l'âge de l'assurée, de son attitude générale, une réadaptation professionnelle n'entre pas en ligne de compte, d'autant plus que son travail d'esthéticienne est adaptée à son état.
20. Par courrier du 8 septembre 2008 adressé au conseil de la recourante, la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH endocrinologie, diabétologie et médecine interne, relève notamment « elle présente des épisodes fréquents de malaises avec perte de connaissance, de palpitations et transpiration abondante faisant évoquer une atteinte endocrinienne. En faveur de celle-ci, il est à noter la présence d'un nodule surrénalien découvert en 2005. »
21. Se basant, en particulier, sur l'expertise médicale du Dr B\_\_\_\_\_, sur l'avis du SMR selon lequel la capacité de travail comme esthéticienne est de 50 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 et de 100 % dans une activité adaptée, ainsi que sur une comparaison des revenus qui aboutit à une perte de gain de 8,41 %, l'OAI a, par courrier du 19 septembre 2008, rejeté la demande de prestations.
22. Par acte du 20 octobre 2008, Madame P\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de l'OAI du 19 septembre 2008 en concluant à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité. En outre, la recourante sollicitait un délai supplémentaire pour compléter, motiver de façon plus approfondie son recours, ainsi que joindre tous documents utiles.
23. Produisant plusieurs certificats médicaux, la recourante a complété son recours, en date du 22 décembre 2008, en concluant à la forme, à la recevabilité du recours, au fond principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 19 septembre 2008 et à l'octroi d'une rente complète depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006 et subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006. La recourante insiste en particulier sur le contenu du rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, qui conclut au fait que la recourante présente de nombreuses pathologies qui nécessitent un suivi régulier sur le plan somatique et psychologique. Ce médecin précise encore que vu la fréquence de son suivi sur le plan médical avec pathologies

---

importantes, ainsi qu'une impotence de son bras droit chez une droitrière, il paraît impossible pour cette patiente de reprendre une activité professionnelle.

24. Interpellé au sujet des nouvelles pièces médicales jointes au mémoire completif, le SMR relève, le 23 janvier 2009, que l'assurée ne présente pas d'aggravation de son état de santé depuis l'expertise pratiquée par le Dr B\_\_\_\_\_, sur le plan somatique, et qu'elle ne présente pas d'aggravation sur le plan psychiatrique, ainsi les conclusions de l'avis du 11 juillet 2008 restent toujours parfaitement valables. Sur la base de cet avis, l'OAI indique, par courrier du 30 janvier 2009, que les nouvelles pièces médicales produites et soumises au SMR ne sont pas susceptibles de remettre en cause son appréciation et conclut au rejet du recours interjeté contre la décision du 19 septembre 2008.
25. Poursuivant l'instruction du dossier, le Tribunal de céans a ordonné une comparution personnelle et des enquêtes. Entendue le 5 novembre 2009, la recourante confirme les conclusions de son recours en insistant sur le fait qu'elle demande une rente d'invalidité à 100 % et non comme mentionné subsidiairement à 50 %, et ceci depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, et précise qu'elle n'envisage pas de reprendre une quelconque activité professionnelle. Pour sa part, l'OAI persiste dans ses conclusions du rejet du recours. A cette occasion, la recourante relève encore « les épisodes fréquents de malaise évoqués dans le certificat médical de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2008 sont beaucoup plus fréquents que ceux mentionnés par ce médecin et sont moins intenses (sans perte de connaissance). Ils peuvent en effet survenir à raison de deux, trois fois par jour. Ces malaises m'empêchent de sortir car j'ai peur. Les moyens financiers à ma disposition m'empêchent d'avoir une vie sociale. Je fréquente depuis peu l'association Info-femmes qui est orientée dans des activités sociales mais je sors en principe toujours accompagnée en raison de mes problèmes de malaise. »
26. Dans le cadre des enquêtes, le Tribunal a entendu le Dr D\_\_\_\_\_ qui a notamment précisé : « Je confirme l'ensemble des diagnostics qui sont mentionnés dans mon courrier du 10 novembre 2008. (...) D'une manière générale, je connais Mme P\_\_\_\_\_ depuis 2004 et j'ai vu la situation de sa santé se dégrader régulièrement. On ne peut pas avoir qu'une vision sectorielle de l'état de santé de Mme P\_\_\_\_\_ mais il faut voir la personne dans son ensemble, et cette vision d'ensemble m'a permis de constater la dégradation continue de son état de santé, que ce soit physique ou psychique. (...) Je relève également qu'à mon sens, en raison de son état de santé, Mme P\_\_\_\_\_ a une capacité de travail de 0 %, que ce soit dans son activité habituelle (d'esthéticienne) ou dans une activité adaptée (reste à savoir ce que l'on entend par activité adaptée). J'insiste sur le fait que le travail devant un écran informatique n'est pas du tout envisageable en raison d'une blépharo-conjonctivite chronique et d'une sécheresse oculaire. Compte tenu de l'état de stress et de santé de Mme P\_\_\_\_\_ le pronostic futur demeure très

---

réservé. » Enfin, le Dr D \_\_\_\_\_ conclut à une incapacité totale de travail depuis au moins 2005.

27. Entendu lors de cette même audience, le Dr E \_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, indique : « J'ai eu connaissance des deux expertises avec orientation psychiatrique qui ont été ordonnées par l'AI et je constate que je n'ai pas la même lecture de la situation de Mme P \_\_\_\_\_ que les experts psychiatres. Je relève en effet qu'à mon sens, Mme P \_\_\_\_\_ ne souffre pas d'un trouble dépressif léger mais bien d'un trouble dépressif chronique et récurrent d'intensité moyenne. Compte tenu de ses difficultés, en particulier sur le plan physique, la capacité de travail de Mme P \_\_\_\_\_, selon ma vision de psychiatre, est nulle, et ce depuis le 15 décembre 2005. Il y a lieu de relever une grande fatigabilité et des difficultés de concentration. Depuis décembre 2005, Mme P \_\_\_\_\_ est dans un état dépressif récurrent, chronique et persistant. Si Mme P \_\_\_\_\_ a des périodes d'amélioration de son état de santé, elles ne sont de toutes façons pas stables et ne sont que transitoires. Je parle dans ce cas d'une maladie psychique invalidante. La psychothérapie que je pratique à l'égard de Mme P \_\_\_\_\_ est une démarche de soutien pour conserver une certaine stabilité. »
28. A l'occasion de cette audience, la Dresse C \_\_\_\_\_ a relevé : « Ces derniers temps, Mme P \_\_\_\_\_ avait besoin d'un soutien plus important en raison d'une évolution inquiétante de son état dépressif et de ses idées suicidaires. Malgré la stabilité de ses problèmes endocrinologiques, je vois Mme P \_\_\_\_\_ évoluer de façon négative sur le plan somatique et psychique. Sur le plan purement endocrinologique, je pense que Mme P \_\_\_\_\_ a une capacité de travail. En revanche, compte tenu de ma formation de médecin interniste, j'estime que la situation de santé globale de Mme P \_\_\_\_\_ implique une incapacité totale de travailler. L'incapacité de travail à 100 % concerne à mon sens aussi bien l'activité habituelle d'esthéticienne qu'une quelconque autre activité adaptée. »
29. Enfin le Dr F \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste FMH qui soigne la recourante depuis le 9 mai 2006, a indiqué que lors de la dernière consultation du 23 juin 2009, il a constaté les mêmes pathologies avec en plus une aggravation des douleurs au genou droit, ainsi qu'aux deux épaules. Ce médecin a en outre précisé : « En ce qui concerne le rapport d'expertise du Dr B \_\_\_\_\_ du 16 mai 2008, je ne partage pas entièrement ses conclusions dans le sens où j'estime que Mme P \_\_\_\_\_ est totalement incapable de travailler. En ce qui me concerne, j'ai ordonné un arrêt de travail à 100 % dès la première consultation, à savoir le 9 mai 2006. Depuis lors, j'estime que Mme P \_\_\_\_\_ n'a jamais plus retrouvé une quelconque capacité de travail dans son activité d'esthéticienne. En ce qui concerne une activité adaptée, je rejoins la remarque du Dr B \_\_\_\_\_ dans le sens où des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas envisageables, compte tenu des comorbidités multiples. L'implantation de la prothèse du genou que je préconise ne

fera qu'améliorer la qualité de vie concernant les douleurs du genou droit mais n'améliorera en aucun cas sa capacité de travail compte tenu des polymorbidités. »

30. Prolongeant les enquêtes, le Tribunal a entendu, le 3 décembre 2009, le Dr A\_\_\_\_\_, médecine interne et oncologie FMH, qui a relevé : « Considérant aussi bien les problèmes d'articulations, les séquelles dues à la radiothérapie, les vertiges, que les troubles neurologiques, ainsi que les faiblesses aux deux mains, je ne vois pas quelle serait la capacité de travail que pourrait encore avoir Mme P\_\_\_\_\_. Même l'implantation de trois prothèses, qui impliquerait un arrêt de travail durant douze mois, ne permettrait pas une quelconque capacité de travail, même dans un atelier protégé. J'insiste sur le fait qu'il faut absolument éviter les « complications des complications » à Mme P\_\_\_\_\_ et j'estime que la capacité de travail est égale à zéro, quelle que soit la profession. Je précise que depuis que je connais Mme P\_\_\_\_\_ (février 2005), je considère qu'elle est en totale incapacité de travail dès la fin du traitement de radiothérapie, soit l'été 2005, quelle que soit l'activité proposée. »
31. Lors de cette même audience, la recourante a renoncé à l'audition du Dr. G\_\_\_\_\_, gynécologie obstétrique FMH.
32. Se prononçant au sujet des enquêtes, le SMR considère notamment qu'il reste encore trois points à éclaircir, soit l'aggravation de l'arthrose du genou droit qui pourrait déboucher sur la mise en place d'une prothèse totale du genou droit, les problèmes de malaises encore en cours d'investigation, ainsi que le problème ophtalmologique qui a nécessité une consultation en décembre 2009 auprès du Dr - H\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, et qu'ainsi la situation n'est pas stabilisée. Sur la base de cet avis, l'OAI propose d'interpeller l'orthopédiste, de solliciter copie des consultations et des examens réalisés dans le cadre des investigations concernant les malaises, ainsi que du rapport de consultations de décembre 2009 du Dr H\_\_\_\_\_. Acquiesçant à cette demande, le Tribunal de céans interpelle la recourante dans ce sens.
33. Par courrier du 17 février 2010, la recourante dépose des pièces complémentaires sollicitées par le Tribunal et précise que l'opération au genou est prévue pour le 26 mai 2010. La recourante conclut principalement à l'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité, cela depuis le 1<sup>er</sup> juin 2006.
34. A la suite de l'examen des nouvelles pièces produites, la situation médicale, selon le SMR, et les éléments apportés par le Dr H\_\_\_\_\_ ainsi que les conclusions de l'avis du 8 janvier 2010 montrent que l'état de santé n'est pas stabilisé et qu'il y a de nombreuses zones d'ombre au dossier qui n'ont pas été éclaircies par la précédente instruction. Relevant que d'une part, lors de son audition, le Dr F\_\_\_\_\_ avait mentionné que l'état de santé de la recourante, entre autres la pathologie au niveau du genou, s'est dégradé courant juin 2009 et que d'autre part

---

la péjoration de l'état de santé étant postérieure à la décision litigieuse, elle devra être investiguée dans le cadre d'une nouvelle procédure conformément à la jurisprudence, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

35. Contestant la position de l'OAI, la recourante relève que le Dr F\_\_\_\_\_ a également précisé qu'il lui avait ordonné un arrêt de travail à 100 %, dès la première consultation, à savoir le 9 mai 2006. A cette occasion, la recourante rappelle qu'elle a en partie modifié ses conclusions relatives à son mémoire completif du 22 décembre 2008 en tant qu'elle conclut désormais à l'octroi d'une rente complète de l'assurance-invalidité, cela dès le 1<sup>er</sup> juin 2006.
36. Constatant que les doutes émis par la recourante au sujet de la valeur probante des expertises du COMAI et du CEMED, sur lesquelles se base notamment l'OAI, étaient justifiés (les expertises mentionnées ci-dessus concluant à une capacité de 100 % alors que, selon les médecins traitants, les Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de la recourante était de 100 % en raison notamment du trouble dépressif récurrent, chronique et persistant), la Cour de céans a ordonné une expertise pluridisciplinaire de la recourante. En application des art. 38 et suivants de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai de 15 jours a été accordé aux parties pour indiquer les questions particulières qu'elles souhaitaient voir figurer dans la mission d'expertise, ainsi que pour se déterminer sur le nom des experts, à savoir le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, et le Dr J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, comme experts.
37. L'OAI a informé la Chambre des assurances sociales, par courrier du 10 mars 2011, qu'il n'avait pas de motifs de récusation à invoquer à l'encontre des experts mais que vu la complexité du dossier, ainsi que l'importance de l'intrication des problématiques somatiques et psychiques, il serait préférable de procéder à une expertise bidisciplinaire plutôt qu'à deux expertises distinctes. Enfin, l'OAI demandait à ce que les experts se prononcent de façon circonstanciée sur l'évolution de l'état de santé somatique et psychique de la recourante depuis l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_.
38. Pour sa part, la recourante a également informé, le 10 mars 2011, la Chambre des assurances sociales qu'elle n'avait aucune observation à formuler quant au nom des experts choisis et entendait s'en remettre à la liste des questions telles que d'ores et déjà déterminées par les soins de l'Autorité de céans
39. Réalisant une expertise bidisciplinaire, le Dr I\_\_\_\_\_ et le Dr J\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport le 11 octobre 2011 en précisant notamment qu'ils avaient eu des entretiens téléphoniques, des échanges par courriel et deux séances de concilium

pour mettre en œuvre le rapport commun et dont chacun de deux experts acceptait le contenu et l'ensemble des conclusions.

Les experts retiennent les diagnostics suivants :

1. Diagnostics orthopédiques avec influence sur la capacité de travail :

- Syndrome fibromyalgique depuis 1998 :

Détection des points douloureux du syndrome fibromyalgique : 14 points douloureux (épaule, nuque, coudes genoux et lombaires).

Fatigue constante, état dépressif.

- Cheville droite :

Lésion du ligament pérénéo-astragalien antérieur et pérénéo-tibial antérieur cheville droite.

Impingement tibio-astragalien antéro-externe, antérieur et antéro interne.

Corps cartilagineux instable de grade II° du dôme astragalien.

Discret ostéophyte du pilon tibial antérieur.

- Epaule droite :

Conflit sous acromion traité par arthroscopie.

- Epaule gauche :

Conflit sous acromion moins important qu'à droite, non opéré.

- Genou droit :

Lésion instable de la corne antérieure du ménisque externe.

Lésion stable de la corne postérieure du ménisque interne.

Lésion cartilagineuse instable de grade III° en zone de charge du condyle interne sur 2.5 cm de diamètre.

Lésion cartilagineuse instable de grade II° en zone centrale de la rotule.

Gonarthrose droite.

- Genou gauche :

Lésions cartilagineuses instables de grade III° en zone de charge du condyle interne sur 2.5 cm de diamètre.

Lésion cartilagineuse instable de grade I° en zone centrale de la rotule et du versant externe de la trochlée.

Lésions cartilagineuses instables de grade II° en zone antéro-interne du plateau tibial externe.

Lésion stable de la corne postérieure du ménisque interne.

- Dos :

Spondylarthrose L1-L2.

Discopathies étagées.

Lombalgies chroniques et sciatiques à bascule.

2003 : Névralgies d'Arnold

2. Diagnostics orthopédiques sans influence sur la capacité de travail :

- Pied droit :

Morton 3<sup>ème</sup> espace pied droit, opéré en même temps que l'arthroscopie de la cheville.

Epine calcanéenne.

3. Diagnostics psychiatriques :

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. (ICD-10 : F33.10), avec épisodes moyens (plusieurs) sévères (dont un attesté par un psychiatre), identifiés dans l'anamnèse psychiatrique.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, les experts précisent, sur le plan orthopédique, qu'il est incontestable que l'atteinte ostéoarticulaire multiple, y inclus une prothèse du genou droit (événement nouveau par rapport aux expertises précédentes), amène une incapacité totale de travail.

Les experts relèvent, sur le plan psychiatrique, que tous les intervenants cités dans le dossier sont d'accord pour dire qu'il a existé des épisodes dépressifs, ce qui amène selon ICD-10 le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Les experts précisent que « actuellement et pendant la période d'observation de la présente expertise, l'intensité doit être qualifiée de légère et sans répercussion sur la capacité de travail. » Les experts indiquent encore « Nous ne retenons pas non plus l'un ou

l'autres des troubles somatoformes selon ICD-10 car « les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique » ce qui n'est pas ou plus le cas de l'expertisée, qui est maintenant « rattrapée » par ses atteintes physiques, en particulier orthopédiques. En effet, actuellement, il existe un trouble physique authentique qui permet de rendre compte de la nature et de la gravité des symptômes, avec une préoccupation adéquate et proportionnée exprimée sans détresse par l'expertisée. Enfin, nous avons constaté, sur le plan cumulé psychiatrique et orthopédique, l'existence d'une comorbidité qui ne fait que confirmer l'incapacité totale de travail de l'expertisée.

Répondant aux questions, les experts relèvent que les troubles physiques, plus particulièrement orthopédiques, constituent une atteinte invalidante, au niveau de la ceinture scapulaire avec réduction de la mobilité et douleurs, au niveau du dos par la spondylarthrose lombaire et au niveau des MI par une prothèse et une préarthrose du genou gauche avec atteintes cartilagineuses multiples. Les douleurs des chevilles participent également à l'invalidation. Enfin, le syndrome fibromyalgique aggrave l'invalidation. Les experts précisent aussi que les troubles psychiques diagnostiqués ne constituent pas, à eux seuls, une atteinte invalidante, mais que le cumul des comorbidités, orthopédiques et psychiques, constitue en revanche une atteinte invalidante indubitable. Au sujet d'une incapacité de travail durant les années 2006 à 2008, les experts répondent que « il est difficile d'estimer une incapacité de travail de manière rétroactive et impossible d'en fixer le taux exact pour ces deux ans. Au plan strictement orthopédique, le Dr F \_\_\_\_\_ a mis la patiente à 100 % d'incapacité de travail au premier rendez-vous avec sa patiente le 9 mai 2006. Nous pensons que cette incapacité était justifiée, émanant d'un chirurgien orthopédiste spécialiste FMH. Au plan psychique, les fluctuations thymiques (...), dans le sens d'épisodes dépressifs d'intensité moyenne, en alternance avec des intensités légères, ont également joué un rôle négatif supplémentaire. » En ce qui concerne la capacité résiduelle, les experts répondent négativement, ainsi que pour des améliorations de cette capacité de travail par des mesures médicales ou d'ordre professionnel. Les experts indiquent encore qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé somatique, d'une part d'une manière générale et particulièrement orthopédique puisque, depuis l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_, la patiente souffre clairement d'une spondylarthrose L1-L2 et qu'elle a subi une intervention chirurgicale de prothèse du genou droit. Ils indiquent également qu'il n'y a pas de modification de l'état de santé psychique en dehors des fluctuations de l'intensité, de légère à moyenne, des épisodes dépressifs. Les experts précisent enfin que le pronostic est mauvais.

40. Interpellée au sujet de l'expertise des Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, la recourante constate, par courrier du 9 novembre 2011, que cette expertise apparaît parfaitement probante et relève que les experts estiment qu'elle est en incapacité de

---

travail totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2006. La recourante précise que, considérant qu'elle a déposé sa deuxième demande de prestations le 21 avril 2006, elle se voit justifiée d'obtenir une rente complète dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 jusqu'au 30 mars 2011, date de sa retraite anticipée. En outre, la recourante conclut à l'allocation, d'une part, d'intérêts moratoires dus au sens de l'art. 26 al. 2 LPGA, dès le 1<sup>er</sup> mai 2007 et, d'autre part, d'une indemnité de procédure de 8'000 fr., au sens de l'art. 89H alinéa 3 LPA et 6 RFPA.

41. Par courrier du 30 novembre 2011, l'OAI, qui a soumis l'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ au SMR, conteste sa valeur probante. L'OAI relève notamment « En premier lieu, il sied de souligner que l'expertise est confuse. En effet les experts mélangent l'anamnèse personnelle, les éléments au dossier et la vie quotidienne de l'assurée sans qu'il existe une véritable ligne directrice permettant de comprendre le raisonnement des experts. L'expertise ne contient aucune réelle anamnèse médicale, de sorte qu'il est impossible d'établir si les experts ont pris en compte l'ensemble des pièces au dossier. Les diagnostics orthopédiques sont par ailleurs illisibles et non étayés. En effet, l'expert se contente de lister des points sans autres explications. De ce fait, les limitations fonctionnelles ne peuvent pas être déterminées. Les experts semblent par ailleurs ignorer les critères jurisprudentiels concernant le diagnostic de fibromyalgie, lesquels sont totalement passés sous silence. A la lecture du rapport d'expertise, force est de constater que les experts confondent les notions relevant de l'assurance-invalidité. Comme le rappelle la jurisprudence, l'atteinte à la santé n'est 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 (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens de 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). De ce fait, l'expert doit se limiter à fixer, sur la base des pièces au dossier et de son examen clinique, la capacité de travail d'un assuré. Il n'établit nullement le taux d'invalidité qui est une notion économique puisqu'il s'agit de déterminer la perte de gain que provoque l'atteinte à la santé. Or, tout au long du rapport d'expertise, les experts ne cessent d'utiliser des termes comme « invalidation », « atteinte invalidante », « impotence ». Par ailleurs, l'appréciation tant sur le plan psychique que somatique n'est pas étayée. De plus, les experts ne se sont pas prononcés de façon détaillée quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante et leurs conclusions ne sont pas motivées. Enfin, les experts n'ont nullement expliqué les raisons qui les poussent à s'écarter des autres expertises au dossier. (...) Il sied en outre de rappeler que la décision litigieuse date du 19 septembre 2008. La mise en place d'une prothèse n'est intervenue qu'en 2010. Or selon la jurisprudence fédérale constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions

---

attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Par conséquent, les éventuelles répercussions de la pose de la prothèse devront être investiguées dans le cadre d'une nouvelle procédure conformément à la jurisprudence précitée. » Au vu de ces motifs, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

42. Se déterminant au sujet de l'écriture de la recourante qui se limite à rejoindre les conclusions des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, l'OAI renvoie, par courrier du 5 janvier 2012, à ses observations du 30 novembre 2011 et conclut à nouveau à la confirmation de la décision attaquée et au rejet du recours. L'OAI précise encore que, si par impossible la Cour devait annuler la décision du 19 septembre 2008, l'indemnité de procédure de 8'000 fr. serait excessive, au regard notamment des écritures toujours très succinctes de la recourante, faisant référence aux principes de base en matière d'assurance-invalidité et qui s'est essentiellement limitée à citer l'avis de ses médecins traitants.
43. Interpellée au sujet de la détermination de l'OAI, la recourante conteste, par courrier du 9 janvier 2012, tous les griefs formulés à l'encontre de l'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2011, au motif qu'elle n'aurait pas de valeur probante. Contrairement à ce qu'affirme l'OAI, précise la recourante, cette expertise a une pleine valeur probante et ne fait que rejoindre l'avis des six médecins traitants entendus en cours de procédure. La recourante entend persister dans les conclusions formulées par ses soins dans sa détermination du 9 novembre 2011, à savoir qu'elle conclut à l'allocation d'une rente d'assurance-invalidité complète (100 %) depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 et jusqu'au 30 mars 2011, dans la mesure où elle a pris sa retraite anticipée à partir du mois de mai 2011. En sus, la recourante conclut également à l'allocation d'intérêts moratoires et d'une indemnité de procédure.
44. Considérant les remarques formulées au sujet du rapport d'expertise, la Cour de céans ordonne l'ouverture d'enquêtes afin d'entendre, lors d'une audience commune, les experts. A l'occasion de l'audience du 7 juin 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ indique « Au sujet des diagnostics orthopédiques avec influence sur la capacité de travail, je confirme que pour ma part, le syndrome fibromyalgique (14 points douloureux avec une fatigue constante) doit être pris en considération dans le cadre de l'influence sur la capacité de travail de la recourante. Les autres diagnostics sont : lésion de la cheville droite. Selon les dires de Mme P\_\_\_\_\_, elle ne peut marcher plus de dix minutes. Cette situation n'est pas uniquement liée au problème de la cheville, mais à l'ensemble de son état de santé. Mme P\_\_\_\_\_ souffrait également d'une arthrose du genou droit, qui a fait l'objet de l'implantation d'une prothèse. Selon les dernières informations, l'insatisfaction au

sujet de cette prothèse provient de sa matière (en titane) et fera l'objet prochainement d'un changement de la prothèse. Au genou gauche, Mme P\_\_\_\_\_ souffre notamment de grosses déchirures du cartilage, ce qui contribue à l'empêcher de se déplacer. La spondylarthrose, ainsi que les discopathies étagées, prises individuellement, ne constituent pas nécessairement un motif d'arrêt de travail complet, si ce n'est pour des travailleurs « de force », ce qui n'était pas le cas de Mme P\_\_\_\_\_. Je ne peux pas dire que ces affections aggravent de manière générale la situation du patient. J'ai le sentiment que l'arthrose au niveau lombaire est indépendante des autres affections. Au niveau de l'épaule, le diagnostic est un conflit sous-acromial, en l'occurrence, pour l'épaule droite traité par arthroscopie ; pour l'épaule gauche, le conflit sous-acromial est moins important et non opéré. Au niveau des limitations fonctionnelles, je précise que les douleurs aux genoux, ainsi qu'à la cheville et au dos, provoquent une réduction de la mobilité en marchant, ainsi que des limitations fonctionnelles à cause de la réduction de la flexion-extension des épaules. »

En outre, le Dr I\_\_\_\_\_ confirme les termes de l'audition du Dr F\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2009 (p. 2 in fine du procès-verbal : « *en ce qui concerne le rapport d'expertise...* ») et tient à préciser que chaque fois qu'il a rencontré la recourante, elle a toujours fait preuve de constance dans ses réponses et dans ses plaintes. Le Dr I\_\_\_\_\_ indique également qu'une activité partielle adaptée pourrait être envisagée, mais est totalement théorique. Des mesures de réadaptation, telles que mentionnées dans l'expertise, ne sont pas envisageables et n'ont, à sa connaissance, pas été entreprises. Enfin, le Dr I\_\_\_\_\_ indique que si on pouvait admettre une activité partielle, il faudrait envisager une importante baisse de rendement en raison notamment des lésions aux épaules et aux jambes.

Pour sa part, le Dr J\_\_\_\_\_ indique « En ce qui me concerne, le syndrome fibromyalgique pris pour lui-même ne constitue pas le seul élément de l'incapacité de travail puisqu'en l'espèce la recourante ne présentait pas un état dépressif grave, mais il peut être pris en considération dans une vision globale de la situation de Mme P\_\_\_\_\_. Il y a lieu de relever que cette dernière a eu des périodes de troubles dépressifs décrits comme sévères, moyens et légers tout au long de l'évolution de son histoire. » Le Dr J\_\_\_\_\_ confirme le diagnostic psychiatrique figurant au point 4 (p. 25) du rapport d'expertise, en précisant qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité. Il précise que, à lui seul, le trouble dépressif léger dont souffre la recourante n'a aucune incidence sur sa capacité de travail.

Insistant sur le fait que si le Dr B\_\_\_\_\_ arrive à une incapacité de travail de 50 %, le Conseil de la recourante relève qu'il y a lieu de tenir compte du fait que six médecins traitants ont affirmé que la recourante était en incapacité de travail à 100 % depuis 2006.

45. S'exprimant suite à l'audition des experts, la recourante relève tout d'abord que ces auditions n'ont pas apportés d'éléments nouveaux pour remettre en question ses conclusions du 9 novembre 2011. Elle relève également que son cas médical s'apprécie dans son ensemble et non de façon à chaque fois « saucissonnée » selon la spécialité médicale. Sur le plan orthopédique, la recourante rappelle les constatations du Dr I\_\_\_\_\_, à savoir qu'outre les nombreux diagnostics sur le plan orthopédique, s'ajoutent par-dessus de très nombreuses limitations fonctionnelles qui provoqueraient également une importante baisse de rendement. En ce qui concerne l'activité partielle adaptée, la recourante rappelle que le Dr I\_\_\_\_\_ ne s'est exprimé que sur le plan orthopédique et qu'il a bien mentionné que celle-ci restait en somme toute théorique. Enfin, la recourante confirme ses conclusions, à savoir l'allocation d'une rente d'assurance-invalidité complète depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 mars 2011, date de sa retraite anticipée, à l'allocation d'intérêts moratoires selon l'art. 26 al. 2 LPGA et à l'allocation d'une indemnité de procédure de 8'000 fr. au sens de l'art. 89 H al. 3 LPA et 6 RFPA.
46. Pour sa part, l'OAI a soumis le procès-verbal d'audience à l'appréciation du SMR qui relève « Le Dr I\_\_\_\_\_, contrairement à la jurisprudence fédérale, affirme que pour lui le syndrome fibromyalgique doit être retenu comme ayant une influence sur la CT. Les réponses tant du Dr I\_\_\_\_\_ que du Dr J\_\_\_\_\_ sont inacceptables et contraire à la jurisprudence qui dit que « la fibromyalgie = syndrome fibromyalgique » n'est pas incapacitante. Par ailleurs, un syndrome par définition n'est pas une maladie, mais une addition de symptômes. Les experts appliquant leurs propres critères nous ne pouvons pas les suivre. Les conclusions antérieures restent valables. » Sur la base de cette appréciation, l'OAI maintient sa position telle qu'exprimée dans ses écritures précédentes.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (aLOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Déposé dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de déclarer le recours recevable.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse, du 19 septembre 2008, de même que les faits à la base de la présente cause, sont postérieurs à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>ème</sup> révision de cette loi (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329), en tenant compte, le cas échéant, des modifications intervenues dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

4. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. Est litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 mars 2011.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1<sup>er</sup> LPGA).

7. 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).
8. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté

---

(MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, *in* : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

9. Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4<sup>e</sup> édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine* ; MEYER/BLASER, *op. cit.* p. 81, note 135).
10. Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. L'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPG ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).
11. Selon l'art. 29 al. 1<sup>er</sup> LAI dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une

incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

12. Le Tribunal fédéral a précisé que 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).
13. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).
14. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

15. Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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 352 consid. 3b/aa et les références).
  
16. L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).
  
17. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

- 
18. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)
  19. Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
  20. En l'occurrence se trouvent au dossier un rapport médical du Dr A\_\_\_\_\_, des expertises du CEMED et du Dr B\_\_\_\_\_, des rapports médicaux des Drs D\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ainsi que le rapport d'expertise des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ et des rapports du SMR.
  21. Dans son rapport médical du 25 novembre 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ relève qu'il est évident que, depuis 2005, l'état général de la recourante se dégrade suite à une intrication des différents cofacteurs et que le problème psychiatrique passe pour le moment au premier plan. Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr A\_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail de la recourante est égale à zéro, quelle que soit la profession et ce dès l'été 2005.
  22. Dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne - psychiatrie) réalisée par le CEMED, ce dernier relève notamment, au sujet des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, le syndrome sous-acromial des épaules, prédominant à droite, status après arthroscopie de l'épaule droite, et précise que sur le plan somatique, dans l'activité d'esthéticienne, l'incapacité de travail est justifiée à 100 % du 7 février 2007 au 7 juin 2007, puis à 50 % jusqu'à fin juillet 2007 et sur

le plan psychique, il n'y a pas d'influence. Le rapport conclut à une capacité de travail complète dans l'activité habituelle dès le 1<sup>er</sup> août 2007.

23. De son côté, le Dr B\_\_\_\_\_ relève que, en tant qu'esthéticienne, la recourante est susceptible de travailler à 50 %. Elle est capable de donner des soins ne nécessitant pas d'efforts physiques, tels que soins du visage, soins du corps ne réclamant pas de mouvements répétitifs en flexion antérieure du tronc ou une station debout prolongée. » Au sujet des mesures de réadaptation, le Dr B\_\_\_\_\_ précise que compte tenu de l'âge de l'assurée, de son attitude générale, une réadaptation professionnelle est impossible et n'entre pas en ligne de compte, d'autant plus que son travail d'esthéticienne est adapté à son état.

24. Le rapport médical du Dr D\_\_\_\_\_ conclut au fait que la recourante présente de nombreuses pathologies qui nécessitent un suivi régulier sur le plan somatique et psychologique. Ce médecin précise encore que vu la fréquence de son suivi sur le plan médical avec pathologies importantes, ainsi qu'une impotence de son bras droit chez une droitière, il paraît impossible pour cette patiente de reprendre une activité professionnelle.

Lors de son audition, le Dr D\_\_\_\_\_ relève qu'il faut voir la personne dans son ensemble et cette vision d'ensemble lui a permis de constater la dégradation continue de l'état de santé de la recourante, que ce soit physique ou psychique. Elle relève également que, à son sens, en raison de son état de santé, la recourante a une capacité de travail de 0 %, que ce soit dans son activité habituelle d'esthéticienne ou dans une activité adaptée, depuis au moins 2005.

25. Le Dr E\_\_\_\_\_ relève que, à son avis, la recourante ne souffre pas d'un trouble dépressif léger mais bien d'un trouble dépressif chronique et récurrent d'intensité moyenne. Si la recourante a des périodes d'amélioration de son état de santé, poursuit-il, elles ne sont de toute façon pas stables et ne sont que transitoires, il parle, dans ce cas, d'une maladie psychique invalidante.

26. La Dresse C\_\_\_\_\_, qui a constaté une évolution négative sur le plan somatique et psychique, estime que la situation de santé globale de la recourante implique une incapacité totale de travailler tant dans l'activité habituelle d'esthéticienne que dans une quelconque activité adaptée.

27. Le Dr F\_\_\_\_\_ estime que la recourante est totalement incapable de travailler et que, depuis 2006, elle n'a jamais plus retrouvé une quelconque capacité de travail dans son activité d'esthéticienne. Au sujet de l'activité adaptée, il rejoint la remarque du Dr B\_\_\_\_\_ dans le sens où des mesures de réadaptation professionnelles ne sont pas envisageables, compte tenu des comorbidités multiples.

28. Pour sa part, le SMR relève notamment que l'assurée ne présente pas d'aggravation de son état de santé depuis l'expertise pratiquée par le Dr B \_\_\_\_\_, sur le plan somatique, et qu'elle ne présente pas d'aggravation sur le plan psychiatrique.
29. De leur côté, les Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ ont constaté, sur le plan cumulé psychiatrique et orthopédique, l'existence d'une comorbidité qui ne fait que confirmer l'incapacité totale de travail de l'expertisée. En outre, les experts relèvent que les troubles physiques, plus particulièrement orthopédiques, constituent une atteinte invalidante, au niveau de la ceinture scapulaire avec réduction de la mobilité et douleurs, au niveau du dos par la spondylarthrose lombaire et au niveau des MI par une prothèse et une préarthrose du genou gauche avec atteinte cartilagineuses multiples. Les douleurs des chevilles participent également à l'invalidation, Enfin, le syndrome fibromyalgique aggrave l'invalidation. Les experts précisent aussi que les troubles psychiques diagnostiqués ne constituent pas, à eux seuls, une atteinte invalidante, mais que le cumul des comorbidités, orthopédiques et psychiques, constitue en revanche une atteinte invalidante indubitable.
30. Se prononçant sur le contenu du rapport d'expertise des Drs I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_, l'OAI, s'appuyant sur un examen du SMR, conteste la valeur probante de ladite expertise et relève notamment que l'expertise est confuse et qu'elle ne contient aucune réelle anamnèse médicale. Il rappelle également que l'expertise ignore les critères jurisprudentiels concernant le diagnostic de fibromyalgie et que l'atteinte à la santé n'est 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. Le SMR rappelle aussi que la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale et reproche aux experts d'utiliser des termes comme « invalidation », « atteinte invalidante », « impotence ». Le SMR relève que des faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.
31. A l'occasion de l'audience du 7 juin 2012, le Dr I \_\_\_\_\_ a confirmé que, pour sa part, le syndrome fibromyalgique (14 points douloureux avec une fatigue constante) devait être pris en considération dans le cadre de l'influence sur la capacité de travail de la recourante. Au sujet des diagnostics le Dr I \_\_\_\_\_ a mentionné une lésion de la cheville droite, l'arthrose du genou droit, au genou gauche, de grosses déchirures du cartilage, une spondylarthrose, ainsi que les discopathies étagées. Au niveau de l'épaule, le diagnostic est un conflit sous-acromial, en l'occurrence, pour l'épaule droite traité par arthroscopie ; pour l'épaule gauche, le conflit sous-acromial est moins important et non opéré. Au niveau des limitations fonctionnelles, le Dr I \_\_\_\_\_ précise que les douleurs aux genoux, ainsi qu'à la cheville et au dos, provoquent une réduction de la mobilité en marchant, ainsi que des limitations fonctionnelles à cause de la

réduction de la flexion-extension des épaules. Enfin, le Dr I \_\_\_\_\_ indique que si on pouvait admettre une activité partielle, il faudrait envisager une importante baisse de rendement en raison notamment des lésions aux épaules et aux jambes.

32. Lors de cette même audience, le Dr J \_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome fibromyalgique pris pour lui-même ne constitue pas le seul élément de l'incapacité de travail puisqu'en l'espèce la recourante ne présentait pas un état dépressif grave, mais il peut être pris en considération dans une vision globale de la situation de la recourante. Il y a lieu de relever que cette dernière a eu des périodes de troubles dépressifs décrits comme sévères, moyens et légers tout au long de l'évolution de son histoire.
33. Contrairement aux remarques du SMR du 11 novembre 2011, reprises par l'OAI le 30 novembre 2011, la Cour de céans considère que l'expertise a pleine valeur probante. En effet, elle estime que l'expertise n'est pas confuse et contient une anamnèse médicale puisque elle comprend une anamnèse tant sur le plan familial que personnel. Elle comprend également une anamnèse actuelle centrée aussi bien sur l'évolution psychique qu'orthopédique. En outre, les experts ont précisé qu'ils ont procédé à une étude individuelle de l'intégralité du dossier transmis et ont cité à plusieurs reprises le contenu de certains rapports médicaux. De plus, l'expertise fait état des plaintes de l'expertisée avec des constatations objectives, ainsi que du status mental. La remarque au sujet des termes utilisés par les experts comme « invalidation », « atteinte invalidante », « impotence » n'est pas justifiée dans la mesure où notamment une question de l'ordonnance d'expertise, non mise en cause par l'OAI, précise « Les troubles physiques et psychiques diagnostiqués constituent-ils des atteintes invalidantes ».
34. Dans son écriture du 30 novembre 2011, l'OAI précise notamment que les experts semblent par ailleurs ignorer les critères jurisprudentiels concernant le diagnostic de fibromyalgie, lesquels sont totalement passés sous silence. Il sied de relever que le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 27 février 2012 (9C\_694/2011) indiqué « S'agissant enfin de l'analyse des critères conférant à la fibromyalgie ou au trouble somatoforme douloureux un caractère invalidant, on relèvera qu'il n'est pas absolument nécessaire que les médecins interrogés disent expressément si tel ou tel critère est rempli dans le cas concret mais que ces éléments peuvent être déduits de l'anamnèse, des constatations médicales ou de l'appréciation du cas. » Il convient de relever notamment que le rapport d'expertise fait mention de troubles somatiques tels hypertension artérielle, hernie hiatale, lombalgies chroniques et douleurs au genou droit. Sur le plan psychique, les experts relèvent un traitement psychiatrique depuis plusieurs années et l'existence d'un trouble dépressif récurrent. En outre les experts relèvent que l'expertisée dit manquer d'énergie et d'intérêt, elle a l'impression de vivre au ralenti. Au sujet de l'intégration sociale, la recourante a précisé, lors de son audition du 5 novembre 2009, que ses malaises l'empêchent de sortir car elle a peur. Contrairement aux griefs de l'OAI, la Cour de

---

céans considère que les critères jurisprudentiels de la fibromyalgie sont remplis et conclura, sur ce point, au caractère invalidant de cette affection.

En ce qui concerne les diagnostics orthopédiques figurant sous forme de liste dans l'expertise, il sied de relever que, notamment, le Dr I\_\_\_\_\_ a fourni des précisions, lors de son audition au cours de laquelle l'OAI a également eu l'occasion de solliciter des explications. Il a en outre précisé les diagnostics de syndrome fibromyalgique, de lésion de la cheville droite, d'une arthrose du genou droit, d'une spondylarthrose, de discopathies étagées, d'une arthrose au niveau lombaire et d'un conflit sous-acromial. Au niveau des limitations fonctionnelles, le Dr I\_\_\_\_\_ a précisé que les douleurs aux genoux, ainsi qu'à la cheville et au dos, provoquent une réduction de la mobilité en marchant, ainsi que des limitations fonctionnelles à cause de la réduction de la flexion-extension des épaules.

Au sujet du grief selon lequel les experts n'ont nullement expliqué les raisons qui les poussent à s'écarter des autres expertises au dossier, il convient de relever que lors de l'examen de la mission d'expertise, l'OAI n'a pas demandé de rajouter cette question et lors de l'audience du 7 juin 2012, cette question n'a pas été soulevée.

35. Si la jurisprudence relève que les médecins traitants sont généralement enclins à prendre parti pour leurs patients, il sied de relever qu'en l'espèce notamment quatre médecins traitants concluent à une incapacité totale de travail, conclusion partagée par les experts, les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_.
36. Dans sa détermination du 4 juin 2009 l'OAI relève que l'aggravation étant postérieure à la décision sur opposition du 26 mars 2007, conformément à la jurisprudence fédérale, l'évaluation des répercussions sur la capacité ne concerne pas la présente procédure et devra être réalisée dans le cadre d'une procédure de révision qui aboutira à la notification d'une nouvelle décision administrative. Certes, selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En l'occurrence, il y a lieu de constater d'une part que la question de l'arthrose du genou existait avant la décision litigieuse et d'autre part que l'implantation de la prothèse du genou droit qui aurait dû améliorer la situation de l'état de santé de la recourante (non satisfaisante en l'état) est postérieure à la décision du 19 septembre 2008 et n'a, en l'occurrence, pas été prise en considération.
37. Concernant les intérêts demandés par la recourante, il convient de relever que lors de la comparution personnelle du 5 novembre 2009, cette dernière a indiqué qu'elle était assistée par l'Hospice général. En vertu de l'art 26 al 4 LPGA, la recourante n'aura pas droit à des intérêts moratoires lorsque les prestations sont versées

rétroactivement à des tiers, comme c'est le cas en l'espèce puisqu'elle était assistée par l'Hospice général.

38. Le recours étant admis, la décision du 19 septembre 2008 est annulée. Compte tenu de son incapacité totale de travail, la recourante aura droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 mars 2011, date de sa retraite anticipée.
39. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a, 110 V 365 consid. 3c; SVR 2001 AHV no 4 p. 12 consid. 3b). La recourante qui obtient gain de cause a droit à des dépens fixés en fonction du nombre d'échanges d'écritures, de l'importance et de la pertinence des écritures, de la complexité de l'affaire et du nombre d'audiences et d'actes d'instruction (cf. GRISEL, Traité de droit administratif, p. 848).

Pour apprécier l'importance du travail et du temps consacré à la cause, il faut tenir compte du fait que le procès en matière d'assurance sociale est gouverné par la maxime inquisitoire, ce qui, dans de nombreux cas, est de nature à faciliter la tâche du mandataire (ATF 111 V 49 consid. 4a, 110 V 365 consid. 3c). Quant à l'activité de ce dernier, elle ne doit être prise en considération que dans la mesure où elle s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche, à l'exclusion de démarches inutiles ou superflues. En outre, les démarches que le mandataire a entreprises avant l'ouverture de la procédure n'entrent pas en ligne de compte pour déterminer le montant des honoraires (ATF 111 V 49 consid. 4a). On tiendra compte, dans ce contexte, des conséquences économiques qu'aura pour l'intéressé l'issue de la procédure (ATF 114 V 87 consid. 4b et c, ATFA non publié du 23 janvier 2006, I 699/04 consid. 2.1 à 2.3).

Considérant que la recourante ne pouvait que recourir pour faire valoir ses droits et qu'obtenant gain de cause, l'intimée sera condamnée à lui verser une indemnité de 3'500 fr. à titre de dépens. De plus, l'intimée qui succombe supportera les frais de justice fixés à 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DE JUSTICE, CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 19 septembre 2008.
3. Dit que, compte tenu de son incapacité totale de travail, la recourante a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2007 au 30 mars 2011.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de procédure de 3'500 fr. en faveur de la recourante.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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