

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/319/2017

ATAS/300/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 avril 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1970, a déposé le 3 juillet 2001 une demande visant à l'octroi d'une rente d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI). Elle allègue souffrir de dépression depuis environ dix ans.

L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 14 avril 2001 en raison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité sévère.

2. Son droit à la rente a été maintenu lors d'une première révision initiée par l'OAI en 2004.
3. Dans le cadre de la seconde révision intervenue en 2007, la doctoresse B_____, psychiatre, a annoncé une amélioration notable de l'état de santé de l'assurée depuis l'été 2006. Aussi une capacité de travail de 50% dans toute activité du domaine de compétence de l'assurée a-t-elle été reconnue à celle-ci à partir de juillet 2006.

Par décision du 24 octobre 2007, la rente d'invalidité de l'assurée a, partant, été réduite de moitié à partir du 1^{er} novembre 2007.

4. Par courrier du 20 janvier 2009, l'assurée a informé l'OAI qu'elle souhaitait renoncer à sa rente en raison d'une nouvelle amélioration de son état de santé. Elle a précisé que « je renonce à l'AI parce que je suis guérie. Je vais très bien ». Dans le questionnaire pour la révision de la rente que lui a adressé l'OAI le 5 février 2009, elle a indiqué que son état de santé s'était amélioré depuis plus d'un an, parce que « j'ai réglé mes problèmes avec mon mari et Dieu me donne une autre manière de voir et faire ».

Dans un rapport du 18 mars 2009, la Dresse B_____ dit avoir constaté « une bonne amélioration à tel point que la patiente désire renoncer à sa rente AI » et un bon pronostic. Elle précise que le dernier examen médical a eu lieu le 6 novembre 2008.

Invité à se déterminer, le médecin du service médical régional de l'AI (SMR) a ainsi confirmé, dans une note du 23 avril 2009, qu'il y avait lieu de conclure à une récupération d'une capacité de travail de 100% à compter du 6 novembre 2008.

Par décision du 8 juin 2009, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

5. Le 26 février 2015, l'assurée a à nouveau sollicité l'octroi de prestations d'invalidité. Elle a produit un rapport établi par la doctoresse C_____, psychiatre et médecin traitant, le 15 juin 2015, aux termes duquel

« Cette patiente souffre d'un trouble délirant persistant (F22.0), ayant dans ce contexte été hospitalisée à deux reprises à Belle-Idée pour décompensation psychotique (novembre 2014 et avril-mai 2015) en entrée non volontaire. (...)

Cette patiente reste délirante (idées délirantes systématiques à thème mégalomaniacale, paranoïaque, mystique et hypocondriaque), anosognosique; elle est dans ce contexte en incapacité de travail totale et doit nécessiter une rente AI complète. (...)

Elle vous a elle-même écrit en 2009-2010 en vue de renoncer à l'AI avec l'objectif de s'inscrire au chômage. Ce sont de mauvaises motivations qui ont guidé ses pas. Cette patiente, dans le contexte de son état délirant et de conflits avec son mari, souhaitait se séparer de ce dernier ; celui-ci lui a fait passer l'idée que si elle bénéficiait de l'AI, c'est qu'elle était considérée comme « folle » et qu'on allait lui retirer la garde de ses enfants. Elle vous a alors écrit pour se « séparer » de l'OAI et vit aujourd'hui aux crochets de son mari car n'a pas été capable évidemment, vu le trouble psychiatrique grave dont elle souffre, de travailler ».

6. Le 17 juin 2015, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il refusait d'entrer en matière, considérant que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la décision de suppression de la rente du 8 juin 2009.
7. Le médecin du SMR a cependant constaté le 28 septembre 2015, sur la base des documents médicaux produits par l'assurée, que l'aggravation de son état de santé avait été rendue plausible depuis novembre 2014 avec nouvelle atteinte sur le plan psychiatrique.
8. Une expertise psychiatrique confiée au docteur D_____, du centre d'expertise médical Lancy – CEML, a été mise sur pied par l'OAI. Le rapport d'expertise a été établi le 18 août 2016, aux termes duquel il est plus particulièrement constaté que l'assurée

« présente depuis au moins huit à neuf ans des éléments délirants paranoïaques et parfois d'allure mystique. Première hospitalisation à Belle-Idée du 8 novembre au 14 novembre 2004 en raison d'une décompensation psychotique d'allure mystique. Deuxième hospitalisation du 21 novembre 2014 au 13 février 2015 pour d'autres troubles psychotiques non organiques. Le docteur E_____, médecin traitant, décrit un syndrome dépressif récurrent depuis 1995. Le docteur F_____, psychiatre, décrit un épisode dépressif majeur en avril 2000, et le docteur G_____, psychiatre, décrit un trouble dépressif majeur récurrent en juillet 2001, ce qui a débouché sur la première demande AI. Après qu'elle ait renoncé à sa rente en janvier 2009, elle a subi une rechute en janvier 2015, ce qui va conduire à la nouvelle demande de prestations et refus d'entrer en matière. La doctoresse C_____, nouvelle psychiatre traitant, fait état en juin 2015 d'une aggravation entre 2009 et 2015 avec un diagnostic de troubles délirants persistants, avec de la paranoïa, délire mystique et mégalomaniacale ».

Le Dr D_____ a conclu à une capacité de travail nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

9. Dans une note du 9 septembre 2016, le médecin du SMR a considéré que l'expertise du Dr D_____ était convaincante et retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis novembre 2014, en raison d'un trouble délirant persistant.
10. Par décision du 20 décembre 2016, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} novembre 2015.
11. L'assurée, représentée par l'ASSUAS, a interjeté recours le 27 janvier 2017 contre ladite décision. Elle a complété ses écritures le 1^{er} mars 2017. Elle conclut à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès juillet 2009. Elle rappelle que la décision de suppression de rente avait été rendue à sa demande. Elle était alors convaincue que si elle mettait fin à sa rente, elle guérirait. Or, selon la Dresse C_____, sa capacité de travail est nulle dans toute activité depuis sept ans, soit depuis 2009. Son état de santé n'a fait que s'aggraver au fil des années depuis ce moment-là. Du reste, elle n'a jamais retrouvé un travail depuis 2009, à cause des affections dont elle souffre, lesquelles ont entraîné plusieurs hospitalisations.

Elle a versé au dossier un rapport de la Dresse B_____, daté du 31 janvier 2017, dans lequel celle-ci indique que

« Veuillez trouver ici les réponses aux questions relatives au traitement que j'ai fourni à *l'assurée*. Elles diffèrent certainement des informations que vous communique cette patiente. (...)

J'ai rencontré *l'assurée* le 17 octobre 1997 pour la première fois.

Nos rendez-vous étaient mensuels ou parfois même deux fois/mois avec des traitements médicamenteux d'assez peu d'efficacité et moult intolérances.

Ses plaintes, outre des aspects douloureux qui ont mené à un diagnostic de fibromyalgie (pas par moi) étaient les difficultés conjugales, avec selon ses dires de la violence conjugale, des difficultés éducatives avec ses enfants et particulièrement son dernier fils H_____, des complications administratives et financières au Portugal, et des conflits liés à sa foi (désaccord de ses proches). Des problèmes professionnels ont été aussi évoqués.

Elle a été mise au bénéfice d'une rente AI.

À cette époque je retenais le diagnostic de dépression et elle a reçu différents traitement antidépresseurs avec une efficacité très relative et comme dit plus haut des intolérances.

Nos rendez-vous sont devenus beaucoup plus rares et les choses ont continué d'évoluer cahin-caha : conflit conjugal, séparation, retrouvailles, foi discutée par ses proches etc, et en 2006, malgré ce contexte, elle affirme aller très bien.

Mon avis était que son état ne progressait pas globalement, avec des fluctuations thymiques positives pouvant laisser croire à une amélioration.

Je la vois une fois en 2007. Statu quo.

En 2008, elle me contacte pour une reprise d'activité et renonciation à sa rente AI, ce dont je n'arrive pas à la dissuader. Les éléments qu'elle évoque sont délirants (Dieu l'a guérie...!)

En 2009, je ne l'ai pas reçue et je ne peux me prononcer sur son état à cette période : mon hypothèse est cependant qu'elle ne devait pas aller bien, même si elle affirme le contraire. Cet aspect est à évaluer avec ses proches.

En 2010, une seule consultation: elle est superposable, en recherche d'emploi.

J'ai reçu des téléphones alarmants de son mari me demandant un avis, mais en absence d'accord de *l'assurée* pour des consultations, il m'était impossible de rien faire. Par ailleurs les proches semblaient très ambivalents par rapport à une prise en charge contre le gré de la patiente : probablement en raison de la peur qu'elle peut susciter.

Ma dernière entrevue avec elle date du 23 octobre 2014, elle vient avec son mari. À cette date elle est très tonique, agressive si on la contredit et délirante. Elle a des idées de persécution importantes. La consultation s'achève avec son départ en fracas de mon cabinet. J'ai eu peur pour moi-même et n'ai pas insisté pour la retenir. Le mari semble débordé et effrayé, mais en même temps pas prêt à des mesures plus contraignantes.

Je préviens les Urgences de Psychiatrie de cette décompensation, n'arrivant pas négocier pour une ENV à Belle-Idée. Probablement resté sans suites, faute de convaincre la patiente ou sa famille de se présenter aux HUG. En tout cas je n'ai pas eu d'avis de prise en soins ailleurs.

Je ne l'ai pas revue et vous avons définitivement mis un terme à notre relation après mon refus catégorique de poursuivre un traitement dans ce contexte. J'ai adressé tout le dossier administratif (sans en garder de copie) à la Dresse C_____ le 10 février 1015, ce qui explique pourquoi certaines des informations que je vous fournis ici sont de mémoire et non datées avec certitude.

(...) *L'assurée* n'allait pas mieux et n'était certainement pas capable de discernement en raison d'un état délirant quand elle a demandé la suppression de rente. Mais je ne sais pas pourquoi elle n'allait pas mieux: absence de traitement, augmentation des conflits extérieurs, évolution défavorable de son trouble psychique etc. ».

12. Le médecin du SMR s'est déterminé, le 31 mars 2017. Il admet que l'examen de toutes les pièces médicales versées au dossier permet de constater que le trouble délirant était incapacitant bien avant l'hospitalisation de novembre 2014, sans toutefois pouvoir préciser à partir de quelle date. Il relève que la Dresse B_____ signale qu'en 2010, une seule consultation a eu lieu et que par la suite, elle a reçu des appels alarmants de son mari, au point qu'une hospitalisation en milieu spécialisé en non volontaire est évoquée. Le médecin du SMR note qu'on ignore à quelles dates ont eu lieu ces appels. Il rappelle qu'en octobre 2014, l'état de l'assurée se détériore (décompensation) et requiert une hospitalisation en milieu psychiatrique. Il en conclut, sur la base du rapport de la Dresse B_____ ayant suivi l'assurée dès 1997, que l'état de celle-ci s'est détérioré progressivement, au plus tôt en 2010 et au plus tard en novembre 2014.

Aussi l'OAI, dans sa réponse du 13 avril 2017, a-t-il reconnu le droit de l'assurée à une rente entière dès août 2015, soit six mois après le dépôt de la nouvelle demande.

13. Dans sa réplique du 15 mai 2017, l'assurée a persisté dans ses conclusions, considérant que le recours devrait être admis totalement et non partiellement. Elle souligne à cet égard que sa rente n'aurait jamais dû être supprimée et reproche à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit le dossier lorsqu'elle avait elle-même demandé la suppression de sa rente. Sa demande était en réalité le signe d'une aggravation de son état de santé. Selon la Dresse B_____ du reste, c'est uniquement du point de vue de sa patiente que tout allait bien.
14. Dans sa duplique du 10 juillet 2017, l'OAI a informé la chambre de céans qu'il persistait dans ses conclusions tendant à l'admission partielle du recours.
15. Par courrier du 12 septembre 2017, l'assurée a indiqué qu'« elle n'avait pas eu le choix de retourner à l'AI », les recherches de travail pour lesquelles elle avait fait beaucoup d'effort étant restées vaines.
16. Le 16 janvier 2018, la chambre de céans a informé l'OAI qu'elle envisageait de constater la nullité de la renonciation à sa rente formée par l'assurée le 20 janvier 2009 et lui a imparti un délai pour se déterminer.
17. Par courrier du 5 février 2018, l'OAI a rappelé qu'il avait entamé une procédure de révision et supprimé le droit à la rente de l'assurée par sa décision du 8 juin 2009, sur la base d'un avis du SMR du 23 avril 2009 selon lequel il y avait eu amélioration de l'état de santé à partir du 6 juin 2008.

Il souligne que c'est à lui qu'il appartenait de constater la nullité de la déclaration écrite de renonciation au moyen d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA. Or, il n'avait précisément pas rendu une telle décision dans le cas d'espèce. Aussi considère-t-il que la question de la nullité de la renonciation sort de l'objet du présent litige. Il précise quoi qu'il en soit que cette renonciation avait été traitée en 2009 comme une demande de révision et avait été instruite comme telle.

Il conclut dès lors au maintien de ses précédentes conclusions.

18. Le 13 mars 2018, l'assurée a persisté dans les conclusions de son recours. Elle fait valoir que, selon toute vraisemblance, elle n'avait pas la capacité de discernement lors de sa demande de suppression de rente en janvier 2009.

Elle rappelle qu'elle était à cette époque sous l'influence d'une secte qui lui faisait croire que si elle n'avait plus de rente, elle guérirait.

Elle relève que lorsqu'elle a renoncé au versement de sa rente d'invalidité, elle n'avait ni travail ni aucun autre moyen de subsistance, de sorte que son époux a dû subvenir à ses besoins et à ceux de leurs enfants, et assumer l'intégralité de ses frais médicaux.

Constatant que selon l'OAI, la question de la nullité de la déclaration de renonciation sort de l'objet du litige, du fait qu'aucune décision n'a été rendue à cet égard, l'assurée soutient que la suppression erronée de sa rente était un fait connu lorsque l'OAI a rendu sa décision du 20 décembre 2016.

19. Ce courrier a été transmis aux parties, et la cause 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA).
3. Le litige porte sur la naissance du droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.
4. Le droit à une rente d'invalidité naît en général lorsqu'une personne s'est retrouvée en moyenne en incapacité de travail à 40 pour cent au moins sans interruption notable durant une année (art. 6 LPGA) et qu'au terme de l'année en question, elle a été reconnue invalide à 40 pour cent (art. 8 LPGA), sans que sa capacité de gain ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 LAI).

La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA (art. 29 al. 1 LAI).

5. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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 dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la

modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

Avant l'entrée en vigueur de l'art. 24 al. 1 LPGA, la jurisprudence avait précisé que l'art. 88bis al. 1 RAI prévalait sur les dispositions générales de la LAI en matière de paiement de prestations arriérées, s'appliquait à toute modification du droit à la rente, que ce soit par le biais d'une révision ou d'une reconsidération, et prévoyait que la modification intervenait en principe avec effet ex nunc et pro futuro. Quand bien même l'art. 88bis al. 1 RAI visait le cas de la modification d'une rente en cours, la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en relation avec l'art. 88bis al. 1 let. c RAI a, contre la teneur explicite de cette disposition et la systématique de l'ordonnance, étendu l'application de ces principes au cas de la reconsidération d'une décision de refus de rente, tout en précisant que l'application de cette disposition se limitait au cas où l'erreur qui avait donné lieu à reconsidération avait été commise dans l'appréciation d'une question spécifique du droit de l'assurance-invalidité. En revanche, lorsque l'erreur constatée dans la procédure de reconsidération portait sur une question analogue au domaine de l'assurance-vieillesse et survivants, la modification avait lieu avec effet rétroactif (ex tunc), dans les limites du délai de péremption de cinq ans (ATF 129 V 211 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_628/2014 du 7 avril 2015 consid. 3.3).

Aux termes de l'art. 88a RAI,

«¹ Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

² Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour

l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie ».

Selon l'art. 29bis RAI,

« Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi ».

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015).

Lorsqu'une rente est diminuée ou augmentée dans le cadre d'une procédure de révision, la décision de révision remplace la décision à réviser. Cela vaut également lorsque la rente versée jusque-là est confirmée après l'examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit. Cela a également pour conséquence que lorsque la décision de révision est révoquée par la voie de la reconsidération ou de la révision, cela ne fait pas renaître la décision initiale, qui reste absorbée par cette décision de révision et partage son sort. Sont réservés les rares cas dans lesquels la décision de révision est nulle. Ainsi, il y a lieu lors de la reconsidération d'une décision de révision manifestement erronée d'examiner le droit à la rente ex nunc et pro futuro, sans qu'il faille examiner en second lieu s'il existe également un titre de révocation de la décision initiale (ATF 140 V 514 consid. 5.2).

7. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

b. Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un

changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

c. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2).

d. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 141 V 405 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_265/2016 du 16 août 2016 consid. 2).

8. En l'espèce, l'OAI avait, par décision du 8 juin 2009, supprimé la demi-rente versée à l'assurée depuis le 1^{er} novembre 2007, accédant ainsi à la demande de celle-ci. Il s'était fondé sur la note établie par le médecin du SMR le 23 avril 2009.

À la suite du courrier à lui adressé par l'assurée le 26 février 2015, l'OAI a confié au Dr D_____ la mission d'expertiser l'assurée. Celui-ci, dans son rapport du 18 août 2016, a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité, faisant notamment état d'une hospitalisation à Belle-Idée du 21 novembre 2014 au 13 février 2015.

Par décision du 20 décembre 2016, l'OAI a dès lors reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2015, en application de l'art. 28 al. 1 let. b LAI.

Dans sa réponse au recours du 13 avril 2017, il a toutefois admis que l'état de santé de l'assurée s'était détérioré antérieurement, mais au plus tôt en 2010, et a fixé le départ du droit à la rente au 1^{er} août 2015, en application de l'art. 29 LAI.

9. L'assurée conteste ce point de départ et fait valoir que lorsqu'elle avait annoncé qu'elle renonçait à recevoir sa rente d'invalidité en janvier 2009, sa capacité de travail était en réalité nulle dans toute activité.

10. Aux termes de l'art. 23 LPGA,

« ¹ L'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues. La renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir. La renonciation et la révocation font l'objet d'une déclaration écrite.

² La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales.

³ L'assureur confirme par écrit à l'ayant droit la renonciation et la révocation. L'objet, l'étendue et les suites de la renonciation et de la révocation doivent être mentionnés dans la confirmation ».

Même sous l'empire des dispositions de la 10^e révision de l'AVS entrées en vigueur au 1^{er} janvier 1997, il convient de s'en tenir à la jurisprudence selon laquelle il ne peut être renoncé à des prestations de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité qu'exceptionnellement, à condition que le bénéficiaire des prestations y ait un intérêt digne de protection et que la renonciation ne lèse pas les intérêts d'autres personnes impliquées (y compris l'AVS et l'AI).

Aussi un intérêt digne de protection a-t-il été nié à une femme bénéficiaire d'une rente de vieillesse depuis le 1^{er} décembre 1997, qui entendait renoncer à sa rente en faveur de la rente entière, avec rente complémentaire, qui devait être versée à son mari depuis le 1^{er} février 2000 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances H 167/01 du 10 janvier 2003).

La personne assurée qui bénéficie de mesures d'ordre professionnel n'a pas d'intérêt digne de protection à la renonciation d'une mesure en cours, aussi longtemps que celle-ci n'a pas atteint le but de réadaptation visé et ne lui procure pas une capacité de gain équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. Une renonciation prononcée en de pareilles circonstances ne saurait lier la personne assurée et doit

par conséquent être frappée de nullité, indépendamment des raisons invoquées par l'administration pour justifier la signature d'une telle renonciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2010).

11. Selon la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), valable depuis le 1^{er} janvier 2010, état au 1^{er} janvier 2018, n^{os} 1024 à 1028 :

L'assuré ou son représentant légal peut retirer sa demande ou renoncer à des prestations, à moins que l'intérêt légitime de l'assuré lui-même ou d'autres personnes concernées ne s'y oppose (art. 23, al. 1 et 2, LPGA). La déclaration de retrait ou la renonciation aux prestations doit revêtir la forme écrite, ne contenir aucune réserve et être munie d'une signature. Il n'est en principe pas possible de renoncer à l'exécution de mesures de réadaptation d'ordre professionnel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_576/2010 du 26 avril 2011 consid. 4.3.3).

Les offices AI traitent directement les retraits, qui peuvent être admis seulement s'ils ne sont pas préjudiciables à l'intérêt légitime de l'assuré lui-même, d'autres personnes concernées (par ex. enfants, conjoint), ou d'institutions d'assurance ou d'assistance (art. 3b, al. 2, let. e à l, LAI), et ne tendent pas à contourner des dispositions légales. Pour la contribution d'assistance, les ch. 1020 ss CCA sont applicables.

Lors de situations où un tiers responsable est impliqué, l'office AI, avant de décider, soumet le retrait ainsi que les actes au service de recours compétent pour avis.

La question de la renonciation aux prestations ne se pose en principe qu'une fois que l'office AI a, par voie de décision, octroyé des prestations. Jusque-là, l'assuré peut retirer sa demande conformément au ch. 1024. Le recours demeure réservé.

La renonciation peut à tout moment être révoquée. En cas de révocation, les prestations ne pourront toutefois être versées que pour l'avenir. Les paiements rétroactifs pour des périodes antérieures à la révocation sont exclus.

Les renonciations aux prestations sont envoyées avec le dossier à l'OFAS. Les renonciations à la contribution d'assistance (cf. ch. 1026 CCA) et aux moyens auxiliaires ne doivent pas être transmises à l'OFAS.

Si le retrait de la demande est admis, cette décision est communiquée par écrit à l'assuré (art. 23, al. 3, LPGA). Si le retrait de la demande ne peut pas être admis (intérêt de tiers ou intérêt propre dignes de protection), une décision formelle est rendue.

12. En l'espèce, l'OAI considère que c'est à lui qu'il incombe de constater la nullité d'une déclaration écrite de renonciation au moyen d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA, et constate qu'en l'espèce, il n'a précisément pas rendu une telle décision. Aussi en conclut-il que la question de la nullité de la renonciation ne peut être traitée dans le cadre du présent litige.

Lorsque l'OAI reçoit une demande de renonciation, il peut soit l'accepter sur la base de l'art. 23 al. 3 LPGA et le confirmer par écrit à l'assuré, soit considérer qu'elle serait préjudiciable aux intérêts de l'assuré ou de tiers et en constater la nullité. On peut parfaitement imaginer le cas où l'OAI accepte la renonciation, alors qu'elle n'aurait pas dû l'être. Dans ce cas, la renonciation est quoi qu'il en soit nulle, et la nullité doit être constatée d'office, précisément dans le cadre d'une procédure telle que la présente.

13. a. Il appartient dès lors à la chambre de céans d'examiner la validité de la renonciation intervenue le 20 janvier 2009 et plus particulièrement de s'assurer que celle-ci ne portait pas atteinte aux intérêts de l'assurée ou à ceux des organes de l'aide sociale. Pour savoir si un assuré a un intérêt digne d'être protégé à la renonciation, l'assureur doit procéder à une pesée des intérêts en examinant la situation personnelle de l'intéressé et les motifs invoqués à l'appui de sa renonciation (Ghislaine FRESARD-FELLAY, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale, in : REAS 2002 p. 337).

La personne assurée qui bénéficie d'une rente d'invalidité n'a pas d'intérêt digne de protection à la renonciation de cette prestation, aussi longtemps qu'elle n'a pas recouvré sa capacité de travail et sa capacité de gain. Une renonciation prononcée en de pareilles circonstances ne saurait la lier et doit par conséquent être frappée de nullité.

Il va de soi que l'assurée n'avait aucun intérêt digne de protection à renoncer à la rente d'invalidité qui lui était allouée, sa capacité de travail ne dépassant à l'évidence pas 50% (art. 28 al. 1 let. c LAI). Il est vrai que la Dresse B_____ fait état le 18 mars 2009 d'une amélioration de son état de santé, mais précise que c'est l'assurée qui désire renoncer à sa rente AI, ce qui laisse penser que cette dernière est la seule à considérer qu'elle pourrait reprendre une activité lucrative. La Dresse B_____ a souligné le 31 janvier 2017 que c'était du point de vue de la patiente que tout allait bien. Elle a de surcroît confirmé à l'expert qu'elle se rappelait d'une patiente qui insistait pour la suppression de sa rente AI, « alors qu'elle n'allait jamais mieux ».

Force est ainsi de constater que non seulement son état de santé ne permettait pas à l'assurée de travailler, mais qu'il lui était également impossible d'effectuer des recherches d'emploi, et partant, de faire valoir une capacité de gain.

- b. Il y a lieu ensuite de déterminer si l'OAI a alors établi les faits de manière exacte.

Force est de constater que le seul rapport à disposition du médecin du SMR est celui de la Dresse B_____ du 18 mars 2009, dans lequel celle-ci se borne à indiquer qu'il y a « une bonne amélioration à tel point que la patiente désire renoncer à sa rente AI ». Ce rapport, fort succinct, ne permettait en tout état de cause pas de conclure que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au point d'entraîner la suppression de toute prestation AI. Le texte rédigé par la Dresse B_____ était pour le moins sibyllin, comme déjà relevé. Il est en réalité

vraisemblable, au degré requis par la jurisprudence, que l'assurée était empêchée, par sa maladie même, de se rendre compte de la situation. Il y a quoi qu'il en soit lieu de douter qu'elle avait alors toute sa capacité de discernement. L'OAI devait d'autant plus se montrer prudent devant la déclaration de renonciation qu'il ne peut être renoncé à des prestations qu'exceptionnellement. Il savait ou devait savoir que c'est en raison d'une décompensation psychotique d'allure mystique que l'assurée avait été hospitalisée à Belle-Idée en novembre 2004. Il est intéressant de relever à cet égard que l'assurée a déclaré dans le questionnaire pour la révision de la rente le 5 février 2009 que l'amélioration de son état de santé « consiste que j'ai réglé mes problèmes avec mon mari et Dieu me donne une autre manière de voir et faire ». Une telle explication aurait dû pour le moins éveiller les soupçons de l'OAI. Il lui appartenait dès lors d'investiguer davantage sur la réalité d'une « guérison » ainsi annoncée, et de ne pas se borner à prendre acte d'une amélioration alléguée de cette façon (note SMR du 23 avril 2009).

c. Il résulte de ce qui précède que la déclaration aux termes de laquelle l'assurée a renoncé à toute prestation AI le 20 janvier 2009 est nulle (art. 23 al. 2 LPGa). La renonciation n'emporte aucun effet formateur de droit ou d'obligation à son égard.

Une autorité doit constater la nullité d'office; ce qu'elle fera non seulement si la décision entachée de nullité fait l'objet de la procédure, mais également si elle est produite comme moyen de preuve dans une autre procédure.

Le propre du régime de la nullité tient à ce que la décision en cause ne déploie aucun effet, quand bien même elle n'a pas été annulée; en soi, personne ne peut donc être contraint de s'y conformer, ni ne peut être puni de ne pas s'y être conformé; cela étant, comme cette décision est présumée valide (n. 990) jusqu'à ce que sa nullité ait été constatée, elle tend dans l'intervalle à exercer la même influence sur le comportement des parties à la relation administrative qu'une décision valide ou annulable - à défaut de déployer quelque effet (Droit administratif général, Jacques DUBEY et Jean-Baptiste ZUFFEREY, 2014, pp. 353 et 354).

La renonciation étant nulle, les prestations n'auraient pas dû être supprimées, étant rappelé que la déclaration de renonciation est un acte formateur et que la décision de l'administration a uniquement un caractère constatatoire (Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, ad art. 23 ch. 51 et 57).

Aussi le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité doit-il être maintenu au-delà du 1^{er} juillet 2009, date à laquelle il a été supprimé.

14. L'OAI soutient, dans ses écritures du 5 février 2018, qu'en réalité la suppression de la rente de l'assurée est intervenue dans le cadre d'une procédure de révision.

Il est vrai que le mandat confié au médecin du SMR le 24 mars 2009 est rédigé en ces termes : « nous sommes dans le cadre de la révision d'office. Le médecin traitant estime que l'état de santé s'est amélioré. Dans quelle proportion ? ». Aussi le médecin du SMR, dans sa note du 23 avril 2009, se borne-t-il à constater que

« En répondant au questionnaire de révision le 5 février 2009, l'assurée indique encore une amélioration et qu'elle peut vaquer à ses travaux de ménage pendant 8 à 10h/jour. Dans son rapport intermédiaire du 19.03.2009, la Dresse B_____, psychiatre traitant ayant examiné l'assurée la dernière fois le 6 novembre 2008, confirme une bonne amélioration de l'état de santé, avec un bon pronostic.

Chez l'assurée, un degré d'invalidité de 100% a été reconnu du 14 avril 2001 au 30 juin 2006, ensuite de 50% à partir du 1^{er} juillet 2006. D'après discussion du dossier à notre permanence psychiatrique, l'amélioration de l'état de santé de l'assurée est suffisamment bien documentée pour pouvoir conclure à une récupération d'une capacité de travail à 100%, à partir du 6 novembre 2008 ».

Force est toutefois de constater que l'assurée a informé l'OAI qu'elle souhaitait renoncer à sa rente le 20 janvier 2009, soit avant que soit initiée une quelconque révision. Le fait que l'OAI ait choisi de traiter la demande de renonciation comme une demande de révision importe peu à cet égard. En effet, on ne saurait admettre qu'une demi-rente d'invalidité soit supprimée dans le cadre d'une procédure de révision sur la base du seul rapport – pour le moins succinct – de la Dresse B_____, du 18 mars 2009.

15. Reste à déterminer la date à compter de laquelle l'assurée a droit à la rente entière d'invalidité, au vu de l'aggravation de son état de santé survenue au plus tôt en 2010 et au plus tard en novembre 2014, selon ce qu'a admis l'OAI. Pour fixer cette fourchette dans le temps, le médecin du SMR s'est plus particulièrement fondé sur le rapport de la Dresse B_____, du 31 janvier 2017.

Le Dr D_____ indique dans son rapport d'expertise du 18 août 2016, que l'assurée présente depuis au moins huit à neuf ans des éléments délirants paranoïaques et parfois d'allure mystique.

En juin 2009, la Dresse C_____ fait également état d'une aggravation survenue entre 2009 et 2015 avec un diagnostic de troubles délirants persistants, paranoïa et délire mystique et mégalomaniaque.

La Dresse B_____ déclare avoir reçu des appels téléphoniques alarmants du mari après sa consultation de 2010, sans toutefois être en mesure d'en préciser les dates.

La chambre de céans renoncera à interroger la Dresse C_____, à laquelle la Dresse B_____ a transmis tout le dossier en février 2015, au sujet de ces dates, dans la mesure où la détermination d'une date plus précise pour l'aggravation importe peu. En effet, l'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d p. 417). Cette disposition

ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3e éd. 2014, n. 35 ad art. 28).

Ainsi, la condition d'une durée de trois mois sans interruption notable exigée par l'art. 88a al. 2 RAI est réalisée, que l'on retienne n'importe quelle date entre 2010 et 2014.

Quant à l'art. 88bis al. 1 let. a RAI, il règle le moment à partir duquel la modification en cause prend effet si la révision est demandée par l'assuré. L'augmentation prend effet au plus tôt dès le mois où la demande est présentée.

L'assurée, ayant déposé sa demande de prestations AI le 26 février 2015, elle a dès lors droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2015.

16. Le recours est, partant, partiellement admis.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, en ce sens que l'assurée a droit au maintien de sa demi-rente au-delà du 1^{er} juillet 2009 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2015.
3. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
4. Met un émolument de CHF 200.- 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