RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4710/2017 **ATAS/518/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2022

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER.	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, a requis des prestations d'assurance-invalidité le 22 mai 2002 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

b. Selon un rapport établi le 2 juin 2002 par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée souffrait, principalement, d'un rhumatisme psoriasique. Il s'agissait d'une patiente portugaise de 38 ans, en Suisse depuis 1985. Cette année-là, elle avait été renversée sur un passage piétons et avait été polytraumatisée. Depuis le mois de septembre 2001, elle se plaignait de douleurs au niveau de l'épaule droite, du sternum, du dos et au gros orteil droit. Bien qu'une suspicion de fibromyalgie ait été évoquée lors d'une hospitalisation en mars 2001 à Beau-Séjour, c'était le diagnostic de rhumatisme psoriasique qui avait été retenu.

c. Le professeur C_____, du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a procédé à une expertise de l'assurée à la demande de l'OAI et conclu, le 25 octobre 2004, que celle-ci souffrait d'un état douloureux chronique diffus présent depuis 1988 environ, de discrets troubles statiques rachidiens, de psoriasis touchant en particulier le dos des mains, de troubles somatoformes douloureux avec plusieurs signes de non-organicité et suspicion de fibromyalgie en 2001. Il n'y avait pas d'argument clinique ni radiologique actuellement en faveur d'un rhumatisme psoriasique. La patiente n'avait pas repris d'activité lucrative depuis de nombreuses années. Son médecin lui avait fait des certificats d'incapacité de travail depuis septembre 2001 motivés par un diagnostic de rhumatisme psoriasique. Sur le plan physique, elle ne présentait pas de limitations particulières, sauf pour la manutention de charges lourdes de façon répétitive et pour des stations debout trop prolongées. Au plan psychique et mental, elle présentait probablement un état anxieux, peut-être dépressif. En revanche, son état mental paraissait satisfaisant. Elle était capable de lire et d'écrire en français. Au plan social, elle n'était pas isolée, voyant fréquemment des amis d'origine portugaise. Comme femme au foyer, elle signalait une certaine limitation de ses activités, surtout pour les travaux lourds et le port de charges. Dans un métier adapté avec positions assise et debout alternatives, sa capacité résiduelle de travail était de 90%. L'activité exercée de vendeuse ou caissière, 7 heures par jour, ou d'employée de maison était exigible avec une diminution de rendement en raison d'une lenteur d'exécution. On pouvait admettre que cette diminution était d'environ 20% à l'heure actuelle et depuis le 14 septembre 2001. La patiente n'avait pas d'employeur, mais l'incapacité de travail ne semblait pas s'être aggravée depuis cette époque.

d. Par jugement du 13 septembre 2005, le Tribunal de première instance a autorisé formellement l'assurée et son époux à se constituer des domiciles séparés et confié à l'assurée la garde de sa fille, née le _____ 1990.

e. Le 21 octobre 2005, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté pour procéder à l'expertise de l'assurée, a conclu qu'elle présentait actuellement tout au plus un léger fond dysthymique. Elle présentait un trouble somatoforme indifférencié de gravité légère. Elle avait une personnalité au tempérament légèrement anxieux, un comportement assez passif-dépendant, éventuellement histrionique, qui ne paraissait pas décompensé.

Sa capacité de travail, du point de vue psychiatrique, était entière dans toute activité adaptée à ses éventuelles limitations somatiques. L'assurée semblait parfaitement accoutumée à sa situation et, vu son âge, on s'étonnait du peu de motivation ou d'ambition à envisager une reprise d'activité professionnelle. Elle avait probablement de la peine à s'imaginer reprendre une activité professionnelle après un éloignement relativement long du monde du travail.

f. Le 20 décembre 2005, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. Suite à l'opposition de cette dernière, il a confirmé sa décision de refus de prestations le 12 avril 2006.

B. **a.** Le 13 août 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

b. Par décision du 27 septembre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée considérant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa dernière décision.

C. **a.** Le 9 janvier 2013, le docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué à l'OAI suivre l'assurée depuis le 14 novembre 2011. En novembre 2011, celle-ci avait eu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et deux épisodes hypomanes, nécessitant une prise en charge hospitalière à la clinique genevoise de Montana du 11 au 25 mai 2012, et un deuxième épisode hypomane en octobre 2012, nécessitant une prise en charge dans un hôpital de jour psychiatrique. Elle était en incapacité de travail totale persistante depuis le 11 mai 2012, malgré un traitement adéquat. Le Dr E_____ retenait actuellement un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, porteur de limitations fonctionnelles persistantes malgré une prise en charge psychiatrique adéquate. Dans ce contexte, une réouverture du dossier de l'assurance-invalidité de l'assurée semblait indiquée.

b. Le 9 avril 2013, le Dr E_____ a signalé que suite à une nette amélioration symptomatique, il avait constaté une disparition durable des limitations fonctionnelles de l'assurée depuis le 1er février 2013 avec une rémission symptomatique. Il objectivait une capacité médico-théorique de 100% depuis le 1er février 2013 et allait essayer d'aider la patiente dans ses démarches pour chercher un emploi. Suite à ce changement positif de son état de santé, elle souhaitait une fermeture de sa demande de prestations à l'OAI. Il la soutenait dans cette démarche, en espérant diminuer le risque d'une rechute ultérieure grâce à un traitement psychothérapeutique et pharmacologique intensif.

c. Par décision du 3 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité, son médecin-psychiatre ayant attesté que son état de santé s'était amélioré depuis le 1er février 2013. Depuis cette date, elle était parfaitement apte à reprendre une activité lucrative à plein temps. Dès lors son invalidité devait être considérée comme nulle au sens de l'assurance-invalidité.

D. **a.** Par courrier du 31 mars 2014, contresigné par l'assurée et reçu par l'OAI le 4 avril 2014, le Dr E_____ a informé ce dernier que malgré un traitement pharmacologique thymorégulateur bien conduit et un suivi hebdomadaire ambulatoire, la patiente avait présenté une troisième rechute hypomane en juillet 2013 et sa capacité de travail était à nouveau nulle depuis le 1er juillet 2013. Depuis janvier 2014, elle avait eu une nouvelle rechute dépressive sévère, sans symptômes psychotiques, qui faisait suite à un état mixte évoluant avec des hauts et des bas depuis novembre 2013. Il objectivait actuellement à nouveau des limitations fonctionnelles significatives, à savoir des troubles de la concentration significatifs, un ralentissement psychomoteur, un isolement affectif et social et des difficultés pour faire son ménage. Dans ce contexte de troubles bipolaires de type II, il retenait une capacité de travail médico-théorique nulle du 11 mai 2012 au 31 janvier 2013, de 50% du 1er février au 14 février 2013 et de 100% du 15 février au 30 juin 2013 à nouveau nulle du 1er juillet 2013 à ce jour (31 mars 2014) et ce, malgré un traitement adéquat et une bonne compliance. Dans ce contexte, une réouverture du dossier de l'assurance-invalidité semblait indiquée.

b. Dans un rapport du 3 juillet 2014, la doctoresse F_____, médecin SMR, a considéré que le psychiatre traitant de l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé psychique et qu'il fallait instruire la nouvelle demande de prestations du 4 avril 2014.

c. Le 29 septembre 2014, le docteur G_____a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis le mois d'août 2013, en parallèle au Dr E_____, en gérant essentiellement les urgences. Il avait proposé ce jour une hospitalisation à la patiente, qui l'avait refusée, et allait chercher un autre projet thérapeutique de type Métairie ou Montana. Celle-ci avait fait une rechute bipolaire, épisode mixte avec fuite d'idées, ralentissement psychomoteur et idées suicidaires. Le pronostic était défavorable. L'assurée était suivie deux fois par semaine à l'heure actuelle. Elle était totalement incapable de travailler dès le 1er août 2013. Il fallait réévaluer son état dans six mois à un an.

d. Selon une note sur le statut, l'assurée a travaillé, de 1989 à 1990, en tant que caissière à l'M_____ et, de 1991 à 1994, en tant que femme de ménage dans un EMS à 50%. Elle avait ensuite souhaité se consacrer à sa famille et à l'éducation de sa fille, ce qui était confirmé par le fait que l'assurée avait précisé dans sa demande de prestations reçue le 17 août 2009 qu'elle était femme au foyer de 1990 à 2005. Le 13 septembre 2005, elle avait divorcé. Elle ne touchait aucune contribution d'entretien de son mari et était entièrement aidée par l'Hospice

général depuis le 1er mai 2005. Selon toute vraisemblance, suite à son divorce et en bonne santé, elle aurait probablement travaillé, à un taux à déterminer.

e. Le 28 mai 2015, le Dr E_____ a indiqué à l'OAI que l'état de l'assurée était resté stationnaire et qu'elle était en totale incapacité de travail depuis le 1er juillet 2013. Il y avait un pronostic défavorable vu les rechutes thymiques malgré une prise en charge intensive et plusieurs hospitalisations.

f. Le 8 juin 2015, le Dr G_____a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis octobre 2014. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité.

g. Des médecins de la clinique genevoise de Montana ont indiqué dans un rapport du 2 janvier 2015 que l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 7 au 28 octobre 2014 pour une stabilisation thymique et un éloignement des facteurs de stress.

h. Le 29 juin 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'afin de clarifier son droit aux prestations, il ordonnait une expertise médicale psychiatrique qu'il confiait au docteur H_____, psychiatrie et psychothérapie FMH.

i. À teneur du rapport établi le 26 septembre 2016 par le Dr H_____, celui-ci n'a posé aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail une cyclothymie et une personnalité dépendante. Ces diagnostics ne limitaient pas fonctionnellement l'assurée, qui était capable de travailler dans son ancienne activité, mises à part les hospitalisations à la clinique genevoise de Montana. Dans une activité adaptée à ses douleurs, elle était capable de travailler à 100%.

j. Le 12 décembre 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière.

k. Le 10 janvier 2017, l'assurée a formé opposition au projet de décision en se fondant sur les arguments du Dr G_____. Celui-ci contestait la valeur probante de l'expertise du Dr H_____.

l. Le 13 mars 2017, le SMR, a considéré après relecture de l'expertise du Dr H_____, que les raisons pour lesquelles celui-ci s'écartait du diagnostic de troubles bipolaires n'étaient pas claires, ce qui faisait douter de ses conclusions. Il était donc nécessaire de programmer une expertise psychiatrique en externe.

m. L'OAI a ainsi ordonné une nouvelle expertise qu'elle a confiée au docteur I_____, psychiatrie-psychothérapie FMH.

n. À teneur du rapport d'expertise du 12 avril 2017 effectuée par le Dr I_____, il pouvait être retenu actuellement un trouble dépressif léger, en tenant compte des critères d'intensité décrits. Il y avait eu des périodes justifiant une incapacité de travail, mais l'assurée pouvait travailler dans l'économie libre à 100%.

o. Dans un avis médical du 20 juillet 2017, la doctoresse J_____ du SMR a estimé que l'expertise du Dr I_____ était convaincante et conduite dans les règles de l'art. Il était cependant nécessaire de poser des questions complémentaires à l'expert concernant la période de juillet 2013 à juin 2016 afin de déterminer si l'incapacité de travail était justifiée pendant cette période.

p. Dans un rapport du 22 août 2017, le Dr I_____ a indiqué qu'il ressortait des rapports du Dr E_____ des 31 mars 2014 et 8 mai 2015 qui prenaient les mêmes données que l'assurée avait été en incapacité complète du 1er juillet 2013 au 28 mai 2015 avec de brèves périodes de rémission partielle, sans détails. Il était impossible sur des données aussi restreintes de faire une appréciation. Il manquait au dossier un élément important concernant les périodes précises d'alternance avec rémission. S'il était évoqué des arrêts de travail, il n'était jamais mentionné s'il s'agissait d'une période dépressive ou maniaque. En d'autres mots, il était parfois difficile, voire impossible, d'être précis quand on appréciait les capacités de travail des années antérieures.

Le Dr I_____ avait préféré indiquer que le diagnostic de trouble bipolaire n'était que possible, considérant que cette pathologie n'était pas claire. Une incapacité de travail durant quatre ans était tout de même surprenante, alors qu'il y avait eu des signes d'amélioration avec des périodes de rémission.

q. Par décision du 26 octobre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Une précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 3 juin 2013. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Après avoir étudié le rapport d'expertise ainsi que les éléments versés au dossier, le SMR ne pouvait retenir une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. De ce fait, l'OAI ne pouvait pas entrer en matière sur sa nouvelle demande.

E. **a.** Le 27 novembre 2017, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle concluait à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 5 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c. Le 20 décembre 2018, la présidente de la chambre de céans a demandé au Dr E_____ de lui transmettre un document mentionnant les dates des rechutes et des rémissions de la recourante, en précisant, à chaque fois, les détails de la symptomatologie présente et le degré de la capacité de travail de la recourante, à compter du début de la prise en charge de celle-ci par ses soins.

d. Le 21 août 2019, la présidente de la chambre de céans a demandé un rapport complémentaire au Dr I_____, suite aux réponses apportées par le Dr E_____ à son courrier du 20 décembre 2019, étant rappelé qu'il avait relevé dans son rapport d'expertise du 12 avril 2017 qu'il manquait des éléments au dossier.

e. Le 27 septembre 2019, le Dr I_____ a indiqué que si l'on tenait compte du rapport du Dr E_____ du 4 janvier 2019, on pouvait difficilement imaginer qu'un employeur accepte d'engager une personne qui avait autant d'arrêts, ceci en considérant les arrêts partiels et complets. Il n'y avait apparemment pas d'amélioration significative, si on lisait le tableau des degrés de capacité de travail. On pouvait se demander pourquoi. L'assurée avait actuellement 55 ans et serait bientôt à l'âge de la retraite. Cette question posait problème à deux niveaux. Le premier concernait le diagnostic. La question se posait de savoir s'il y avait vraiment un trouble bipolaire ou un autre diagnostic et si le traitement était bien suivi et adéquat. Lors de son expertise, il était prescrit de la Dépakine 500 matin et soir et un suivi psychiatrique. On ne savait pas quel avait été le suivi. Il y avait récemment eu une publication intéressante sur le trouble bipolaire, parue dans le Forum Médical suisse 2019 (33-34), 537-546, avec la contribution de plusieurs auteurs dont le professeur Jean-Michel AUBRY, du service des spécialités psychiatriques du département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Dans cette situation qui durait, il serait utile qu'un spécialiste soit interpellé sur le diagnostic et le traitement. Le traitement actuel de type cognitivo-comportemental semblait avoir de bons effets.

f. Le 2 mars 2020, la chambre de céans a demandé au Dr I_____ de répondre à quelques questions complémentaires, lequel a répondu le 30 mars 2020 qu'il ne pouvait se prononcer sur ces questions, car il était débordé et en train d'arrêter son activité de médecin.

F. **a.** Par ordonnance du 23 juillet 2020, la chambre de céans a confié une expertise psychiatrique à la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant que l'expertise du Dr I_____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il avait retenu que la capacité de travail de la recourante était complète, tout en relevant qu'il ne disposait pas d'assez d'informations sur les rechutes et les rémissions et sans tenter de les obtenir auprès du médecin traitant de la recourante. Par ailleurs, dans son complément d'expertise du 22 août 2017, l'expert s'est référé à l'expertise du Dr H_____ – qui n'avait pas retenu d'incapacité de travail – en relevant que le SMR avait estimé le 9 décembre 2016 que l'expertise de ce dernier était convaincante. Or, le SMR avait estimé, dans un avis postérieur du 13 mars 2017, qu'après relecture de l'expertise du Dr H_____, il apparaissait que les raisons pour lesquelles celui-ci s'était écarté du diagnostic de trouble bipolaire n'étaient pas claires, ce qui avait conduit l'intimé à confier une nouvelle expertise au Dr I_____. Enfin, les rapports complémentaires de ce dernier des 27 septembre 2019 et 30 mars 2020 ne répondaient pas clairement aux questions posées par la chambre de céans et ne lui permettaient pas de trancher la cause. Il est ainsi nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique de la recourante, laquelle devrait également porter sur les indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral.

b. Dans son rapport d'expertise du 20 décembre 2021, la Dresse K_____ a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6). La capacité de travail était de 0% dans tout type d'activité depuis le 1er juillet 2013. L'experte a notamment fondé ses conclusions sur un rapport établi par Madame L_____, neuropsychologue FSP.

c. La recourante estime que l'expertise doit se voir accorder une pleine valeur probante, et a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2014.

d. L'intimé considère pour sa part que l'expertise ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante et a maintenu ses précédentes conclusions.

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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

3. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

4. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation [cf. art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 et les références ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et les références ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

L'art. 17 al. 1er 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA.

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).

4.1

4.1.1 La chambre a déjà constaté dans son ordonnance d'expertise que la dernière décision de l'intimé entrée en force datait du 3 juin 2013 et que celle-ci refusait le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité à la recourante. Cette dernière a déposé une nouvelle demande de prestations le 31 mars 2014. L'intimé a ordonné une expertise avant de rendre la décision querellée, par laquelle il a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Dès lors qu'il avait ordonné une expertise, il doit être considéré qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande et ne s'est pas contenté d'apprécier de manière sommaire si l'état de santé de la recourante s'était aggravé.

4.1.2 L'objet du litige porte sur le droit de la recourante a une rente d'invalidité et notamment sur la question de savoir si son état s'est aggravé depuis la dernière décision en force.

4.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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

demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

4.3

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

En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des

différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

4.3.2 Il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs suivants :

Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés.

Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers. Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation.

La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Il convient ensuite d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la

personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées.

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie.

Il s'agit, encore, de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

4.3.3 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective.

4.3.4 La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés

décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

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

4.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

5. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise de la Dresse K_____.

5.1

5.1.1 Le SMR a remarqué que les psychiatres traitants de la recourante avaient retenu le trouble bipolaire de type II, c'est-à-dire avec la présence de phases uniquement hypomanes et non maniaques. Ce diagnostic était répertorié dans la CIM-10, sous autre trouble affectif bipolaire. Cette différence d'appréciation n'avait pas été discutée par l'experte alors que des phases maniaques n'avaient jamais été décrites chez l'assurée, mais seulement des phases hypomaniaques. Le diagnostic de trouble bipolaire II ou autre trouble bipolaire s'accompagnait en général d'une incapacité de travail moins importante que lors du trouble bipolaire I avec phases maniaques et il était ainsi primordial pour le SMR de pouvoir décrire avec précision les crises hypomaniaques ou maniaques survenues, à quelle

fréquence avec quelle gravité, afin de préciser le diagnostic et sa répercussion sur la capacité de travail.

5.1.2 La chambre de céans relève que si un diagnostic psychiatrique est nécessaire pour retenir une incapacité de travail, il n'est en lui-même pas suffisant pour évaluer la capacité de travail de la personne intéressée, puisque selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu d'examiner cette question dans le cas concret sur la base des indicateurs qu'il a développés. En l'occurrence, l'experte a expliqué de façon détaillée et convaincante pour quels motifs elle retenait le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), sur la base des pièces médicales au dossier, des déclarations de la recourante et de la fille de celle-ci ainsi que sur ses propres constats.

La remarque du SMR, qui n'a pas lui-même procédé à une expertise de la recourante, ne remet pas sérieusement en cause le diagnostic posé par l'experte.

5.2

5.2.1 Le SMR a émis des réserves quant à l'appréciation par l'experte de la capacité de travail de l'assurée, au motif que les activités quotidiennes de celle-ci, décrites lors des expertises de 2016 et 2017, s'étaient péjorées en 2020, sans que l'experte commente cette évolution. En 2016, l'assurée appréciait la lecture et regarder la télévision, aller sur internet et promener son chien. En 2017, elle regardait la télévision, faisait parfois des bricolages avec sa petite-fille et promenait son chien. En 2020, l'assurée déclarait ne plus rien faire, oublier d'éteindre le four, rester au lit et ne plus regarder la télévision.

5.2.2 La chambre de céans relèvera tout d'abord que selon ses déclarations à l'experte, la recourante continuait à regarder la télévision en 2020, ce qui ressort de sa description d'une journée type. L'experte n'a pas commenté les différences dans les activités de la recourante relevées par le SMR entre 2016, 2017 et 2020, mais elle a donné des informations générales sur la maladie de la recourante, dont il ressort que l'on ne peut tirer de conclusions sur ces différences, puisque, selon ses termes, le propre de la symptomatologie de la recourante est qu'elle varie et que ses limitations fonctionnelles n'avaient cesser de le faire depuis le début du suivi psychiatrique, en novembre 2011. Ce qui était déterminant en revanche selon l'experte, c'était les troubles mnésiques de l'assurée, lesquels restaient invariables et impactaient considérablement sa vie depuis des années. L'expertisée et sa fille s'étaient organisées autour des dysfonctionnements de l'expertisée au quotidien et, sans sa fille, celle-ci ne pourrait vivre seule à domicile, du fait de ses problèmes de mémoire.

La remarque du SMR ne remet ainsi pas en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

5.3

5.3.1 Le SMR a encore remarqué que la comparaison des examens cliniques lors des diverses expertises mettait en évidence des différences, qui n'avaient pas été commentées par l'experte.

En 2016, l'expert avait indiqué une légère perturbation de la concentration et de la mémoire des faits récents, mais pas de perturbations de l'élan vital, ni de ralentissement moteur, de logorrhée, de fuite dans les idées, de contacts familiers ou de troubles du sommeil.

En 2017, l'expert avait décrit une thymie dépressive avec des moments d'anxiété, une idéation morbide, une expression émotionnelle fluctuante, sans mettre en évidence de ralentissement, ni d'accélération psychique, d'incohérence, de fuite dans les idées, de logorrhée, de fatigabilité, de trouble neuropsychologique. La vigilance, l'attention, l'orientation et la mémoire étaient sans particularité.

En 2020, l'experte relevait un ralentissement psychomoteur, une tristesse, une mémoire déficitaire, une bizarrerie de contact avec la présence de ralentissement et de familiarité. L'experte ne commentait pas ces différences pourtant objectivées.

5.3.2 Il convient là encore de rappeler que la maladie de la recourante a pour spécificité que son état varie, de sorte qu'il n'est pas surprenant que les trois experts aient fait des constats différents.

L'experte a en outre relevé, dans sa discussion, qu'en 2016, le Dr H_____ avait indiqué que l'assurée présentait alors le Hamilton dépression à 10-11 et la concentration et la mémoire des faits récents de celle-ci lui avaient paru légèrement perturbées. Elle présentait une tristesse fluctuante en fonction des événements, mais l'humeur n'était pas dépressive. Le Dr H_____ avait relevé la présence de sentiment d'infériorité, de dévalorisation et de découragement et ajouté que l'assurée n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et qu'elle présentait des tensions nerveuses et une irritabilité par moment. Selon la Dresse K_____, en dehors des aspects contradictoires contenus dans les conclusions du Dr H_____, le status tel que décrit par celui-ci apparaissait loin d'être dans la norme et évoquait une symptomatologie dépressive. Contrairement aux conclusions du Dr H_____, la Dresse K_____ estimait que tous les éléments évoqués par ce médecin concordaient pour poser ce diagnostic de trouble bipolaire de type II. En effet, le recul sur plusieurs années démontrait un état psychique instable, fragile, des décompensations de type hypomane avec des épisodes dépressifs à répétition chez la recourante. Les rémissions étaient incomplètes, car celle-ci présentait des symptômes dépressifs ou mixtes en périodes dites de rémission. Le diagnostic de cyclothymie évoqué par le Dr H_____ devait être écarté, au vu de la gravité des troubles de l'humeur de la recourante. L'experte a également expliqué que dans l'hypomanie, l'élévation de l'humeur et de l'énergie et de l'activité était accompagnée d'un sentiment de bien-être et d'efficacité psychique et physique. Ces symptômes n'entravaient pas

forcément le fonctionnement professionnel et pouvaient même permettre une productivité professionnelle augmentée du fait d'un entrain et de l'augmentation de l'énergie et de la réduction des besoins en sommeil. L'hypomanie ne comportait pas forcément tous les signes d'une manie tels que fuite des idées incohérence, sauts du coq à l'âne, suppression du sommeil, hyperphagie, achat compulsif. Il était donc possible que par moments l'assurée puisse ne pas présenter de perturbations de l'élan vital, ni de ralentissement moteur, alors qu'à d'autres moments, elle puisse apparaître déprimée.

Cette remarque du SMR ne remet ainsi pas en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

5.4

5.4.1 Le SMR a remarqué que dans son rapport de décembre 2020 l'experte neuropsychologue décrivait : « une mémoire de travail dans les normes, une mémoire épisodique verbale déficitaire en apprentissage, limite en différé, et une mémoire épisodique visuo-spatiale dans les normes ». En tenant compte de plus d'une absence de validation des tests, il était difficile de conclure à une déficience sévère de la mémoire de manière objective. Ainsi, les plaintes de l'assurée sur ses troubles mnésiques étaient subjectives.

5.4.2 Sous discussion, l'experte a indiqué que l'expertisée avait d'importants troubles de la mémoire de fixation, qui pouvaient la mettre dans des situations dangereuses (en laissant le four ou le fer à repasser allumés par exemple). Ces troubles mnésiques avaient été confirmés lors de l'examen neuropsychologique de décembre 2020. Les tests de validation effectués lors de celui-ci étaient destinés à repérer les simulateurs. Dans le cas d'espèce, ces tests étaient positifs. Mais, selon la neuropsychologue, l'assurée avait progressé dans ces tests au fil de la passation, ce qui n'aurait pas été le cas d'un simulateur. Il apparaissait plutôt que l'assurée avait une difficulté à participer et à se mettre en route dans une activité. À la fin du bilan neuropsychologique, elle avait été contente d'avoir pu s'investir dans quelque chose de mental, mais elle l'avait fait avec une grande lenteur et de nombreuses difficultés. Lors de la passation de tests en cabinet, la même constatation avait été faite. Même si elle était collaborante, l'assurée avait rempli les quatre tests très lentement. Ses mémoires étaient fortement impactées. L'experte a également indiqué que, de façon générale, une symptomatologie dépressive était la plupart du temps assortie de troubles mnésiques et que ceux-ci persistaient souvent longtemps après l'amélioration des autres symptômes. Les troubles mnésiques importants objectivés cliniquement chez l'assurée pouvaient s'inscrire dans le tableau dépressif récurrent.

L'experte a également mentionné dans son expertise que l'assurée ne faisait rien de ses journées, qu'elle essayait de lire mais ne retenait pas grand-chose et qu'elle regardait la télévision sans se rappeler des programmes.

La remarque du SMR ne suffit pas à remettre en cause l'expertise judiciaire.

5.5 L'analyse faite par l'experte des indicateurs de gravité développés par le Tribunal fédéral est convaincante. Il en ressort en effet que l'atteinte psychiatrique dont souffre la recourante est grave et qu'elle l'impacte de manière conséquente dans sa vie quotidienne, en particulier en raison de ses troubles mnésiques, en raison desquelles elle dépend en grande partie de l'aide de sa fille. Ces troubles ont été constatés dès 2011 par le Dr E_____, puis confirmés par la suite, notamment par le rapport d'examen neuropsychologique du 12 décembre 2020, tel que commenté par l'experte, sous la rubrique discussion de son rapport.

S'agissant de la cohérence, l'expert n'a pas constaté d'exagération des symptômes et a relevé que la symptomatologie mixte mêlait à la fois un ralentissement psychomoteur, une lenteur à la tâche et une certaine familiarité avec labilité émotionnelle, ce qui donnait une impression de non cohérence, qui était toutefois due au diagnostic. Cela peut expliquer les conclusions différentes des autres experts.

Il ressort de l'expertise que l'atteinte à la santé limite l'assurée de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs).

Sa vie sociale est plus limitée qu'avant son atteinte à la santé, quand bien même elle n'est pas inexistante.

La recourante souffre de douleurs, qui ont été constatées par l'experte. Le Dr C_____ a retenu, le 25 octobre 2004, qu'elle souffrait d'un état douloureux chronique diffus présent depuis 1988 environ, de discrets troubles statiques rachidiens, de psoriasis touchant en particulier le dos des mains, de troubles somatoformes douloureux avec plusieurs signes de non-organicité et suspicion de fibromyalgie en 2001. Cette atteinte constitue un comorbidité, qui réduit les ressources de recourante.

La recourante est compliante, ce qui ressort des rapports médicaux et d'un dosage de Depakin effectué par l'experte, mais les traitements n'annulent pas les crises avec des symptômes dépressifs ou hypomanes. Selon l'experte, il est caractéristique du trouble bipolaire de résister au traitement d'apparaître tout au long de la vie malgré une bonne prise en charge.

5.6 En conclusion, l'expertise et les conclusions de la Dresse K_____ doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6. Sur cette base, il y a lieu de retenir que la recourante est totalement incapable de travailler dès juillet 2013. Il en résulte qu'un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA est ouvert, puisqu'il est ainsi établi que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la dernière décision entrée en force de l'OAI, qui date du 3 juin 2013.

7. Il faut ensuite déterminer son taux d'invalidité.

7.1 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

7.2

7.2.1 La recourante a déposé sa nouvelle demande le 4 avril 2014. Un éventuel droit à une rente d'invalidité ne peut donc naître que six mois après celle-ci, soit dès le 1er octobre 2014, en application de l'art. 29 al. 1 et 3 LAI. À cette date, la recourante était en incapacité de travail totale depuis plus d'un an (art. 28 al. 1 LAI).

7.2.2 Il convient de déterminer le statut de la recourante pour pouvoir fixer son taux d'invalidité.

Dans un questionnaire servant à déterminer son statut, l'assurée a répondu le 31 mai 2002 par la négative, à la question de savoir si, en bonne santé, elle

exercerait une activité lucrative en plus de la tenue de son ménage. Elle avait travaillé à plein temps de 1989 à 1990 et n'avait pas repris le travail à cause de sa maladie.

Selon une note sur le statut du 16 octobre 2014, l'assurée a travaillé, de 1989 à 1990, en tant que caissière à l'M_____ (à 100% selon l'anamnèse de l'expertise judiciaire) et, de 1991 à 1994, en tant que femme de ménage dans un EMS à 50%. Elle avait ensuite souhaité se consacrer à sa famille et à l'éducation de sa fille, ce qui était confirmé par le fait qu'elle avait précisé dans sa demande de prestations reçue le 17 août 2009 qu'elle était femme au foyer de 1990 (année de naissance de sa fille) à 2005. Le 13 septembre 2005, elle avait divorcé. Elle ne touchait aucune contribution d'entretien de son mari et était entièrement aidée par l'Hospice général depuis le 1er mai 2005. Selon toute vraisemblance, suite à son divorce et en bonne santé, elle aurait probablement travaillé, à un taux à déterminer.

Dans un avis du 8 juin 2004, il est indiqué que l'assurée, âgée de 38 ans, mariée, mère d'un enfant de 14 ans, n'a plus travaillé depuis 1990 et était ménagère. Selon son médecin traitant, elle était totalement incapable de travailler depuis le 14 septembre 2001, en raison d'un rhumatisme psoriasique.

Au vu des éléments qui précèdent, il y a lieu de retenir un statut d'active pour la recourante. Sa déclaration à ce sujet de 2002 – selon laquelle elle ne travaillerait pas même en bonne santé – n'est pas déterminante, dès lors que la recourante y indiquait ne pas avoir repris le travail pour des questions de santé, ce qui ressort du rapport établi par le Prof. C_____ le 25 octobre 2004, selon lequel la recourante souffrait depuis 2001 de troubles somatoformes douloureux avec plusieurs signes de non-organicité et suspicion de fibromyalgie. De plus, la situation de la recourante avait changé au moment de la décision de l'intimé, et déjà en 2014, puisque sa fille était alors adulte et qu'elle avait divorcé en 2005 et était à la charge de l'Hospice général, ne touchant pas de contribution d'entretien de son ex-mari. Dans ces circonstances, l'on peut retenir qu'en bonne santé, la recourante aurait travaillé à 100%, étant en outre relevé qu'elle avait travaillé à plein temps pour l'M_____ de 1989 à 1990, soit avant la naissance de sa fille.

7.3 La recourante étant totalement incapable de travailler depuis juillet 2013, elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er octobre 2014, en vertu des art. 28 et 29 LAI.

8.

8.1 Bien fondé, le recours doit être admis et la décision du 26 octobre 2017 annulée.

8.2 Une indemnité de dépens de CHF 3'000.- sera allouée à la recourante à la charge de l'intimé.

8.3 Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent être mis à la charge de l'assureur (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), si ce dernier a

procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier des manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

En l'espèce, une expertise judiciaire a été ordonnée par la chambre de céans le 23 juillet 2020, qui a considéré que cette mesure d'instruction était nécessaire, en raison de l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr I_____. Il se justifie, en conséquence, de mettre les frais de l'expertise à la charge de l'intimé.

8.4 Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 26 octobre 2017.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2014.
5. Alloue à la recourante une indemnité pour ses dépens de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met les frais de l'expertise judiciaire de CHF 7'024.98, selon la facture de CHF 1'024.98 du 18 janvier 2021 de Mme L_____ et la facture de CHF 6'000.- du 20 décembre 2021 de la Dresse K_____, à la charge de l'intimé.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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