

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/536/2015

ATAS/645/2016

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 23 août 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian  
DANDRES

Recourante

contre

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

Intimé

---

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente**

---



### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1967, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2004, par décision du 22 février 2005 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), confirmée sur opposition le 30 juin 2005, puis par jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, du 15 mai 2007 (ATAS/555/2007).
2. L'octroi de cette rente entière était motivé par la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et d'un trouble d'anxiété généralisée (F41.1) entraînant une incapacité de travail totale, selon le rapport d'expertise du 6 juillet 2004 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Sur le plan somatique, l'assurée présentait un tableau clinique de fibromyalgie depuis octobre 2001 et des cervico-brachialgies droites sur dysfonction segmentaire depuis mai 2000, mais sa capacité de travail était totale dans toute activité dès novembre 2002, selon le rapport d'expertise du 12 mai 2002 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.
3. Dans le cadre de la révision de son droit à la rente, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après CEMED), laquelle a été effectuée par les Drs D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. Dans leur rapport des 21 novembre et 13 décembre 2007, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci présentait une dysthymie, une fibromyalgie (2002), des discopathies sous forme de hernies discales C4-C5 et C5-C6 (2006), des troubles statiques du rachis et séquelles de maladie de Scheuermann (radiologiquement modérés) et une surcharge pondérale, mais ces troubles n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail. Sur le plan somatique, les experts ont constaté une situation comparable à celle déjà décrite précédemment par les autres somaticiens, à savoir la présence d'un tableau clinique de fibromyalgie. Il n'y avait pas de signe d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique, en particulier aux membres supérieurs, permettant d'affirmer que les hernies discales cervicales jouaient un rôle clinique pertinent. L'ensemble de la pathologie somatique ne diminuait pas la capacité de travail de manière significative et durable, étant relevé que sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas eu de changement par rapport à l'expertise de 2002 du Dr C\_\_\_\_\_. Sur le plan psychique, au plus tard à fin 2005, la situation s'était améliorée et avait atteint le niveau actuel de dysthymie. Ainsi, la capacité de travail était totale, même dans l'activité habituelle, à savoir femme de ménage.

4. Dans un rapport complémentaire du 2 avril 2008, le Dr E\_\_\_\_\_, répondant à une demande de renseignements de la Dresse G\_\_\_\_\_ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a précisé que les douleurs diffuses étaient à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. Il n'y avait pas de symptôme ou de signe clinique clair d'irritation radiculaire ou de déficit neurologique, donc pas de corrélation clinique avec les hernies discales cervicales mises en évidence à l'imagerie de 2006. En conclusion, la présence de deux hernies discales cervicales était une découverte ne jouant pas de rôle prépondérant dans la symptomatologie présentée par l'assurée et elles n'avaient pas de répercussion fonctionnelle significative dans ce cas.
5. Par décision du 24 juillet 2008, se fondant sur l'expertise du CEMED, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
6. Cette décision a été confirmée par le TCAS (ATAS/76/2009), puis par le Tribunal fédéral le 4 décembre 2009 (9C 212/2009).
7. Le 2 mars 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, alléguant que son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise réalisée par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2002. Elle n'a toutefois pas donné suite au courrier de l'OAI lui demandant de produire tous les documents susceptibles de rendre plausible cette aggravation depuis la dernière évaluation, de sorte que, par décision du 31 mai 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière.
8. Le 5 juillet 2010, l'assurée, représentée par son conseil, a recouru. Elle a expliqué que les hernies discales C4-C5 et C5-C6, mises en évidence par imagerie en 2006, avaient par la suite commencé à provoquer des cervicalgies et par voie de conséquence un syndrome douloureux d'une telle intensité qu'elle était fortement handicapée dans l'usage des membres supérieurs, comme l'avait constaté le Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 janvier 2010. Cette détérioration neurologique résultant des hernies cervicales, constituait à l'évidence un fait nouveau dont il était essentiel de tenir compte puisqu'elle diminuait notablement sa capacité de travail. Enfin, la recourante produit un rapport établi par le Dr I\_\_\_\_\_ le 11 janvier 2010.
9. Saisi d'un recours, le TCAS a rendu un arrêt le 30 novembre 2010 (ATAS/1254/2010). Il a constaté que la recourante n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié ou péjoré depuis le 24 juillet 2008 de manière à influencer ses droits, ni sur le plan somatique, ni sur le plan psychiatrique, a considéré que l'OAI, à juste titre, n'était pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, et a rejeté le recours.
10. Le 19 mars 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

11. Par courrier du 25 avril 2013 adressé à l'OAI, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était modifié et aggravé depuis avril 2012. Il a expliqué qu'à cette date, craignant que sa nièce soit l'objet de malveillance sur internet, elle s'était elle-même connectée et depuis, avait « développé un syndrome persécutoire, se sentant menacée, suivie, convaincue qu'une bande d'hommes lui voulait du mal. Avec sa propre famille, elle devient méfiante, réticente, suspicieuse surtout à l'égard de son mari. Elle se sent constamment surveillée, pense que des caméras ont été installées chez elle. Elle soupçonne "tout le monde", et la relation thérapeutique est mise sous forte tension. J'ai en effet continué de suivre cette patiente à raison de deux séances par mois pour un état dépressif et anxieux récurrent. Mais depuis le printemps 2012, j'ai essayé d'instaurer un traitement neuroleptique de Séroquel, traitement que la patiente refuse de prendre, persuadée qu'elle n'est pas malade, que les problèmes viennent du monde extérieur ». Il ajoute que son comportement est de plus en plus inadéquat et n'assume plus aucune tâche ménagère. Il pose ainsi le diagnostic de troubles délirants persistants et de troubles du comportement associés, et constate que la capacité de travail est nulle « encore plus depuis avril 2012 ».
12. Dans sa note du 26 avril 2013, le médecin du SMR a constaté que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter d'avril 2012 et a proposé d'instruire.
13. Dans son rapport du 21 mai 2013, le Dr H\_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il rappelle que celle-ci souffre de cervicalgies permanentes et fluctuantes, s'accompagnant de cervicobrachialgies avec des douleurs dans toute la main droite. Il précise que les traitements de physiothérapie soulagent un peu les crises violentes, mais pas durablement. Elle présente également des épisodes de lombosciatalgies droites. Selon lui, la capacité de travail est restée nulle et il y a peu d'espoir d'amélioration clinique au niveau des douleurs et sur le plan psychique.
14. Dans son rapport du 3 juin 2013, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé et qu'un nouveau diagnostic devait être posé, celui de trouble délirant persistant depuis avril 2012. L'incapacité de travail était totale, quelle que soit l'activité envisagée, depuis avril 2012.

Interrogé par l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_, par courrier du 23 octobre 2013, a indiqué que « le status actuel est donc toujours un trouble délirant persistant avec des troubles du comportement (agressivité dès que son entourage met en question ses idées délirantes) et dépenses inconsidérées compte tenu des ressources financières de la famille ». Il a précisé que le rythme des séances n'avait pas changé, car la patiente refusait ses propositions thérapeutiques, y compris le traitement neuroleptique, de sorte que l'observance thérapeutique est très limitée. S'agissant des limitations

fonctionnelles, il déclare que « préoccupée de façon constante par ses troubles délirants, elle contacte très régulièrement sa famille, sans participer aux tâches ménagères. Son mari s'occupe de tous les achats alimentaires, prépare tous les repas, car sa femme n'assume pas ses responsabilités. Lorsqu'elle commence une activité, il est rare qu'elle la termine, par exemple le repassage : il est arrivé qu'elle laisse le fer à repasser allumé sur le linge et quitte cette activité, laissant tout sur place. Les troubles de la concentration et la présence de pensées délirantes obsédantes l'empêchent d'effectuer les tâches ménagères ». Sa capacité de travail a été réduite depuis de nombreuses années sur le plan strictement psychiatrique. La nouvelle symptomatologie, à savoir les troubles délirants persistants, limite gravement sa capacité de travail et l'empêche totalement de s'adapter au marché du travail depuis avril 2012. La péjoration actuelle rend impossible la mise en place d'une activité régulière quelle qu'elle soit, compte tenu des troubles de l'adaptation et de la concentration, liés à la nouvelle symptomatologie délirante. Le fait que la plus grande partie des tâches ménagères soit assumée par son mari rend compte, selon lui, des difficultés majeures de la patiente à pouvoir assurer une activité même limitée.

15. Dans sa note du 26 novembre 2013, le médecin du SMR a proposé la réalisation d'une expertise psychiatrique, considérant que le rapport du psychiatre-traitant était essentiellement basé sur les dires du mari de l'assurée.
16. Le docteur F\_\_\_\_\_, psychiatre, a été mandaté pour expertise. Dans son rapport du 11 juillet 2014, l'expert relève que le psychiatre-traitant a rédigé des rapports assez dramatiques, desquels on pourrait déduire que l'assurée est dans un état de persécution permanent et quasi dysfonctionnel pour toute activité familiale, ménagère, sociale et autres. Or, l'assurée lui avait expliqué ce qui lui était arrivé, à savoir qu'elle avait eu l'impression à plusieurs reprises d'avoir été suivie par des hommes et se sentait surveillée, à la suite de l'ouverture d'une adresse sur internet, en lui confiant qu'elle n'en avait parlé ni à son mari, ni à ses enfants. L'expert en déduit qu'elle n'était de ce fait pas habitée par la problématique, voire assujettie ou dominée, mais capable de faire un tri, une sélection, de gérer son anxiété, les informations et son comportement. Elle n'a pas non plus posé une main courante ou plainte pour harcèlement à la police. Selon l'expert, l'ensemble des informations qu'elle a donné contraste très fortement avec ce qui est évoqué dans les rapports de son psychiatre. Il explique en effet qu'« en observation directe, nous avons vu et décrit une personne dans une relative bonne présentation, légèrement maniérée, pas inconsciente de l'effet qu'elle peut avoir sur les hommes, sans ralentissement significatif, dans une attitude psychocorporelle plutôt décontractée, à l'aise et expressive, sans difficulté majeure à s'exprimer en français dans un discours passablement spontané. Elle nous a décrit avec précision les différentes situations

anxiogènes vécues sans globalisation et sans donner l'impression qu'elle est actuellement sous écoute ou en proie à des phénomènes psychotiques ».

L'expert a posé le diagnostic de fluctuation dysthymique et d'état anxieux fluctuant, d'intensité légère. Il explique qu'il n'a pas repris la notion d'un syndrome douloureux somatoforme, « car cette problématique a été déjà examinée à de multiples reprises », rappelant dans ce contexte uniquement que la plainte douloureuse n'était « pas dominante, pas généralisée, circonscrite à la région cervicale et correspondant à un substrat anatomo-pathologique certain ». Selon l'expert, les critères pour un caractère invalidant du syndrome douloureux ne sont pas remplis. Les diagnostics retenus sont sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a pas de limitations significatives, ni sur le plan psychique et mental, ni sur le plan social. Les troubles retenus dans les deux diagnostics perturbent le confort personnel de l'assurée, mais n'ont pas d'impact significatif sur sa capacité de travail. La capacité résiduelle de travail est entière d'un point de vue psychiatrique et théorique dans l'activité antérieure.

17. Le 10 novembre 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de rente d'invalidité était rejetée sur la base du rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.
18. Par courrier du 30 novembre 2014, l'assurée a contesté le projet de décision, ne comprenant pas comment les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ et celles de son médecin traitant pouvaient être si différentes.

Par courrier du 20 novembre 2014, le Dr I\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Il reproche à celui-ci de ne pas avoir pris en considération la capacité de la patiente de donner le change par rapport à son vécu et ses obsessions délirantes. Il affirme que les idées délirantes de persécution persistent à ce jour. Il a lui-même constaté que la patiente perturbe profondément la vie de sa famille proche depuis 2012 avec ses obsessions délirantes, alors que le Dr F\_\_\_\_\_ dit qu'elle n'en a jamais parlé, ni à son mari, ni à ses enfants. Le Dr I\_\_\_\_\_ relève également que « le fait que la patiente n'accepte aucun traitement psychotrope, sauf occasionnellement du Xanax 0,5mg, est relevé comme le fait que je n'aurais pas précisé le status psychique de la patiente, ni prescrit de traitement, ce qui ne correspond pas à la réalité. Mes observations cliniques figurent dans mes différents rapports médicaux, en particulier les difficultés de concentration, l'irritabilité et l'instabilité émotionnelle de *l'assurée*. La patiente refuse toujours actuellement le traitement psychotrope ». Il précise qu'« à mon dernier entretien, le 12 novembre 2014, elle est toujours aussi méfiante et réticente, toujours aussi convaincue d'être poursuivie et menacée et sans aucune critique de ses idées délirantes, ce qui me laisse penser que la patiente a vraiment voulu se montrer sous un jour très favorable au Dr F\_\_\_\_\_ ».

Le Dr I\_\_\_\_\_ souhaite qu'une expertise indépendante soit effectuée, avec audition du mari et des enfants.

19. Dans sa note du 13 janvier 2015, le médecin du SMR a considéré que l'expertise avait valeur probante, qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ et que le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2014 n'apportait pas d'élément clinique objectif susceptible de modifier le rapport SMR du 31 octobre 2014.

20. Par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a confirmé son refus de rente d'invalidité.

21. Par courrier du 27 janvier 2015 adressé à l'OAI, le docteur J\_\_\_\_\_, médecine interne et acupuncture, nouveau médecin traitant depuis mai 2014, a indiqué que

« Dans le peu que je connais, après avoir vu *l'assurée* et sa famille, notamment sa fille, je peux affirmer que la patiente présente un discours tout à fait angoissant avec des idées persécutives et dépressives, se sentant menacée, suivie et épiée dans un contexte d'une histoire particulière, notamment avec l'ancien employeur de son mari. Elle présente également des idées persécutives suite à l'utilisation d'un ordinateur avec une connexion de type Facebook pour lequel elle se sent actuellement suivie et contrôlée.

Dans ce contexte, il est évident que la patiente ne pourrait reprendre une activité professionnelle et que ce profil psychologique est extrêmement délétère pour toute la famille. Il semblerait, d'après les dires de sa fille, qu'elle dépend presque complètement de son entourage pour les activités les plus banales de la vie courante et il paraît évident qu'aucune activité professionnelle ne peut être envisagée actuellement ».

22. L'assurée, représentée par Me Christian DANDRES, a interjeté recours le 18 février 2015 contre ladite décision. Le mandataire reproche au Dr F\_\_\_\_\_ de n'avoir pris contact ni avec le Dr I\_\_\_\_\_, ni avec le Dr J\_\_\_\_\_, ni avec un membre de la famille de l'assurée. Il précise à cet égard que le Dr F\_\_\_\_\_ avait dans un premier temps jugé nécessaire d'entendre le mari, mais qu'il y avait renoncé, l'assurée lui ayant demandé de s'en abstenir.

Elle conclut, préalablement, à ce que les Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ soient entendus, principalement, à l'annulation de la décision du 15 janvier 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

23. Dans sa réponse du 19 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Il se réfère dès lors aux conclusions de l'expert selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée est entière d'un point de vue psychiatrique.

Il rappelle que l'expert ne doit pas obligatoirement se mettre en rapport avec d'autres médecins. La question de l'obtention d'autres avis médicaux relève de sa propre marge d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C 270/2012 du 23 mai 2012). L'expert n'était pas non plus tenu d'auditionner l'époux de l'assurée, contrairement à ce que soutient le conseil de la recourante. Il insiste sur le fait que, dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise est laissée au libre arbitre de l'expert. En l'absence de données médicales pertinentes déniaient toute valeur scientifique au protocole d'évaluation utilisé, il n'appartient pas au juge de remettre en question le principe de leur utilisation (arrêt du Tribunal fédéral 9C 538/2009 du 8 janvier 2010 consid. 3.3).

L'OAI relève que l'argumentation de l'assurée consiste essentiellement à souligner la divergence d'opinion entre l'expert et les médecins traitants quant à la capacité de travail.

Il relève enfin que l'explication donnée par le Dr J\_\_\_\_\_ sur cette divergence de point de vue n'est ni suffisante, ni convaincante, dans la mesure où celui-ci n'explique pas pour quelle raison objective, selon lui, les constatations faites par l'expert ne devraient pas être retenues, ni pourquoi ces conclusions ne seraient pas valables.

24. Dans sa réplique du 18 mai 2015, le mandataire de l'assurée souligne que la manière dont celle-ci vit et interagit, notamment avec ses proches et ses parents, sont des éléments de nature à mettre en doute l'opinion du Dr F\_\_\_\_\_. Il précise à cet égard que son époux a dû faire appel à l'association de soutien aux proches des personnes souffrant de troubles psychiques – Le Relais, et que sa fille a été autorisée à repasser ses examens universitaires en raison du fait qu'elle était confrontée à un « handicap majeur ».

Selon l'assurée, il ne s'agit pas de trancher entre deux appréciations médicales qui s'opposent, comme le dit l'OAI, mais de constater qu'un expert fonde ses conclusions sur une connaissance incomplète de la situation de sa patiente. Elle maintient dès lors ses conclusions, étant ajouté qu'il lui apparaît également nécessaire qu'une expertise judiciaire soit ordonnée.

25. Dans sa duplique du 11 juin 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions, se référant à la note du médecin du SMR datée du 5 juin 2015. Il se détermine sur les nouvelles pièces produites par l'assurée, à savoir :
- l'attestation de Monsieur K\_\_\_\_\_, du Relais, datée du 15 mai 2015. Selon le médecin du SMR, M. K\_\_\_\_\_ n'a pas examiné l'assurée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'accorder un quelconque crédit à son appréciation concernant les répercussions de l'état de santé de l'assurée sur sa capacité de travail.

- la lettre de la fille de l'assurée adressée au doyen de la Faculté de médecine le 18 juin 2012. Selon l'OAI, les descriptions, parfois dramatiques, fournies par ce document, doivent être prises avec une certaine réserve, dans la mesure où cette lettre est destinée à convaincre l'université d'accorder à la fille de l'assurée le droit de poursuivre ses études de médecine.

- le courrier adressé au Dr I\_\_\_\_\_ par le Dr H\_\_\_\_\_ le 24 février 2015. Selon l'OAI, le fait que l'assurée, très contrariée par la lecture de l'expertise F\_\_\_\_\_, se soit adressée au Dr H\_\_\_\_\_ le 20 mai 2015, et que trois jours plus tard, le médecin notait déjà un net apaisement, suggère une variabilité des troubles et leur caractère nettement réactionnel. Le médecin du SMR rappelle à cet égard que le diagnostic de trouble délirant persistant requiert pour être retenu la présence d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées habituellement persistant durant un laps de temps prolongé, parfois toute la vie. Ces idées délirantes ne sont pas conditionnées par la présence de facteurs de stress aigu.

Le médecin du SMR a dès lors considéré qu'aucune des pièces produites par l'assurée n'apportait d'élément susceptible de remettre en question les conclusions SMR du 31 octobre 2014.

26. Par courrier du 6 août 2015 adressé au mandataire de l'assurée, le Dr I\_\_\_\_\_ a constaté que le médecin du SMR ne mentionnait même pas son rapport du 20 novembre 2014, ni celui du Dr J\_\_\_\_\_. S'agissant de la conclusion du médecin du SMR, selon laquelle il n'y a pas de trouble délirant persistant parce qu'il y a une variabilité des troubles, il rappelle que les idées délirantes de persécution de l'assurée sont apparues en avril 2012 et sont toujours présentes à ce jour, à savoir depuis plus de trois ans sans interruption, mais avec des variations d'intensité uniquement. Il considère que le médecin du SMR cherche manifestement à minimiser l'importance du syndrome délirant persécutoire dont souffre l'assurée.

Le mandataire de l'assurée a transmis ce courrier du Dr I\_\_\_\_\_ à la chambre de céans le 19 août 2015, précisant que le 13 août 2015, l'assurée avait fait appel au service des urgences des HUG et que le docteur L\_\_\_\_\_ avait alors envisagé de procéder à une hospitalisation forcée.

Le 13 octobre 2015, il a communiqué la copie du rapport d'intervention psychiatrique du 13 août 2015 à 22h48. Le diagnostic est celui de « Psychotic Disorder NOS (298.9) ». Il apparaît que l'hospitalisation de la patiente contre son gré n'a finalement pas été retenue « en l'absence de critères de risque auto-/hétéro-agressifs dans l'immédiat ».

27. Le 12 novembre 2015, constatant que l'assurée avait été suivie par le CAPPI crise, l'OAI a demandé à ce que les documents y relatifs soient produits.

28. Le 15 décembre 2015, le mandataire de l'assurée a versé au dossier une fiche de renseignements établie par la police, faisant état d'une intervention auprès de celle-ci alors qu'elle montrait des signes de détresse.

Le 1<sup>er</sup> février 2016, il a expressément sollicité l'audition du docteur M\_\_\_\_\_ en plus de celle des Drs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. Il a joint à son courrier des commentaires du Dr I\_\_\_\_\_ datés du 6 août 2015 sur l'avis du médecin du SMR.

29. La chambre de céans a ordonné l'audition du Dr M\_\_\_\_\_ le 15 mars 2016, ainsi que la comparution personnelle des parties.

Le médecin a toutefois informé la chambre de céans qu'il n'avait vu cette patiente qu'une seule et unique fois dans le cadre d'une évaluation, afin qu'elle soit admise dans un programme de soins.

30. Par courrier du 29 février 2016, la chambre de céans a invité l'assurée à lui faire savoir si elle entendait persister à faire entendre le Dr M\_\_\_\_\_.

31. Elle ne s'est pas manifestée, de sorte que l'audience du 15 mars 2016 a été annulée.

32. Par courrier du 22 juin 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise psychiatrique, et leur a communiqué les questions qu'elle envisageait de poser à l'expert.

33. Le 11 juillet 2016, le mandataire de l'assurée a insisté sur le fait qu'il conviendrait que l'expert procède tout d'abord à l'audition des Drs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, puis de sa fille aînée et de son fils, rappelant qu'elle est dans le déni de sa pathologie.

34. Le même jour 2016, l'OAI a fait savoir qu'il n'avait pas de question complémentaire.

35. La chambre de céans a informé les parties que la doctoresse N\_\_\_\_\_ avait accepté de réaliser l'expertise psychiatrique.

36. Les parties ont déclaré qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à faire valoir.

### **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<sup>er</sup> 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 le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité.
4. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

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

5. 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 ou mentale 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

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. 28 al. 2 LAI).

6. 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).
7. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).
8. 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.
9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
11. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).
12. 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).
13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents

invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90, consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

On ne saurait remettre en cause une expertise en procédant à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt du Tribunal fédéral 9C 882/2008 consid. 2.2).

14. Il s'agit en l'espèce d'examiner si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé entre le 24 juillet 2008, date à laquelle l'OAI a supprimé son droit à la rente entière d'invalidité qui lui était jusque-là versée et dont l'octroi avait été motivé par la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et d'un trouble d'anxiété généralisée selon le rapport d'expertise établi par le Dr B\_\_\_\_\_ le 6 juillet 2004, et le 15 janvier 2015, date à laquelle l'OAI a rejeté sa nouvelle demande de prestations.

Pour justifier sa décision de suppression rendue le 24 juillet 2008, l'OAI s'est fondé sur l'expertise réalisée par le CEMED en novembre et décembre 2007. Les experts, dont le Dr F\_\_\_\_\_, n'avaient retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci présentait une dysthymie, une fibromyalgie (2002), des discopathies sous forme de hernies discales C4-C5 et C5-C6 (2006), des troubles statiques du rachis et séquelles de maladie de Scheuermann (radiologiquement modérés) et une surcharge pondérale.

À la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 19 mars 2013, l'OAI a à nouveau mandaté le Dr F\_\_\_\_\_ pour expertise. Celui-ci a posé les diagnostics de fluctuation dysthymique et d'état anxieux fluctuant, d'intensité légère, sans influence sur la capacité de travail. L'OAI a ainsi considéré que l'assurée ne présentait pas de maladie psychique incapacitante, mais tout au plus une dysthymie n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr I\_\_\_\_\_, en revanche, a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était modifié et aggravé depuis avril 2012, affirmant que sa patiente souffrait d'un trouble délirant persistant et de troubles du comportement associés. Il considère que la capacité de travail est nulle en tout cas depuis avril 2012.

Il reproche notamment au Dr F\_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris en considération la capacité de la patiente de donner le change par rapport à son vécu et ses obsessions délirantes.

S'agissant de la conclusion du médecin du SMR, selon laquelle il n'y a pas de trouble délirant persistant parce qu'il y a variabilité des troubles, il rappelle que les idées délirantes de persécution de l'assurée sont apparues en avril 2012 et sont toujours présentes à ce jour, à savoir depuis plus de trois ans sans interruption, mais avec des variations d'intensité uniquement.

15. Force est de constater que les appréciations de l'expert et celles du psychiatre traitant sont diamétralement opposées.

Il ne suffit certes pas que les médecins traitants expriment une opinion divergente de celle d'un expert pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction, notamment pour les motifs qui suivent.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée lui avait confié « ce qui lui était arrivé », tout en précisant qu'elle n'en avait parlé ni à son mari, ni à ses enfants. Il en déduit qu'il ne s'agit pas là d'idées de type obsessionnel, raison pour laquelle, semble-t-il, il ne partage pas les diagnostics posés par le Dr I\_\_\_\_\_. On ne peut que s'étonner des conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ au vu des témoignages des proches de l'assurée. Le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'interroge même pas sur la contradiction qu'il y a entre les déclarations de l'assurée affirmant qu'elle n'a parlé de « ses impressions » qu'à son médecin psychiatre, alors que celui-ci souligne que toute la famille est profondément perturbée par l'attitude de l'assurée, ce qui est confirmé par le fait que l'époux ait fait appel à une association de soutien aux proches des personnes souffrant de troubles psychiques, et par la demande de sa fille de pouvoir repasser ses examens universitaires.

On ne comprend du reste pas à cet égard pour quelle raison le Dr F\_\_\_\_\_ a renoncé à entendre les proches de l'assurée. Le fait que l'assurée lui ait expressément demandé de ne pas le faire aurait au contraire dû attirer son attention sur le fait que celle-ci avait peut-être envie de se montrer sous un jour plus favorable ou plus simplement encore, ne voulait précisément pas faire part à un médecin « inconnu » - en lequel elle n'avait nécessairement pas pu établir un lien de confiance suffisant - de la méfiance qu'elle ressentait.

Le Dr F\_\_\_\_\_ note que « si on remet en question quelques-unes de ses notions personnelles, elle réagit de manière assez défensive », mais ne cherche pas à investiguer davantage sur ce point, au demeurant important, voire déterminant, et ne le discute pas, alors qu'il a eu connaissance des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ quant à des troubles délirants persistants.

De même relève-t-il que l'assurée reste convaincue d'être en incapacité de travail totale pour des raisons physiques (douleurs de nuque) uniquement, sans chercher à

en savoir plus et en ignorant qu'une telle attitude est précisément cohérente avec son refus de prendre un traitement psychotrope signalé par le Dr I\_\_\_\_\_.

Sa connaissance de la situation paraît ainsi pour le moins lacunaire.

La chambre de céans ne peut être convaincue dans ces conditions par le diagnostic qu'il a retenu, à savoir celui de simple dysthymie.

Il apparaît au surplus que si l'hospitalisation de la patiente contre son gré envisagée en août 2015 par le médecin des urgences n'a finalement pas été retenue, c'est au seul motif qu'elle ne présentait pas de risques auto-/hétéro-agressifs dans l'immédiat.

Force est de considérer, au vu de ce qui précède, que les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ n'ont pas valeur probante.

Dans la mesure où l'on ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du psychiatre traitant, il s'ensuit que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juillet 2008, et partant, sur son éventuel droit à des prestations AI.

En conséquence, la chambre de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique, laquelle est confiée à la Doctoresse N\_\_\_\_\_.

\*\*\*

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise psychiatrique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame A\_\_\_\_\_.

Invite l'expert à prendre connaissance du dossier de l'assurée et de celui de la présente procédure, à prendre contact avec les Drs I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, puis à entendre, dans cet ordre, le mari, O\_\_\_\_\_, la fille aînée, P\_\_\_\_\_, et le fils de l'assurée, Q\_\_\_\_\_. Il doit par ailleurs s'entourer d'avis de tiers au besoin.

2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :

1. Anamnèse détaillée.
2. Plaintes et données subjectives de l'assurée.
3. Status clinique et constatations objectives.
4. Quels sont les diagnostics ?
5. Quelles sont ses limitations en relation avec les troubles constatés ?
6. Quelles sont, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail de l'assurée, en pourcent, dans son activité antérieure ? Dans une activité adaptée aux limitations ?
7. Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée et, partant, de sa capacité de travail depuis le 24 juillet 2008, date à laquelle l'OAI a supprimé son droit à une rente d'invalidité sur la base de l'expertise du CEMED des 21 novembre et 13 décembre 2007 ?  
  
L'état de santé de l'assurée s'est-il aggravé ? Depuis quelle date et pour quel(s) motif(s) le cas échéant ?
8. Discuter et commenter les conclusions de l'expert F\_\_\_\_\_, et de celles du Dr I\_\_\_\_\_ et du Dr J\_\_\_\_\_ sur la question des diagnostics, des limitations et de la capacité de travail de l'assurée dans son activité antérieure et dans une activité adaptée.
9. Y a-t-il une possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ?
10. Quel est le pronostic global ?

11. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
3. Commet à ces fins la Doctoresse N\_\_\_\_\_, psychiatre ;
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ;
5. Réserve le fond ;

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le