

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2887/2012

ATAS/533/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mai 2013

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Murat Julian ALDER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1964, portugaise d'origine, est arrivée en Suisse en 1980. Elle a exercé divers emplois, tels que dame d'office, ouvrière dans l'horlogerie et nettoyeuse.
2. En date du 20 septembre 1993, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI ou l'intimé), qui l'a rejetée par décision du 28 août 1997. Cette décision a fait l'objet de recours successifs auprès de la Commission cantonale genevoise de recours en matière d'AVS/AI, alors compétente, puis du Tribunal fédéral des assurances, et a été confirmée.
3. L'assurée a repris un emploi de nettoyeuse à raison de 8h15 par jour du 7 mai au 4 août 2001.
4. a) Le 18 octobre 2001, elle a déposé une seconde demande de prestations, alléguant souffrir de douleurs au dos et à la nuque. Suite à l'instruction du dossier, dans le cadre duquel les Drs A_____, généraliste, et B_____, spécialiste FMH en chirurgie, ont été consultés, l'OAI a à nouveau rejeté, par décisions du 15 mai 2002, sa demande de rente et de mesures de reclassement professionnel.

b) Par arrêt du 19 mai 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a partiellement admis le recours de l'assurée contre la décision de refus de rente, et a renvoyé la cause à l'OAI, pour expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

c) En exécution de cet arrêt, l'OAI a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après la CRR) pour expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, neurologie et psychiatrie).

Le 4 mai 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie de la CRR, a rendu son rapport d'expertise. Il a expliqué que l'anamnèse était donnée sous toute réserve, l'assurée collaborant mal, fournissant des réponses plates, sans consistance, allant toujours dans le même sens d'une douleur obérant toute activité et faisant pratiquement d'elle une impotente. Selon ce spécialiste, les incohérences de l'assurée dans la description de l'aide obtenue de tiers, dans la prise médicamenteuse ou encore dans les limitations de ses activités étaient telles qu'elles lui faisaient perdre toute crédibilité. Elle affirmait souffrir de douleurs intéressant exclusivement l'hémicorps gauche, principalement les membres mais également le tronc. Lors de la mobilisation passive de ces articulations, ce médecin a pu noter un rictus douloureux systématique. L'assurée décrivait sa douleur comme horrible, inexplicable, constante et insomniaque. L'examen clinique a cependant montré qu'elle était en excellent état général ;

toutes les articulations étaient calmes et bien mobiles et ce de façon symétrique. Ce médecin a conclu que l'état douloureux dont se plaignait l'assurée ne trouvait aucun correspondant objectif et que par conséquent, il ne voyait pas comment cautionner une hypothétique incapacité sur la base d'une atteinte à l'appareil locomoteur qui restait à démontrer.

Dans son rapport d'expertise du 18 mai 2005, le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la CRR, a retenu que les plaintes douloureuses de l'assurée dépassaient ce que laisseraient attendre les éléments somatiques objectifs. Elles se situaient dans un contexte psychosocial délétère chez une personne qui souffrait, qui avait des difficultés avec ses enfants et dont les deux parents étaient au bénéfice de rentes de l'assurance-invalidité. Sur la base de ces éléments, ce médecin a fondé sa conviction que les douleurs étaient d'origine psychogène et que le cas de l'assurée entraînait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La comorbidité psychiatrique n'était pas significative, les traits de personnalité pathologiques ne constituant pas un trouble spécifique valant pour une perturbation du fonctionnement personnel et socioprofessionnel ; les éléments schizoïdes n'étaient pas retenus. Ce spécialiste a par ailleurs relevé que l'assurée avait des contacts fréquents avec ses parents, qu'elle décrivait son réseau d'amis comme large et que ses proches l'assistaient de façon conséquente pour son ménage et pour la confection de ses repas. Selon lui, son comportement d'invalidé semblait relever essentiellement de facteurs sortant du champ médical stricto sensu et il s'agissait vraisemblablement d'une situation fixée pour longtemps, puisque les possibilités thérapeutiques avaient été explorées depuis plusieurs années, qu'une psychothérapie n'aurait pas de sens et que les médicaments psychotropes n'avaient pas donné de résultats.

Le 30 mai 2005, le Dr E_____, spécialiste FMH en neurologie de la CRR, a diagnostiqué un syndrome somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significative. Les plaintes de l'assurée concernaient principalement l'ensemble de l'hémicorps gauche, débutant au niveau de la nuque pour s'étendre dans l'ensemble des membres supérieur et inférieur gauches. Il a relevé que l'examen clinique avait été rendu difficile en raison du comportement de l'assurée. Selon ce médecin, l'évaluation a fait apparaître un tableau d'incohérence totale chez une patiente s'auto-limitant à tous les tests et s'estimant invalide, incapable d'une quelconque activité. Il a à cet égard noté qu'elle était aidée dès son réveil par des proches pour sa toilette et ses activités ménagères ; elle sortait toutefois quasiment tous les jours avec ses amis. Ce spécialiste a par ailleurs constaté que l'assurée n'avait pas de plan thérapeutique clair et que tous les traitements, tant physiques que médicamenteux, n'avaient jamais pu améliorer la situation ou avaient été interrompus par l'assurée elle-même. D'un point de vue purement médical, et sans mettre en doute le fait que l'assurée souffrait, il n'était, selon lui, pas possible de démontrer une quelconque limitation qui pourrait empêcher qu'elle reprenne une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

d) Se fondant principalement sur les conclusions du rapport de la CRR, l'OAI a, par décision du 7 juillet 2005 et décision sur opposition du 12 août 2005, rejeté sa demande de rente.

e) Cette décision a été déférée au Tribunal cantonal des assurances sociales, lequel a recueilli des renseignements auprès des Drs F_____, G_____ et H_____. La Dresse F_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué, le 24 novembre 2005, ne pas pouvoir se prononcer sur le degré d'incapacité de travail de l'assurée, attendu qu'elle ne l'avait pas suffisamment rencontrée. Le Dr G_____, généraliste, a quant à lui signalé suivre l'assurée depuis 1997 pour des maux de tête, des insomnies, des douleurs abdominales et ostéoarticulaires et a relevé la présence éventuelle d'une fibromyalgie et une amélioration de sa dépression. D'après lui, elle était en totale incapacité de travail pour des raisons psychosomatiques. Enfin, le Dr H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que les aspects sociaux très compliqués de l'assurée pouvaient être la conséquence d'un trouble psychique de type anxiété-dépression, laquelle n'avait pas pu être évaluée de manière suffisante lors de son unique consultation.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales a débouté l'assurée par arrêt du 11 avril 2006. Il a considéré que le rapport de la CRR présentait pleine valeur probante, que les rapports des autres médecins n'étaient pas suffisamment détaillés pour remettre en cause sa valeur probante et que le syndrome douloureux somatoforme présenté par l'assurée n'était pas invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique suffisamment importante et de réalisation de plusieurs des autres critères prévus par la jurisprudence.

f) Cet arrêt a été confirmé par le Tribunal fédéral en date du 13 avril 2007.

5. a) Le 9 février 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, indiquant qu'elle souffrait de dépression, de migraine et de lombalgies chroniques, atteintes existant depuis 2001.

b) Invitée par l'OAI à produire tous documents médicaux utiles permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la précédente évaluation, l'assurée lui a transmis, en date du 9 mars 2009, divers documents, dont une grande partie fait état de son état de santé avant la décision sur opposition du 12 août 2005. Certains rapports sont postérieurs à cette décision, soit notamment :

- un certificat du 15 mai 2006 du Dr G_____, lequel a retenu un syndrome musculo-articulaire, algique, erratique, chronique, s'accompagnant de troubles du sommeil, de troubles neurovégétatifs et d'une dépression, et caractérisé par une fibromyalgie depuis quelques temps. L'assurée présentait une incapacité de travail ;

- un rapport du 17 novembre 2006 de la Dresse I _____, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué que l'assurée était dépressive et très ralentie, qu'elle souffrait de céphalées depuis de nombreuses années, lesquelles étaient quotidiennes depuis un mois. Il n'existait cependant aucun trouble neurologique objectif, les résultats de l'IRM récente étant normaux ;

- un rapport du 26 avril 2007 de la Dresse J _____, spécialiste FMH en gastro-entérologie hépatologie, laquelle a attesté avoir vu l'assurée pour une gastroscopie. Elle se plaignait de douleurs épigastre-hypochondres droits avec brûlures et crampes. L'examen effectué était rassurant et un traitement a été mis en place ;

- une attestation du 4 mars 2009 du Dr A _____, dont il ressort que l'assurée souffrait de dépression chronique, de lombalgies chroniques, d'hypertension artérielle, de migraine chronique et de probable fibromyalgie. L'assurée était suivie à la consultation des Pâquis pour sa dépression ;

- une copie d'une carte de visite et de rendez-vous de la Consultation des Pâquis sans toutefois qu'un rendez-vous n'y soit noté.

c) Se fondant sur un avis du 13 mars 2009 du Dr K _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), qui a relevé que les documents produits ne révélaient aucun élément nouveau par rapport à l'expertise de la CRR de 2005, l'OAI a signifié à l'assurée, en date du 20 mars 2009, un projet de décision de non-entrée en matière.

d) Par courrier du 1^{er} avril 2009, l'assurée a contesté ledit projet de décision, alléguant notamment souffrir de mal de dos et de dépression.

Elle a produit un certificat établi par le Dr A _____ le 7 septembre 2009, et aux termes duquel elle était actuellement en traitement et suivie par son cabinet pour des douleurs musculaires diffuses, probablement dues à une fibromyalgie, et pour de fortes migraines.

e) Par décision du 16 septembre 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision de non-entrée en matière, aucun élément produit postérieurement à ce projet ne permettant de modifier sa position.

f) Par arrêt du 8 décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée.

6. a) Le 5 octobre 2010, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations.

b) Par décision du 2 février 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière.

c) Le 7 mars 2011, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre ladite décision, produisant plusieurs certificats du Dr A_____ datés des 2 octobre, 4 décembre 2009, 11 janvier, 24 février et 21 septembre 2010. Il y a fait état de lombalgies chroniques, de douleurs musculaires probablement dues à une fibromyalgie, de dysfonctionnements thyroïdiens pour lesquels elle était suivie par le Dr L_____, d'hypertension artérielle, de troubles dépressifs, ainsi que de la découverte récente d'un polype lors d'une coloscopie. Dans son dernier certificat, le médecin a indiqué que l'état de santé de l'assurée semblait se dégrader assez rapidement.

d) Par arrêt du 7 juin 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée, considérant que les certificats médicaux produits ne suffisaient pas à rendre vraisemblable une détérioration de son état de santé.

7. Le 14 juillet 2011, l'assurée a sollicité de l'OAI de faire l'objet d'une expertise médicale indépendante, dans la mesure où celui-ci contestait la détérioration de son état de santé, malgré le fait que ses douleurs étaient persistantes et de plus en plus difficilement supportables.
8. Par courrier du 15 juillet 2011, l'OAI a refusé la requête de l'assurée.
9. En date du 24 octobre 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de douleurs articulaires et de dépression chronique depuis 2001.
10. Par courrier du 25 octobre 2011, l'OAI a invité l'assurée à produire tous les documents médicaux utiles permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, et en particulier un rapport circonstancié démontrant une aggravation probante de sa capacité résiduelle de travail et des limitations fonctionnelles.
11. Le 22 novembre 2011, l'assurée a transmis à l'OAI une attestation établie en date du 18 novembre 2011 par la Dresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a indiqué que l'assurée était suivie sur demande de son médecin généraliste, depuis le 21 octobre 2011, pour évaluation et traitement psychothérapeutique au vu de la péjoration de son état de santé psychique. Le psychiatre a mis en évidence les diagnostics suivants : une dépression majeure, un état de stress post-traumatique (« agression suivi » en 2009), un trouble de la personnalité état limite et un probable niveau intellectuel limité. L'atteinte psychique paraissait chronique avec un important retrait social et des difficultés à s'exprimer. Ce n'était que récemment qu'elle avait parlé à son généraliste de ses angoisses, ce qui avait motivé sa prise en charge.
12. Par courrier du 23 novembre 2011, l'assurée a requis de l'OAI la reconsidération de sa dernière décision. Elle a déclaré qu'elle avait déposé une demande de

prestations, car il lui était impossible de travailler, de fréquentes crises dorsales la limitant beaucoup dans toutes les activités. La Dresse M_____, qu'elle avait récemment consulté, pourrait mieux informer l'OAI sur son état de santé.

13. Dans un avis du 21 mars 2012, le Dr N_____, médecin généraliste auprès du SMR, a relevé que la Dresse M_____ n'avait pas établi d'anamnèse ni noté d'évolution et que les diagnostics qu'elle avait posés n'étaient pas clairs, aucune référence n'ayant été faite à la classification CIM-10. Il a souligné qu'après toutes les expertises et les demandes de prestations de l'assurée, aucune pathologie psychiatrique n'avait pu être mise en évidence. Le médecin du SMR a retenu que bien que les diagnostics psychiatriques avaient changé, il n'y avait pas d'argument ni de description clinique à l'appui de ces diagnostics. Il a rappelé que les experts avaient considéré que les attitudes de l'assurée évoquaient une tentative de dissimulation ou de manipulation du corps médical et des assurances. Dès lors, le médecin a conclu que le changement de status ou la péjoration n'avait pas été démontré.
14. En date du 7 mai 2012, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations. En effet, elle n'avait pas rendu vraisemblable, par sa nouvelle demande du 24 octobre 2011, que les conditions médicales s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 2 février 2011.
15. Par rapport du 8 juin 2012, la Dresse M_____ a déclaré que l'assurée présentait une incapacité totale de travail depuis 2009 et qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de séquelles d'un état de stress post-traumatique, d'un probable trouble de la personnalité état limite type impulsif et d'un probable niveau intellectuel limité. Le médecin a posé les diagnostics en faisant référence à la CIM-10. L'assurée était prise en charge depuis le 21 novembre 2011, au vu de la dégradation observée par le Dr A_____. Suite à l'établissement d'une anamnèse, le psychiatre a notamment observé que l'assurée présentait un comportement inhibé et craintif, un bégaiement très important, un trouble anxieux massif, un retrait social, une anhédonie, des pleurs fréquents, une tristesse, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, des difficultés d'endormissement, une tension palpable durant les entretiens ou une importante irritabilité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : des difficultés relationnelles dans le contact et l'expression verbale et non verbale liées aux séquelles graves de l'état de stress post-traumatique, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions (angoisses, tristesse et irritabilité), liées à l'état de stress post-traumatique et à l'épisode dépressif, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans le fait de rester seule à la maison, une difficulté dans les déplacements, une hypersensibilité au stress et une capacité de concentration, d'attention et d'adaptation au changement très limitée. Elle a précisé que si l'assurée devait être examinée par un

médecin psychiatre, celui-ci devrait être une femme, au vu des difficultés spécifiques liées à son état de stress post-traumatique (l'assurée ayant subi un viol en 2009).

16. Dans un avis du 30 juillet 2012, le Dr N_____ a indiqué que le rapport de la Dresse M_____ n'apportait aucun élément nouveau concernant l'assurée, laquelle avait été expertisée à plusieurs reprises. Il n'y avait dès lors pas d'arguments pour entrer en matière sur sa demande de prestations.
17. Par décision du 20 août 2012, l'OAI a confirmé son projet de refus d'entrer en matière.
18. En date du 18 septembre 2012, l'assurée requiert de la Cour de céans le réexamen de son cas, dans la mesure où elle était psychiquement et physiquement dans l'incapacité totale d'avoir une activité professionnelle ou de rechercher un emploi. Elle joint à son courrier un certificat établi en date du 14 septembre 2012 par la Dresse M_____, laquelle a notamment rappelé son suivi depuis le mois de novembre 2011 ainsi que son incapacité totale de travail.
19. Par acte du 24 septembre 2012, l'assurée, représentée par un conseil, interjette recours contre la décision du 20 août 2012 de l'OAI, requérant son annulation, la constatation du fait qu'elle avait rendu vraisemblable la dégradation de son état de santé depuis 2009, et en particulier depuis le 2 février 2011 et le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, sous suite de dépens. Elle sollicite préalablement la comparution personnelle des parties et l'audition des Drs A_____ et M_____. Elle soutient en substance que les rapports des Drs M_____ et A_____ attestaient de manière circonstanciée d'une dégradation manifeste de son état de santé.

Elle produit notamment un certificat établi en date du 25 août 2011 par le Dr A_____, qui a indiqué qu'elle était venue ce jour à sa consultation, déclarant souffrir de douleurs très importantes l'empêchant d'exercer une activité professionnelle. Il a précisé qu'elle était déprimée.

20. Invité à se prononcer, l'OAI conclut, dans sa réponse du 17 octobre 2012, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il rappelle que la recourante avait déjà déposé cinq demandes de prestations, faisant état à chaque fois des mêmes atteintes à la santé et qu'il ressortait notamment du dossier qu'elle était connue pour un état douloureux, des migraines et une dépression depuis de très nombreuses années. Les éléments produits par la recourante ne permettaient pas de rendre vraisemblable une aggravation de son atteinte à la santé, ce d'autant moins qu'il s'était écoulé très peu de temps depuis la précédente décision du 2 février 2011, confirmée par un arrêt du 7 juin 2011.

21. Par courrier du 24 octobre 2012, la recourante persiste dans ses conclusions, constatant que l'intimé n'a pas pris en considération les conclusions incontestables résultant des rapports de la Dresse M_____ des 18 novembre 2011 et 8 juin 2012, admettant ainsi implicitement la motivation insuffisante de sa décision de non entrée en matière.
22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 3 LPGA p.a.).
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 24 octobre 2011.
5. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b).

c) L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des

assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATFA non publié I 724/99 du 5 octobre 2001, consid. 1c/aa).

d) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a).

6. En l'espèce, il convient de comparer la situation prévalant lors de la dernière décision de refus de prestations, soit lors de la décision sur opposition du 12 août 2005, et celle lors de la décision contestée du 20 août 2012.

Le 12 août 2005, l'OAI a refusé à la recourante tout droit à une rente se fondant sur les conclusions du rapport de la CRR. Les Drs D_____ et E_____ ont notamment retenu que les douleurs de la recourante étaient d'origine psychogène et que son cas entraînait strictement dans le cadre du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, étant précisé que la comorbidité psychiatrique n'était pas significative.

Dans le cadre de sa dernière demande de prestations, la recourante produit un rapport de juin 2012 de la Dresse M_____, lequel vient confirmer son précédent rapport du mois de novembre 2011 et qui met en exergue de nouveaux diagnostics et en particulier, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, des séquelles d'un état de stress post-traumatique, un probable trouble de la personnalité état limite type impulsif et un probable niveau intellectuel limité. Il est vrai que ce médecin ne fait pas référence, en novembre 2011, à la classification internationale CIM-10, comme le souligne le Dr N_____, toutefois, les références à cette classification résultent de son rapport du mois de juin 2012. De plus, il convient de souligner que les troubles constatés semblent être d'une certaine gravité et que la Dresse M_____ a conclu à une totale incapacité de travail. Ce médecin a également exposé de manière circonstanciée ses constatations objectives, qui permettent de comprendre les raisons pour lesquelles les différents diagnostics ont été retenus. En effet, elle a notamment observé que la recourante présentait un comportement inhibé et craintif, un bégaiement très important, un trouble anxieux massif, un retrait social, une anhédonie, des pleurs fréquents, de la tristesse, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, des difficultés

d'endormissement, une tension palpable durant les entretiens ou encore une importante irritabilité. En outre, elle a expliqué quelles étaient les conséquences des différents diagnostics en exposant les limitations fonctionnelles importantes qui en découlaient, lesquelles étaient les suivantes : des difficultés relationnelles dans le contact et l'expression verbale et non verbale, liées aux séquelles graves de l'état de stress post-traumatique, des bizarreries du comportement, des difficultés dans la gestion des émotions (angoisses, tristesse et irritabilité), liées à l'état de stress post-traumatique et à l'épisode dépressif, des difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne et dans le fait de rester seule à la maison, une difficulté dans les déplacements, une hypersensibilité au stress et une capacité de concentration, d'attention et d'adaptation au changement très limitée. Enfin, alors même que le Dr N_____ reproche à la Dresse M_____, dans son avis du 21 mars 2012, de ne pas avoir établi d'anamnèse, force est de constater que son rapport du mois de juin 2012 est fondé sur une telle anamnèse, qui est du reste détaillée.

La Cour de céans considère, au vu des rapports de la Dresse M_____, lesquels mettent en évidence des troubles psychiques importants n'ayant jamais été exposés par un autre psychiatre, que la recourante a rendu l'aggravation de son état de santé psychique plausible.

Pour le surplus, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il allègue, dans sa réponse du 17 octobre 2012, que la recourante était déjà connue pour une dépression depuis de très nombreuses années, de sorte que les déclarations de la Dresse M_____ ne permettaient pas de rendre vraisemblable une dégradation de son atteinte à la santé. En effet, si plusieurs médecins ont effectivement noté la présence d'une dépression, sans plus ample précision, et en particulier sans facteur de gravité, la Dresse M_____ a clairement retenu un épisode dépressif grave ainsi que plusieurs autres diagnostics psychiatriques qui n'avaient pas été retenus par un psychiatre par le passé.

Dès lors, eu égard à ces éléments, l'intimé doit entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante et mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires pour déterminer notamment les conséquences des différentes atteintes à la santé sur sa capacité de travail. Au vu de cette conclusion, il n'est pas nécessaire d'entendre les Drs A_____ et M_____ ou encore de procéder à une comparution personnelle des parties, comme requis par la recourante.

Il sera précisé à l'attention de l'intimé que la Dresse M_____ a indiqué que si la recourante devait être examinée par un médecin psychiatre, celui-ci devrait être une femme, au vu des difficultés spécifiques liées à son état de stress post-traumatique. Il conviendrait ainsi que l'intimé tienne compte d'une telle recommandation.

7. Par conséquent, le recours est admis, la cause renvoyée à l'intimé pour instruction sur les conséquences des diverses atteintes à la santé psychique de la recourante et décision sur son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Une indemnité de 1'000 fr. est allouée à titre dépens à la recourante qui obtient gain de cause (art. 61 let. g LGPGA et 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; E 5 10).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 89H al. 1 LPA), celle-ci ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OAI du 20 août 2012.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction au sens des considérants et pour statuer sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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