

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1423/2018

ATAS/184/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 mars 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Hervé CRAUSAZ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBÀ et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1981, mariée et mère de six enfants, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 23 août 2012.
2. Le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'expertise psychiatrique de l'intéressée. Dans son rapport du 21 juin 2013, il a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de troubles d'anxiété généralisée depuis 2008. Les limitations en relation avec les troubles constatés étaient de 100% dans un travail en dehors du foyer et de 50% dans le travail comme ménagère, sans diminution de rendement.
3. Selon un rapport d'enquête ménagère de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) du 31 mars 2014, les empêchements de l'assurée dans les travaux habituels étaient de 41% en tenant compte de 20% d'exigibilité pour l'époux qui travaillait actuellement comme indépendant et peinait à faire son plein temps avec de lourdes charges familiales. Il avait également été pris en considération que l'époux devait véhiculer son épouse pour tout trajet et s'assurer qu'elle avait une présence à ses côtés avant de la laisser. Il devait passer du temps à la rassurer et la calmer lors de ses crises d'angoisse et d'irritabilité, qui étaient régulières.
4. Par décision du 16 octobre 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente ordinaire dès le 1^{er} février 2013.
5. L'assurée a formé recours contre la décision précitée, le 17 novembre 2014, concluant à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} février 2013.
6. Sur demande de la chambre de céans, le Dr B_____ a précisé, le 12 novembre 2015, qu'il avait conclu dans son expertise que les limitations en relation avec les troubles constatés étaient de 50% dans le travail comme ménagère en tenant compte de l'aide exigible de la famille de l'expertisée.
7. Par arrêt du 28 janvier 2016 (ATAS/77/2016), la chambre de céans a dit que la recourante avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2013, sur la base de l'expertise du Dr B_____.
8. Le 22 mars 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était détérioré depuis novembre 2015, suite à la naissance de son sixième enfant et à une intervention chirurgicale d'une hernie ombilicale.
9. Le 25 mars 2016, l'assurée a demandé à l'OAI de lui octroyer un trois quarts de rente.
10. Dans un avis médical du 21 novembre 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR) a considéré que l'aggravation de l'état santé

de l'assurée était rendue plausible par le rapport établi le 22 mars 2016 par le Dr C_____.

11. Le 23 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée que les pièces qu'elle avait produites l'autorisaient à entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et qu'il allait donc l'instruire.
12. Dans le rapport médical (révision adulte) reçu par l'OAI le 16 mars 2017, le Dr C_____ a indiqué que le trouble d'anxiété généralisée sévère de l'assurée s'était aggravé en avril-mai 2015. Le Dr C_____ avait demandé au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents, de procéder à une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de sa patiente d'effectuer des tâches ménagères depuis l'aggravation de son état. Les conclusions de celui-ci étaient similaires aux siennes.
13. À teneur du rapport, non daté, établi par le Dr D_____, ce dernier, après avoir brièvement résumé le parcours de l'assurée (enfance, étude, travail, maternité, planning familial) considérait que les symptômes psychiques de l'assurée s'étaient empirés à chaque nouvel enfant, avec une accélération depuis le printemps 2015.
14. Dans une note de travail établie le 20 mars 2017, le gestionnaire de l'OAI, chargé du cas de l'assurée, a relevé que le médecin parlait d'une aggravation de l'état de la santé de celle-ci depuis avril-mai 2015, alors que l'expertise mentionnée dans le jugement avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation mentionnée. L'assurée n'avait plus consulté la doctoresse E_____ depuis plus d'une année. Il n'y avait aucun élément permettant de tenir compte d'une aggravation de l'état concernant l'impotence et une atteinte physique.
15. Le 22 mars 2017, le gestionnaire de l'OAI a demandé au SMR de prendre connaissance du rapport du Dr C_____ du 16 mars 2017, lequel suggérait une expertise psychiatrique pour déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée et une aggravation de l'état de santé psychique de celle-ci depuis avril-mai 2015, alors que l'expertise mentionnée dans l'arrêt de la chambre des assurances sociales avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation retenue par le médecin traitant. Le gestionnaire demandait au SMR une détermination sur les limitations fonctionnelles. En fonction, il conviendrait ensuite de soumettre la situation au service extérieur pour une enquête à domicile.
16. Par avis médical du 3 août 2017, le docteur F_____, médecin SMR, a demandé la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.
17. Le 22 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée avoir mandaté le docteur G_____ pour effectuer une expertise psychiatrique, qui était nécessaire. Il lui transmettait en annexe les questions posées à l'expert et lui impartissait un délai de douze jours pour lui faire parvenir les questions complémentaires qu'elle souhaitait poser à l'expert ainsi que ses éventuels motifs pertinents de récusation contre l'expert désigné.

18. Le 12 janvier 2018, l'assurée a demandé une prolongation du délai imparti.
19. Le 15 janvier 2018, le Dr G _____ a adressé une convocation à l'assurée pour le 21 février 2018.
20. Le 15 janvier 2018, le Dr C _____ s'est plaint de l'acharnement des collaborateurs de l'OAI, qui tentaient, depuis début 2013, de porter le plus grand préjudice au dossier et à la santé fragile de sa patiente et qui n'avaient pas respecté les délais. Il contestait avoir suggéré une nouvelle expertise, au contraire, il l'interdisait formellement, au vu de la fragilité psychique de sa patiente. Il ne voyait toutefois pas d'objection d'avoir l'avis du Dr B _____ qui connaissait déjà le cas.
21. Le 26 janvier 2018, l'assurée s'est étonnée auprès de l'OAI de ne pas avoir reçu de réponse à sa demande de délai. Il lui avait été indiqué oralement qu'un tel délai lui serait pourtant accordé. Nonobstant cela, l'OAI avait nommé, au début du mois de janvier 2018, le Dr G _____ pour une expertise et la liste des questions lui était parvenue pendant les fêtes judiciaires. Alors que sa détermination n'était pas encore parvenue à l'OAI, le Dr G _____ l'avait déjà convoquée. Elle s'insurgeait contre de tels procédés, qui violaient le droit de fond et son droit d'être entendue de manière crasse. En conséquence, elle requérait que le dossier soit attribué à un autre gestionnaire pour les mêmes motifs de récusation que ceux qu'elle invoquait contre le Dr G _____. La décision de nommer ce dernier était nulle de plein droit, du fait qu'elle avait été rendue avant l'expiration du délai imparti pour ses observations, qui était prolongé par les fêtes judiciaires, et par courrier sollicitant un délai supplémentaire pour nommer celui-ci. La nomination du Dr G _____ qui avait déjà pris une décision négative par le passé contre son époux était de plus contraindiquée médicalement. Elle requérait la récusation de celui-ci.

L'OAI avait mis en œuvre une nouvelle expertise complète dans le cas d'une révision totale du cas médical, alors que celui-ci avait déjà fait l'objet d'une expertise, peu de temps auparavant par le Dr B _____ et que le cas avait déjà fait l'objet d'une décision de la chambre des assurances sociales entrée en force. Il n'existait donc aucun motif pour opérer une révision et il fallait impérativement partir de l'état de fait retenu par la Cour de justice. Le gestionnaire de l'OAI avait induit en erreur le SMR en indiquant que l'expertise du Dr B _____ tenait déjà compte de l'aggravation intervenue en mai 2015, car elle datait de novembre 2013 et non de novembre 2015.

Il fallait uniquement déterminer s'il y avait eu une aggravation de l'état de santé. Le formulaire adressé à l'expert était inadéquat et n'allait pas dans ce sens. Ensuite, le SMR avait à raison dans son constat admis l'aggravation sans dire qu'une nouvelle expertise soit nécessaire. Ce n'était que suite à l'information inexacte sur la date de l'expertise que le SMR avait finalement décidé que le cas médical n'était pas clair.

Selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprenait pas le droit de l'assureur de recueillir une seconde opinion sur les faits déjà établis

par une expertise lorsque celle-ci ne lui convenait pas (arrêt U 571/06 du 29 mai 2017 consid. 4.2, in RSA 2008 p. 181). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découlait du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissaient les exigences matérielles et formelles auxquelles étaient soumises les expertises médicales. Cela dépendait de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traitait de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fondait sur des examens complets, prenait également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée et avait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contenait une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claire ainsi que des conclusions motivées de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3A p. 352). L'autorité devait comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existants lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant une augmentation était intervenue.

En réalité, il s'agissait compte tenu des éléments factuels et de la proximité des expertises, soit d'admettre l'aggravation sur la base de l'avis du SMR, soit de nommer le Dr B_____ afin de déterminer si oui ou non il y avait aggravation de l'état de santé en se fondant uniquement sur l'état de fait de la première décision entrée en force. En conséquence, la recourante concluait à l'annulation de la nomination formelle du Dr G_____, à la transmission du dossier à un autre gestionnaire et au renvoi du dossier au SMR, en indiquant correctement la date de la dernière expertise qui ne se prononçait pas sur l'aggravation et qui était dès lors claire, contrairement à ce que le gestionnaire avait laissé entendre. Subsidièrement, il convenait de nommer le Dr B_____ et de lui faire parvenir un nouveau questionnaire comprenant uniquement des questions sur l'aggravation de l'état de santé.

S'agissant de la récusation, il était subsidiairement relevé que le Dr G_____ devait être récusé formellement puisqu'il avait un intérêt personnel dans l'affaire, tout comme le gestionnaire, ayant déjà statué sur le dossier de l'époux de l'assurée peu de temps auparavant. Tout portait à croire qu'il avait déjà été prévenu par le gestionnaire au vu des circonstances. Pour mémoire, dans le dossier de l'époux de l'assurée, le Dr G_____ avait agi, selon les instructions données par le même gestionnaire, qui avait déjà son opinion préconçue dans l'affaire. C'était d'ailleurs vraisemblablement pour un motif identique que le gestionnaire s'était vu attribuer le dossier à l'interne. Enfin, celui-ci avait menti au SMR en prétendant que l'expertise du Dr B_____ était postérieure à l'aggravation alors qu'il ne pouvait pas ignorer qu'elle était antérieure. La procédure de nomination ne respectait pas le droit d'être entendu et laissait penser que le gestionnaire avait déjà une opinion préconçue et qu'il n'entendait pas respecter les droits de la patiente.

En réalité, une nouvelle expertise était superflue, puisque les faits étaient suffisamment clairs. L'état de santé et ses conséquences invalidantes avaient été

reconnus, examinés, revus et enquêtés à multiples reprises. En ce qui concernait l'aggravation, tous les documents fournis par la recourante et le Dr C _____ avaient déjà permis au SMR de reconnaître l'aggravation. Le SMR ne demandait une expertise que pour déterminer les limitations fonctionnelles dans l'activité ménagère habituelle, uniquement suite à l'aggravation, ce qui était la même question que celle de l'expertise de 2013. C'était ainsi vraisemblablement parce qu'il instruisait à charge que le gestionnaire avait décidé de nommer le Dr G _____. Les trente questions préparées par le gestionnaire étaient absurdes, dès lors qu'elles ne tenaient pas compte d'un état de fait déjà jugé. La mise en œuvre d'un éventuel complément d'expertise auprès d'un autre expert que le Dr B _____ était susceptible d'affecter encore plus l'état de santé de la recourante.

22. Dans un avis médical établi le 7 février 2018, le SMR a indiqué que bien que l'expertise n'était pas suggérée par le Dr C _____, elle n'en demeurait pas moins indispensable. En ce qui concernait le choix de l'expert, le SMR avait préconisé le Dr G _____. Il n'y avait pas de motif médical pour changer d'expert. Au contraire, au vu de l'état psychique de l'assurée, il ne semblait pas qu'un déplacement jusqu'à Neuchâtel soit judicieux.
23. Le 8 février 2018, l'OAI a informé l'assurée avoir analysé une nouvelle fois la situation avec le SMR et lui a confirmé que ce dernier estimait qu'elle n'avancait aucun motif médical pour changer d'expert. Au contraire, au vu de son état psychique, un déplacement jusqu'à Neuchâtel n'était pas judicieux. Bien que l'expertise ne soit pas suggérée par le Dr C _____, le SMR estimait qu'elle était indispensable.

Le Dr G _____ n'avait jamais rencontré son époux, car ce dernier n'avait pas voulu se rendre à l'expertise, désirant retirer sa demande. En conséquence, l'OAI maintenait l'expertise auprès du Dr G _____. Concernant la demande de prolongation du délai complémentaire pour les observations, le gestionnaire en charge du dossier avait eu un échange téléphonique qu'il aurait dû confirmer par écrit. Dès lors, au vu des circonstances, un délai au 23 février 2018 était octroyé à la recourante pour lui faire parvenir ses éventuelles questions.

L'OAI en informait le Dr G _____ pour reporter la convocation du 21 février 2018.

Les allégations de l'assurée sur le traitement du cas par le gestionnaire en charge du dossier étaient excessives et à la limite de l'acceptable. Il n'appartenait pas aux gestionnaires de s'attribuer eux-mêmes un dossier dont ils souhaitaient avoir la charge. D'autre part, les actes d'instruction menés en l'occurrence suite à la demande de révision étaient tout à fait conformes aux dispositions en vigueur.

24. Le 25 février 2018, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI que dans l'optique d'une recherche de consensus, celui-ci aurait dû confier le dossier à un autre gestionnaire et se déterminer correctement sur la question du principe de l'expertise, cas échéant, en nommant un autre expert à Genève. Les rapports du SMR étaient contradictoires et reposaient sur une erreur factuelle. Le Dr G _____

avait traité la demande de l'époux de sa mandante et avait eu des contacts avec le gestionnaire en cause.

25. Le 13 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'en raison d'une erreur de scannage son courrier du 23 février 2018 venait de lui parvenir. Au vu des griefs répétés à l'encontre du gestionnaire du dossier, un nouveau collaborateur serait désigné pour instruire sa demande, le choix d'expert était en revanche maintenu.
26. Par décision incidente du 15 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise ordonnée serait bien effectuée par le Dr G_____ et qu'un recours contre cette décision n'aurait pas d'effet suspensif. Selon ses constatations, son époux n'avait jamais rencontré le Dr G_____. En conséquence, elle n'avancait aucun motif médical nécessitant de changer d'expert, étant relevé qu'une expertise demeurerait indispensable. Il n'y avait pas d'objection matérielle ou formelle qui irait à l'encontre de la nomination du Dr G_____.
27. Le 30 avril 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée. Elle faisait valoir que la décision de nommer le Dr G_____ était nulle de plein droit, car elle intervenait en violation de son droit d'être entendue et dans un cafouillage des moins désirable. Elle reprenait en substance les critiques déjà formulées contre la désignation du Dr G_____ et le principe même d'une nouvelle expertise.
28. Par réponse du 31 mai 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il n'appartenait pas à l'assurée ou à ses médecins traitants de décider de la nécessité de mettre en place une expertise. Au vu des atteintes à la santé psychiatrique et du statut ménager à 100%, l'OAI était en droit de demander une expertise ou toute mesure qui lui paraissait nécessaire pour clarifier la situation médicale de la recourante ainsi que de déterminer les éventuels empêchements dans les travaux habituels. La recourante alléguait une aggravation de son état de santé depuis le mois de mars 2016. Or, les documents médicaux produits ne suffisaient pas à remettre en cause la pertinence d'une expertise. La mission d'expertise avait été transmise à l'expert en décembre 2017. Or, depuis janvier 2018, la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) avait subi des modifications et la mission d'expertise comportait notamment des questions spécifiques en cas de révision et des questions en lien avec les travaux habituels. L'OAI transmettrait à l'expert lesdites questions. Compte tenu de la spécialité de l'expertise et du fait que l'expert possédait l'intégralité du dossier AI, il allait de soi, dans la mesure où une aggravation était annoncée et qu'un jugement avait été rendu en se fondant sur une expertise du Dr B_____ du 21 juin 2013, que l'expert allait déterminer l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis cette dernière date en procédant à une expertise dans les règles de l'art. Il était libre d'examiner tous les diagnostics pouvant entrer en ligne de compte depuis l'aggravation de l'état de santé annoncée par l'assurée et ses médecins. Le fait que le Dr G_____ avait traité la demande de l'époux de l'assurée n'était pas relevant et ne constituait pas la preuve d'une attitude de prévention du Dr G_____ envers la recourante. Les intentions que la recourante imputait à la gestion du dossier ne faisaient état que d'hypothèses

subjectives non corroborées par les pièces du dossier. Il n'y avait pas de preuve d'une attitude de prévention de l'expert à l'égard de la recourante. Il n'y avait dès lors aucun motif pour admettre que l'expert ne serait pas en mesure de remplir la mission d'expertise qui lui était confiée de manière neutre et objective. Les motifs de récusation soulevés ne permettaient pas de renverser la présomption d'impartialité de l'expert désigné. C'était ainsi à juste titre que l'OAI avait maintenu le Dr G_____ dans sa mission d'expertise.

29. Le 26 juin 2018, la recourante a relevé que l'OAI ne lui avait pas transmis son nouveau projet de questionnaire à l'expert et qu'il était fort à parier qu'il reviendrait sur l'état antérieur dans celui-ci. Elle concluait à ce que la chambre des assurances sociales invite l'OAI à déposer le questionnaire qu'elle envisageait d'envoyer afin de connaître le cadre complet des débats et sollicitait un nouveau délai pour faire des observations après avoir pu prendre connaissance de l'entier du dossier.
30. Le 7 décembre 2018, la chambre de céans a demandé à l'OAI si le Dr G_____ avait rendu son expertise, à quel stade en était la procédure ouverte suite à la nouvelle demande de l'assurée et de lui transmettre la mission d'expertise confiée à l'expert dans sa dernière version.
31. Le 14 décembre 2018, l'OAI a informé la chambre de céans qu'aucune nouvelle convocation pour l'expertise n'avait été adressée à la recourante de sorte que l'expert n'avait pas rendu de rapports d'expertise. Le nouveau mandat d'expertise, en vigueur depuis janvier 2018, n'avait pas non plus été transmis à l'expert dans la mesure où la recourante contestait non seulement la désignation de l'expert, mais le principe même de la mise en place d'une expertise. Tant que la procédure judiciaire ne serait pas terminée, aucun acte d'instruction ne serait effectué, quand bien même le retrait de l'effet suspensif avait été prévu dans la décision incidente litigieuse.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA-E 5 10).
3. Le litige porte sur le bienfondé d'une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante et la validité de la désignation du Dr G_____ pour y procéder.

-
4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 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). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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'entrer en matière. À 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment

l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

En vertu de l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase – éventuelle – de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

Selon la jurisprudence, l'assuré bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1). En outre, il peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de

s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

6. En l'espèce, la recourante a demandé, le 25 mars 2016, à l'OAI un trois quarts de rente d'invalidité. Elle était au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2013 suite à l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016 réformant la décision rendue le 16 octobre 2014 par l'OAI lui octroyant un quart de rente d'invalidité. Son psychiatre traitant a attesté d'une aggravation de son état de santé dès avril-mai 2015. L'OAI a, dans un premier temps, examiné si l'aggravation de son état était plausible, ce qui a été retenu par le SMR, le 21 novembre 2016. Il a, sur cette base, informé l'assurée qu'il acceptait d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 2 RAI, et qu'il procédait donc à son instruction. Par la suite, le gestionnaire du dossier a émis des doutes sur la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé de la recourante en retenant, à tort, que l'expertise mentionnée dans l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016 avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation invoquée. En effet, le rapport d'expertise du Dr B_____ date du 21 juin 2013. Il a seulement été complété, à la demande de la chambre de céans, le 12 novembre 2015, sur la question de savoir si l'expert avait tenu compte de l'aide exigible de la famille de l'intéressée dans son appréciation de la capacité d'effectuer les travaux ménagers. Ce complément d'expertise ne contient pas d'appréciation de la situation de l'assurée postérieurement au 21 juin 2013. Cette erreur du gestionnaire est toutefois restée sans conséquence, puisque l'OAI n'a pas refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, mais au contraire a décidé de l'instruire, en faisant procéder à une expertise psychiatrique pour établir si l'état de santé de la recourante s'était aggravé.

Il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise complète pour évaluer la situation de l'assurée en 2015, l'expertise effectuée en 2013 n'étant plus d'actualité, vu le temps passé et l'aggravation annoncée. La situation déjà jugée n'était plus la même, de sorte que l'intimé ne demandait pas une seconde opinion au Dr G_____. Il en résulte que la décision de l'intimé de faire procéder à une nouvelle expertise complète était bien fondée.

Si les parties doivent être consultées sur la mission d'expertise et l'expert choisi, il ne leur appartient pas de choisir l'expert. L'intimé a respecté le droit d'être entendu de la recourante en lui soumettant un délai pour faire valoir ses éventuels motifs de récusation et se prononcer sur la mission d'expertise, mais il faut admettre qu'il s'est précipité et que le délai de douze jours octroyé était trop court, ce d'autant plus qu'il commençait le 22 décembre 2017, soit juste avant les fêtes de fin d'année. Cela étant, l'intimé a pris en compte les griefs de la recourante en annulant la convocation de l'expert et en confiant son dossier à un autre gestionnaire, de sorte qu'il a ainsi réparé son erreur.

Le motif invoqué contre le Dr G_____ ne constitue pas une cause de récusation fondée, dès lors que celui-ci n'a pas expertisé le mari de la recourante. Dans la

mesure toutefois où l'expertise n'a pas encore été mise en oeuvre, il se justifie que l'intimé propose un-e nouvel-le expert-e à la recourante, afin de parvenir, autant que possible, à un consensus évitant la prolongation de la procédure, qui n'a déjà que trop duré.

7. Au vu des considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis. La décision querellée sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision.
8. La recourante obtenant ainsi partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA).
9. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 15 mars 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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