

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1215/2013

ATAS/1299/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame R_____, domiciliée au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PALLY
Marlène

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée), née en 1959 et de nationalité italienne, a travaillé dès le 1^{er} avril 1984 pour le compte de la SOCIETE X_____ GENEVE en tant qu'employée au service clients et caissière, d'abord à temps partiel à raison de 35 heures par semaine, puis à temps complet dès le 1^{er} janvier 2002.
2. Le 19 mai 2008, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI).
3. Se fondant sur un examen pratiqué le 21 juillet 2008 par les Docteurs A_____, rhumatologue, et B_____, psychiatre, médecins au SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), aux termes duquel

« les atteintes rachidiennes objectivées déterminaient des limitations fonctionnelles, au contraire de la fibromyalgie qui, en l'absence de comorbidité incapacitante significative et de critères de sévérité, n'était pas considérée comme une atteinte à la santé incapacitante. Au plan psychiatrique, l'examen clinique mettait en évidence une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité était insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, puisque seule une tristesse avec fatigabilité était avancée comme symptôme anamnestique. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent envisagé par le Professeur C_____ ne pouvait être retenu, les critères évoqués par ce médecin à l'appui de ce diagnostic ne correspondant d'ailleurs pas à ceux établis par la CIM-10. »

L'OAI a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail entière, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, et a, par décision du 12 mars 2009, nié son droit à une rente d'invalidité.

4. Saisi d'un recours interjeté par l'assurée contre ladite décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a, par ordonnance du 12 mars 2010, confié au Dr D_____, psychiatre, le soin de procéder à l'expertise de l'assurée.
5. Celui-ci a rendu son rapport d'expertise le 4 octobre 2010. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant et de traits de personnalité borderline. L'état dépressif était moyen à sévère. Il entraînait une totale incapacité de travail. Le Dr D_____ a considéré qu'une incapacité de travail durable était présente depuis le début de l'année 2009, et persistait depuis cette date. Il a confirmé l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persistant, certaines douleurs n'étant pas expliquées, auquel s'associait une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif

moyen à sévère, qui était d'évolution chronique et avait en tant que tel valeur de maladie. Il a conclu que la recourante n'était plus en mesure d'exercer une activité lucrative, les chances de réadaptation professionnelle étaient nulles et le pronostic sombre, tant sur le plan médical qu'en ce qui concernait la capacité de travail.

6. Sur demande du Tribunal, le Dr D_____ a complété son rapport d'expertise le 10 mai 2011.
7. Dans un arrêt du 16 août 2011, la Cour de céans a considéré que l'expertise réalisée par le Dr D_____ satisfaisait au réquisit développé par la jurisprudence et devait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a ainsi retenu que l'assurée présentait un épisode dépressif moyen, voire sévère, dont le degré de gravité était suffisant pour que l'on puisse lui reconnaître un caractère invalidant, ajoutant que même s'il fallait admettre que la symptomatologie dépressive ne constituait pas une comorbidité suffisamment grave pour entraîner une incapacité de travail, les critères déterminants permettant de reconnaître à la fibromyalgie un caractère invalidant étaient réunis. Elle s'est ainsi fondée sur les conclusions de l'expertise du Dr D_____ pour reconnaître à l'assurée une incapacité de travail totale dans toute activité depuis début 2009, de sorte que celle-ci avait droit à une rente entière d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévue par l'art. 28 al. 1 LAI, soit dès le 1^{er} janvier 2010.
8. L'OAI a contesté ce jugement auprès du Tribunal fédéral et en demande l'annulation.
9. Par arrêt du 26 avril 2012, le Tribunal fédéral a reproché à la Cour de céans d'avoir étendu la procédure à la question du droit à la rente jusqu'à la date du jugement attaqué. Il a considéré qu'elle avait clairement excédé ses compétences en étendant l'objet de la contestation. Le jugement entrepris devait par conséquent être annulé en tant qu'il portait sur le droit à des prestations AI pour la période postérieure au 12 mars 2009. Partant de l'idée que l'absence de droit à une rente AI pour la période antérieure au 12 mars 2009, n'était plus contestée par les parties, le Tribunal fédéral en a conclu que la décision rendue par l'OAI était conforme au droit fédéral, de sorte que le recours devait être admis et le jugement attaqué annulé. Le Tribunal fédéral a pris soin d'ajouter que son arrêt ne préjugait pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue postérieurement à la décision litigieuse, telle qu'elle avait pu notamment être mise en évidence dans le rapport d'expertise du Dr D_____. Il a dès lors transmis le dossier à l'OAI et l'a invité à examiner si les conditions du droit à une éventuelle rente AI étaient réalisées pour la période postérieure au 12 mars 2009.
10. Par courrier du 10 mai 2012, la mandataire de l'assurée a informé l'OAI que celle-ci avait séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 20 mars au 5 avril 2012. Selon le médecin de la Clinique, l'incapacité de travail était entière à la sortie.

11. Dans une note du 20 septembre 2012, le médecin du SMR a rappelé que dans son avis du 8 juin 2011, la Dresse E _____ avait analysé l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr D _____ et n'avait pas retenu d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen des Drs A _____ et B _____ le 21 juillet 2008. Aucune des pièces présentées n'était ainsi susceptible de modifier les considérations retenues par le SMR le 28 août 2008.
12. L'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision le 2 novembre 2012, aux termes duquel sa demande était rejetée, sa capacité de travail étant considérée comme entière quelle que soit l'activité envisagée.
13. Le 28 novembre 2012, l'assurée, représentée par sa mandataire, a transmis à l'OAI plusieurs certificats médicaux datant du mois de novembre 2012, aux termes desquels son état de santé ne s'était non seulement pas amélioré, mais bien au contraire péjoré. Elle rappelle que l'arrêt de la Cour de céans a été annulé par le Tribunal fédéral, au motif qu'il allait au-delà de la décision de refus de l'OAI, sans que le fond de la décision n'ait été remis en cause.
14. L'OAI a communiqué au SMR les certificats produits par l'assurée. Dans un avis du 15 mars 2013, le médecin du SMR s'est déterminé comme suit :

« nous rappelons, que concernant la période allant de mars 2009 à octobre 2010 (date de l'expertise du Dr D _____, voir aussi complément d'expertise du 10.05.2011) nous nous sommes déjà préalablement exprimés et avons expliqué (avis du 08.06.2011) pourquoi les répercussions sur la capacité de travail du trouble somatoforme douloureux et de trouble dépressif associé (que nous considérons comme faisant partie intégrante du TSD) doivent être examinées à la lumière des éléments de gravité selon la jurisprudence. En l'occurrence, nous avons retenu (contrairement au Dr D _____) l'absence de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. L'expert avait, par ailleurs, relevé que l'assurée ne présentait pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il estimait par contre qu'on pouvait considérer que l'état psychique était cristallisé. A cet égard nous soulignons que seule une évaluation psychodynamique permet d'être affirmatif sur ce point, évaluation qui n'a pas été effectuée dans le cadre de l'expertise. Concernant les acouphènes chroniques que le Dr D _____ assimile à un processus maladif chronique, soulignons que cette atteinte a été considérée comme non incapacitante à la suite de l'examen SMR de 2008, dès lors il nous paraît abusif de la retenir parmi les éléments de gravité jurisprudentiels. Finalement concernant l'échec des traitements en cours, notons que les troubles somatoformes douloureux ou assimilés sont réputés sans traitement (puisque sans substrat organique). Au vu de ce qui précède, nous estimons qu'il n'y avait pas d'aggravation sous la forme d'une atteinte à la santé reconnue au sens de la LAI jusqu'en octobre 2010. »

Le médecin du SMR a ensuite examiné les pièces médicales fournies dans le cadre de la présente audition et s'est déterminé comme suit s'agissant de savoir si une aggravation était survenue depuis :

« 1) certificat médical du 16.11.2012 du Dr F_____ qui confirme que « l'état de santé (...) ne s'est pas amélioré depuis les dernières expertises. Il tend même à se péjorer ». Le certificat n'en dit pas plus et on ne sait pas en quoi l'état tend à se péjorer.

2) Certificat médical du 12.11.2012 de la Dresse G_____ qui atteste que le « trouble dépressif récurrent n'est jamais entré en rémission complète » et que « tout facteur de stress provoque une rechute dépressive ». Ce certificat suggère donc que l'humeur est fluctuante, impliquant que l'assurée peut présenter également des périodes d'amélioration. Par rapport à son rapport médical du 16.06.2009 qui parlait d'épisode (dépressif) actuel sévère, avec risque auto et hétéro-agressif, le dernier certificat médical de la Dresse G_____ semble plutôt aller dans le sens d'une amélioration depuis 2009, et en tout cas pas d'une aggravation.

3) Certificat médical du 21.11.2012 de la Dresse H_____ qui atteste d'un syndrome douloureux chronique dans les suites des interventions de l'oreille G et parle d'un état globalement stationnaire.

4) Certificat médical du 20.11.2012 de la Dresse I_____, dermatologue consultée dans le cadre d'une sclérodémie (considérée comme sans répercussion sur la capacité de travail lors de l'examen SMR de 2008). Après une période de stabilité depuis 2005, l'assurée présente depuis 2012 plusieurs lésions en plaques au niveau du dos. Après confirmation par biopsie, le dermatologue retient un diagnostic de lésions multiples de morphee en plaques (sclérodémie localisée). Jusqu'à preuve du contraire cette atteinte n'entraîne pas de répercussion sur la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, les éléments médicaux discutés ci-dessus ne parlent pas en faveur d'une aggravation de l'état de santé ou de la présence d'une atteinte réputée incapacitante au sens de l'AI de nature à remettre en question les précédentes conclusions du SMR de 2008. »

15. Par décision du 20 mars 2013, l'OAI a confirmé le rejet de la demande.
16. L'assurée, toujours par l'intermédiaire de son avocate, a interjeté recours le 16 avril 2013 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à ce que la Cour de céans ordonne une comparution personnelle des parties, et entende le Dr F_____, médecin interniste, la Dresse I_____, dermatologue, la Dresse G_____, psychiatre, et la Dresse H_____, spécialiste en anesthésiologie et thérapie neurale, et, principalement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour décision d'octroi d'une rente entière.

17. Dans sa réponse du 15 mai 2013, l'OAI rappelle que le dossier lui a été renvoyé par le Tribunal fédéral pour instruction sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieurement au 13 mars 2009. Il constate que le Dr D_____ a retenu, dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2010, un épisode dépressif moyen, un syndrome douloureux somatoforme persistant et des traits de personnalité borderline, et souligne que les constatations objectives rapportées par l'expert ne permettent pas de pointer les critères exigés par la CIM-10 pour admettre un épisode moyen. L'OAI se réfère expressément à ses précédentes écritures et aux avis SMR des 28 octobre 2010 et 6 juin 2011. Il se fonde sur l'avis SMR du 15 mars 2013 s'agissant des pièces produites dans le cadre de l'audition, soit les certificats du Dr F_____, de la Dresse G_____, de la Dresse H_____ et de la Dresse I_____, respectivement des 16 novembre 2012, 12 novembre 2012, 21 novembre 2012 et 20 novembre 2012. Il considère ainsi qu'il n'y a pas eu aggravation de l'état de santé de l'assurée ou présence d'une atteinte réputée incapacitante au sens de l'AI, de nature à remettre en question les précédentes conclusions du SMR de 2008, et a conclu au rejet du recours.
18. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Dans son arrêt du 26 avril 2012, partant de l'idée que l'absence de droit à une rente AI pour la période antérieure au 12 mars 2009, n'était plus contesté par les parties, le Tribunal fédéral en a conclu que la décision rendue par l'OAI était conforme au droit fédéral, de sorte que le recours devait être admis et le jugement de la Cour de céans rendu le 16 août 2011, en tant qu'il porte sur le droit à des prestations AI pour la période postérieure au 12 mars 2009, annulé. Il a précisé qu'il ne préjugait pas de l'existence d'une aggravation survenue postérieurement à la décision litigieuse telle qu'elle avait pu notamment être mise en évidence dans le rapport d'expertise du Dr D_____. Il a renvoyé la cause à l'OAI pour que celui-ci détermine si les conditions du droit à une éventuelle rente AI étaient réalisées pour la période postérieure au 12 mars 2009.
2. L'OAI a invité le SMR à se déterminer suite à l'arrêt du TF. Le SMR a alors, dans une note du 20 septembre 2012, rappelé que le 8 juin 2011, la Dresse E_____ avait analysé l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr D_____ et n'avait pas retenu d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen des Drs A_____ et B_____ le 21 juillet 2008. Aucune des pièces présentées n'était ainsi susceptible de modifier les considérations retenues par le SMR le 28 août 2008.

Dans une seconde note du 15 mars 2013, le SMR a analysé les rapports produits par l'assurée à la suite du projet de décision négatif du 2 novembre 2012, et a à nouveau conclu à ce que « les éléments médicaux (...) ne parlent pas en faveur

d'une aggravation de l'état de santé ou de la présence d'une atteinte réputée incapacitante au sens de l'AI de nature à remettre en question les précédentes conclusions du SMR de 2008 ».

Par décision du 20 mars 2013, l'OAI a, sur la base de ces deux avis, rejeté la demande.

3. L'assurée a derechef recouru contre ladite décision.
4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir s'il y a eu aggravation de son état de santé depuis mars 2009.

Le TF a jugé que la décision de l'OAI du 12 mars 2009 était conforme au droit fédéral, de sorte que celle-ci est entrée en force. Il a en revanche invité l'OAI à examiner si l'assurée pouvait prétendre à des prestations AI pour la période postérieure à la décision. Il y a dans ces conditions lieu de considérer que les principes relatifs aux nouvelles demandes sont applicables.

6. Il sied ainsi de rappeler que lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été

rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2), ne s'applique pas à la procédure de nouvelle demande. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG), qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer, à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références).

Enfin, on rappellera que, selon une 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

7. Il convient en l'espèce de comparer la situation telle qu'elle se présentait lors de la décision de refus de prestations – soit le 12 mars 2009 – à celle qui prévaut depuis.
8. L'OAI avait nié à la recourante tout droit à une rente, au motif que selon les Drs A_____ et B_____, elle présentait une capacité de travail entière, quelle que soit l'activité envisagée.

Le Dr D_____, mandaté par la Chambre de céans, a en revanche considéré qu'une incapacité de travail durable était présente depuis le début de l'année 2009, et persistait depuis cette date. Dans son rapport d'expertise du 4 octobre 2010 en effet, il a confirmé l'existence d'un trouble douloureux somatoforme persistant, auquel s'associait une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif moyen à sévère, qui était d'évolution chronique et avait en tant que tel valeur de maladie. Il a conclu à un pronostic sombre, tant sur le plan médical qu'en ce qui concernait la capacité de travail.

9. Dans son arrêt du 16 août 2011, la Cour de céans a considéré que l'expertise réalisée par ce médecin le 4 octobre 2010, et complétée le 10 mai 2011, devait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il n'y a pas de raison de s'écarter de cette conclusion, ce d'autant moins que le TF ne s'est pas prononcé sur cette question, prenant même soin de préciser que son arrêt ne préjugait pas de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée survenue postérieurement à la décision litigieuse telle qu'elle avait pu être mise en évidence dans le rapport du Dr D_____.

Le rapport d'expertise du Dr D_____, ayant valeur probante, il se justifie d'en reprendre les conclusions.

10. La Dresse G_____, ainsi que les Drs J_____ et K_____, médecins au Département de psychiatrie des HUG, viennent du reste confirmer les constatations de l'expert, s'accordant à reconnaître que la recourante présente un épisode dépressif moyen, voire sévère.

Il y a en effet lieu de rappeler que le 16 juin 2009, la Dresse G_____ avait posé un nouveau diagnostic de trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel était sévère, et avait fait état d'une aggravation de l'humeur dépressive, après une légère amélioration de courte durée et malgré un traitement anti-dépresseur puissant. En raison d'un risque auto-agressif persistant et d'un risque hétéro-agressif plus récent, sa patiente n'était plus en mesure d'assumer son travail, même à temps partiel.

Entendue le 22 septembre 2009, par le Tribunal cantonal des assurances sociales, la Dresse G_____ avait confirmé son diagnostic d'état dépressif moyen à sévère à la lecture du status psychiatrique décrit par le Dr B_____ lors de son examen du 21 juillet 2008.

Dans leur rapport du 26 novembre 2009, les Drs J_____ et K_____ avaient retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (double dépression) (F 33.2), de probable dysthymie (F F 34.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques avec utilisation nocive pour la santé (F 13.1) et de possible trouble de la personnalité du Cluster B avec des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F 60). Ils avaient procédé à une anamnèse et un status de la recourante, ainsi qu'à certains examens complémentaires. Ils avaient relevé que l'anamnèse, les questionnaires et les examens paracliniques permettaient de conclure à un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel d'intensité sévère. En dehors des épisodes dépressifs, le diagnostic semblait être une dysthymie. La recourante présentait plusieurs facteurs de maintien de la dépression, dont une situation de couple difficile, des problèmes somatiques et une situation sociale compliquée.

11. Il y a à ce stade lieu d'examiner les rapports des médecins du SMR, afin d'établir s'ils viennent à contredire valablement les conclusions auxquelles est parvenu le Dr D_____, étant préalablement précisé que les critiques formulées par le SMR à l'égard de l'expertise avaient été écartées par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son jugement du 16 août 2011.

Par deux fois, soit le 20 septembre 2012, à l'examen du rapport d'expertise du Dr D_____, et le 15 mars 2013 après avoir pris connaissance des certificats établis par les Drs F_____, G_____, H_____ et I_____ en novembre 2012, le SMR a considéré que ses précédentes conclusions de 2008 restaient d'actualité et que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé.

Dans sa note du 20 septembre 2012, le médecin du SMR a indiqué que dans son avis du 8 juin 2011, la Dresse E_____ avait analysé l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr D_____ et n'avait pas retenu d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen des Drs A_____ et B_____ le 21 juillet 2008. Aucune des pièces présentées n'était ainsi susceptible de modifier les considérations retenues par le SMR le 28 août 2008.

Dans son avis du 15 mars 2013, le médecin du SMR a rappelé que le SMR avait retenu, concernant la période allant de mars 2009 à octobre 2010 (date de l'expertise du Dr D_____), l'absence de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, et considéré que les critères jurisprudentiels pour le TSD n'étaient pas réunis.

S'agissant de l'éventualité d'une aggravation survenue depuis octobre 2010, il a relevé que le certificat du 16 novembre 2012 du Dr F_____ se bornait à affirmer que « l'état de santé (...) ne s'est pas amélioré depuis les dernières expertise » et qu'« il tend même à se péjorer », sans que l'on sache en quoi l'état tend à se péjorer, que celui du 12 novembre 2012 de la Dresse G_____ semble plutôt aller dans le sens d'une amélioration depuis 2009, et en tout cas pas d'une aggravation, que le 21 novembre 2012, le Dr H_____ parle d'un état globalement stationnaire, et enfin que selon la Dresse I_____, l'assurée souffre de lésions multiples de morphee en plaques (sclérodémie localisée), atteinte n'entraînant pas de répercussion sur la capacité de travail (certificat du 20 novembre 2012).

12. La Chambre de céans relève que l'OAI, auquel le TF a renvoyé le dossier afin qu'il examine les conditions du droit à une éventuelle rente AI étaient ou non réalisées pour la période postérieure au 12 mars 2009, s'est contenté de l'avis du SMR du 20 septembre 2012, qui lui-même rappelait un précédent avis du 8 juin 2011, pour rendre son projet de décision du 2 novembre 2012.

Dans son avis du 15 mars 2013, le SMR se contente de rappeler qu'il n'était pas d'accord avec les conclusions du Dr D_____, indiquant qu'« en l'occurrence, nous avons retenu (contrairement au Dr D_____) l'absence de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. »

Force est de constater que les allégués du SMR ne justifient pas que l'on s'écarte des conclusions du Dr D_____, de sorte que l'assurée a droit à une rente complète d'invalidité à l'issue du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 LAI, soit dès le 1^{er} janvier 2010.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 20 mars 2013.
3. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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