

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^{er} 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).

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.

2. 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. Ainsi, la capacité de travail était totale, même dans l'activité habituelle, à savoir celle de femme de ménage.
3. 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^{er} jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Cette décision a été confirmée par le TCAS le 27 janvier 2009 (ATAS/76/2009), puis par le Tribunal fédéral le 4 décembre 2009 (9C 212/2009).

4. 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.

Cette décision a été confirmée par le TCAS dans un arrêt du 30 novembre 2010 (ATAS/1254/2010).

5. Le 19 mars 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations.

6. Par courrier du 25 avril 2013 adressé à l'OAI, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'état de santé de sa patiente s'était modifié et aggravé depuis avril 2012.
7. 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.
8. Dans son rapport du 3 juin 2013, le Dr G_____ a confirmé l'aggravation, précisant 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.
9. Le docteur F_____, psychiatre, a été mandaté pour expertise. Dans son rapport du 11 juillet 2014, l'expert a considéré que la capacité résiduelle de travail était entière d'un point de vue psychiatrique et théorique dans l'activité antérieure.
10. Par décision du 15 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité sur la base du rapport d'expertise du Dr F_____.
11. L'assurée, représentée par Me Christian DANDRES, a interjeté recours le 18 février 2015 contre ladite décision.

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

12. Par ordonnance d'expertise du 23 août 2016, considérant que les conclusions du Dr F_____ n'avaient pas valeur probante, et que dans la mesure où elle ne pouvait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du psychiatre traitant, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée à la doctoresse I_____.
13. Celle-ci a réalisé son expertise le 30 mai 2017. Elle a eu trois entretiens avec l'assurée et a également vu le mari et les enfants, ainsi que le médecin traitant. Elle a retenu un trouble délirant persistant. La capacité de travail de l'assurée est nulle tant pour l'activité antérieure que pour une activité adaptée aux limitations (méfiance, sentiment d'être suivie, faculté d'intégrer toute personne potentiellement rencontrée comme un persécuteur).

La Dresse I_____ a précisé que le diagnostic avait évolué d'un état dépressif plus ou moins fluctuant et plus ou moins important accompagnant des douleurs diffuses à un trouble psychotique dans lequel la tristesse et le désespoir ont disparu. L'état de santé de l'assurée s'est aggravé, car la nature de son délire de persécution la pousse à ne pas adhérer aux traitements prescrits par ses médecins.

Le pronostic est extrêmement réservé.

14. Le médecin du SMR s'est déterminé le 5 juillet 2017. Il constate à la lecture du rapport de la Dresse I_____ que le trouble psychotique (délire chronique) est

maintenant manifeste et justifie une incapacité de travail dans toute activité. Il relève toutefois que l'experte n'a pas précisé la date de l'aggravation.

Par courrier du 12 juillet 2017, l'OAI a dès lors admis l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, mais demande à ce que l'experte soit interrogée sur la date de cette aggravation.

15. Le 20 juillet 2017, le Dr I_____ a précisé que celle-ci datait d'avril 2012.
16. Dans une note du 15 septembre 2017, le médecin du SMR a rappelé qu'en 2014, le Dr F_____ avait « motivé les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas retenir un trouble délirant, en l'absence de tout signe ou symptôme de la lignée psychotique lors de son examen clinique (absence des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, de perte de contact avec la réalité) ». Selon l'expérience clinique, seule la présence de ces symptômes aurait pu justifier une incapacité de travail totale. Il constate, sur la base des deux expertises que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis juillet 2014, et considère dès lors que l'experte ne peut être suivie lorsqu'elle fixe à 2012 l'aggravation « sans aucune prise de position quant à l'argumentation développée par le SMR dans son précédent avis, à savoir la comparaison entre l'examen clinique du Dr F_____ et le sien ».

Le 18 septembre 2017, l'OAI a déclaré se fonder sur l'avis du médecin du SMR et maintenir ses conclusions, à savoir qu'une aggravation de l'état de santé ne peut être retenue qu'après l'expertise du Dr F_____.

17. Le 14 novembre 2017, l'assurée s'étonne que l'OAI puisse considérer que l'avis du Dr F_____ demeure pertinent, alors que la chambre de céans lui a nié toute valeur probante.

L'assurée souligne du reste que « si le Dr F_____ avait travaillé selon les règles de son art, il serait parvenu au même constat que l'expertise diligentée par la Haute Cour de céans ».

18. Ces écritures ont été transmises à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont préalablement été examinées dans l'ordonnance d'expertise du 23 août 2016. Il suffit de s'y référer.
2. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
3. Les dispositions légales applicables et la jurisprudence y relative ont également déjà été exposées dans l'ordonnance d'expertise. La chambre de céans se bornera dès lors à rappeler que lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet

égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes

arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 200 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'OAI a admis que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter d'avril 2012 et a proposé d'instruire, mais a rejeté la demande de rente d'invalidité sur la base du rapport d'expertise du Dr F_____.

Reste à ajouter que 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. Dans le cas d'espèce, la question litigieuse doit désormais être tranchée à la lumière du résultat de l'expertise judiciaire ordonnée par la chambre de céans pour les motifs exposés dans son ordonnance d'expertise. Il y a en effet lieu de rappeler qu'elle avait précisément considéré que l'expertise réalisée par le Dr F_____ n'avait pas valeur probante. La chambre de céans a nommé la Dresse I_____ aux fins de procéder à une expertise psychiatrique de l'assurée. C'est donc la valeur probante de son rapport, complété par son courrier du 20 juillet 2017, qu'il convient d'examiner.
5. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise de la Dresse I_____, reçu au greffe de la chambre de céans le 30 mai 2017, remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale.

Sur le fond, la Dresse I_____ retient le diagnostic de trouble délirant persistant et conclut à une incapacité totale de travailler quelle que soit l'activité envisagée, ce que le médecin du SMR admet.

6. Reste litigieuse la date à laquelle l'aggravation de l'état de santé est survenue. La Dresse I_____ a retenu avril 2012.

Selon OAI toutefois, il convient de fixer cette date à juillet 2014, soit après l'examen clinique effectué par le Dr F_____. Il rappelle à cet égard que le Dr F_____ n'avait précisément pas posé, dans son rapport d'expertise du 11 juillet

2014, le diagnostic de trouble délirant, en l'absence de tout signe ou symptôme de la lignée psychotique.

Il y a lieu de rappeler que la chambre de céans avait conclu, dans son ordonnance du 23 août 2016, que les conclusions du Dr F_____ n'avaient pas valeur probante, raison pour laquelle elle avait confié un mandat d'expertise à la Dresse I_____. Elle s'étonne dans ces conditions du raisonnement suivi par l'OAI. Il importe quoi qu'il en soit de relever que le Dr G_____ avait, le 3 juin 2013, confirmé l'aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis avril 2012, indiquant que celle-ci présentait une nouvelle atteinte, soit un trouble délirant persistant depuis cette date.

7. Reste à déterminer le degré d'invalidité. L'incapacité de travail de 100% étant admise quelle que soit l'activité envisagée, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2). Par conséquent, le degré d'invalidité de l'assurée est de 100%, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 LAI).
8. Aux termes de l'art. 29bis RAI, « si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi ».

On est en présence d'une reprise de l'invalidité si l'atteinte ayant valeur d'invalidité et qui a donné naissance au droit s'est réactivée et provoque une invalidité ouvrant de nouveau le droit à une rente, que la rechute survient dans les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée et que la nouvelle incapacité de gain ouvrant le droit à une rente a une durée minimale de 30 jours consécutifs. Dans un tel cas, la rente peut alors être allouée immédiatement, sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente. Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité (OFAS, Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, 1^{er} janvier 2014, n. 4003 ss).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'aucune prestation de rente ne pouvait de toute façon être octroyée avant le dépôt de la nouvelle demande, même si l'art. 29bis RAI prévoit que sera déduite de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. Il a en revanche laissé indécise la question de savoir si l'augmentation de la rente était possible dès le mois où la demande avait été présentée en application de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI ou si l'augmentation ne pouvait intervenir que six mois à compter du dépôt de la nouvelle demande en application de l'art. 29 al. 1 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_348/2014 du 16 octobre 2014 consid. 3.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_888/2011 du 7 mai 2012 consid. 5.2, publié in SVR 2012 IV n° 48 p. 176 ; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.1).

En l'espèce, la suppression de la rente a été prononcée le 24 juillet 2008, confirmée par le TCAS le 27 janvier 2009, puis par le Tribunal fédéral le 4 décembre 2009, avec effet au 1^{er} septembre 2008 (premier jour du deuxième mois suivant la notification).

Il est établi que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé dès avril 2012, soit dans un délai dépassant les trois ans qui suivent la suppression de la rente précédemment versée. Il y a dès lors lieu d'appliquer l'art. 29 LAI.

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

L'assurée ayant déposé sa demande de prestations AI le 19 mars 2013, elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.

9. Aussi le recours est-il admis et la décision du 15 janvier 2015 annulée.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet, en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.
3. Annule la décision du 15 janvier 2015.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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