

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3236/2019

ATAS/1075/2020

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 novembre 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard Petitat

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria COSTAL et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née B_____, en _____1964, et originaire d'un pays européen, a, après l'école obligatoire, fait un apprentissage de couturière dans ce pays. Elle est mère d'un enfant né hors mariage, avec lequel elle s'est installée en Suisse en 1991. Elle s'est mariée en 1999 avec un ressortissant suisse et a acquis la nationalité suisse en 2003. Elle a suivi une formation dans l'horticulture en 2000 et dans l'hôtellerie-restauration (option service) en 2007. Elle a travaillé dans la restauration, pendant une vingtaine d'années.
2. Depuis le 14 février 2011, elle a été en incapacité totale de travail pour cause de maladie et, le 24 mai 2011, elle a été licenciée pour ce motif avec effet au 30 juin 2011.

Elle s'est ensuite, à compter de janvier 2012, inscrite auprès de l'assurance-chômage, de laquelle elle a reçu des montants du 9 janvier 2012 au 8 janvier 2014.
3. Par demande du 10 mars 2014, enregistrée le lendemain, l'assurée a requis l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) de lui octroyer des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en considération d'une maladie présentée comme la conséquence d'une opération du 18 novembre 2013 de deux anévrismes.
4. D'après un rapport du 25 mars 2014 du docteur C_____, médecin généraliste FMH et médecin traitant, l'assurée avait un anévrisme pericallieux droit clippé, un anévrisme de la bifurcation sylvienne gauche clippé et un anévrisme carotido-caverneux millimétrique gauche non traité. Elle avait été opérée le 18 novembre 2013 et l'évolution était favorable. Le dernier contrôle avait eu lieu le 6 mars 2014.

Selon le rapport afférent à ce contrôle, de consultation neurovasculaire, établi le 7 mars 2014 par le docteur D_____, médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), la patiente se plaignait de douleurs au niveau du cuir chevelu, d'un creux au niveau de la tempe, d'une impression de douleurs aiguës intracrâniennes, de l'impression de troubles de la motricité du contrôle de la main gauche et d'une déviation de la marche à gauche. Ses plaintes pouvaient s'expliquer par l'abord chirurgical, la cicatrice et le décollement du muscle temporal, et ces problèmes devaient s'estomper progressivement.
5. Les 21 et 26 mai 2014, l'assurée a été reçue en consultation au centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (ci-après : le centre de la douleur des HUG), qui a établi un rapport le 12 juin 2014. Les médecins, notamment la doctoresse E_____, médecin adjointe, diagnostiquaient, outre les trois anévrismes susmentionnés, des céphalées mixtes probablement de tension et séquellaires à la suite de l'intervention de novembre 2013, ainsi qu'un antécédent de dépression. Dans l'anamnèse psychosociale, ils relevaient que l'assurée vivait difficilement sa perte d'autonomie financière consécutive au fait

qu'elle était en fin de droit de l'assurance-chômage, et vivait une situation difficile à la maison, en particulier avec son mari ; ce dernier avait un problème de consommation d'alcool, mais la soutenait, à l'instar du fils de la patiente âgé de 30 ans qui vivait à Paris (France) et ses deux sœurs ; elle avait traversé par le passé une dépression suite à des événements de vie difficiles (décès de sa mère, agression). Quoique se décrivant angoissée et en dépression, elle ne souhaitait pas de traitement médicamenteux en plus du trazodone qu'elle prenait déjà, ni de suivi spécialisé pour l'instant. Les tests effectués parlaient en faveur d'un état anxio-dépressif léger à modéré avec une prédominance anxieuse. Un traitement était proposé.

6. D'après un questionnaire rempli le 1^{er} décembre 2014 par la doctoresse F_____, psychiatre-psychothérapeute FMH qui suivait l'assurée depuis septembre 2014, cette dernière souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis environ 1998 et de céphalées sur anévrismes depuis 2013. Depuis sa perte d'emploi, l'intéressée dépendait de son mari alors que leur relation était difficile et conflictuelle, celui-ci étant alcoolique chronique et violent verbalement. Ses douleurs constantes et intenses accentuaient une baisse de moral marquée. Il y avait une idéation suicidaire récurrente avec plan de passage à l'acte mais sans « acting ». La patiente était en incapacité d'assumer toute activité.
7. À teneur d'un rapport du 19 janvier 2015 de médecins du centre de la douleur des HUG, établi suite à une consultation du 13 janvier 2015, l'assurée décrivait des douleurs de type électricité survenant en salves violentes mais fugaces et, depuis quelques temps, l'apparition de douleurs plus profondes « de l'os » ; ces douleurs étaient très fortes surtout en fin d'après-midi et le soir, associées à de l'angoisse et parfois à des attaques de panique ; elle avait un sommeil perturbé. Elle venait d'être convoquée par le neurochirurgien pour une raison inconnue, ce qui l'inquiétait. Elle se sentait mieux le matin, faisait des balades dans la nature, sources de détente, et aimait aussi lire et broder, activités cependant limitées par des troubles de la concentration.
8. Selon un rapport du Dr C_____ du 9 mars 2015, l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire ; il n'y avait pas eu d'aggravation, ni d'amélioration depuis qu'elle était sortie de l'hôpital à fin 2013. Ses limitations fonctionnelles consistaient en une difficulté de concentration et des plaintes fréquentes de céphalées. Sa capacité de travail (recte : son incapacité de travail, selon un courrier rectificatif dudit médecin du 21 juillet 2016) était de 100 %. Sa compliance était optimale. Ses plaintes étaient plutôt subjectives et difficiles à mettre en évidence cliniquement.
9. Sur mandat de l'OAI via la plateforme Med@P, dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire attribuée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après : CEMed), les docteurs G_____, FMH en médecine interne, H_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et I_____, FMH en neurologie, ont examiné l'assurée respectivement les 18, 22 et 23 septembre 2015 et ont rendu leur rapport d'expertise le 22 janvier 2016.

Dans le cadre de l'anamnèse, était mentionné, une dizaine ou quinzaine d'années auparavant, un premier épisode de trouble dépressivo-anxieux dans un contexte de mobbing de la part d'un de ses employeurs, épisode pour lequel elle avait été suivie par le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH. Plus récemment, quatre ou cinq ans auparavant, compte tenu d'un nouvel épisode dépressif et anxieux et sur conseil du Dr C_____, elle avait commencé un suivi auprès du docteur K_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, cela dans un contexte personnel et familial chargé, avec d'une part le décès par suicide d'un frère survenu en 2008 dans un contexte « trouble » puis la maladie et le décès de sa mère en 2011, d'autre part une agression par une jeune femme (inconnue) à laquelle elle avait fait une remarque alors qu'elle faisait des achats ; ce suivi avait été interrompu par le départ de ce psychiatre-psychothérapeute vers un autre canton.

Pour ce qui était de ses activités quotidiennes, elle gardait une vie assez structurée, se levant tôt, vers 6h00, et allant se coucher au plus tard vers 22h00. Elle restait le plus souvent à la maison, s'activait comme elle pouvait, marchant tous les jours, parvenant parfois à prendre le bus pour se promener dans la nature, regardant un peu la TV mais ne lisant quasiment plus, et ne supportant pas le bruit ni toute forme d'agitation. Elle s'occupait du ménage avec l'aide de son mari, lequel avait été opéré plusieurs fois du dos et souffrait également de migraines en plus d'une possible dépendance à l'alcool comme le père de l'expertisée, et ils faisaient ensemble les courses. L'intéressée fréquentait ses sœurs et quelques amies.

Sur le plan de la médecine interne, l'examen était rigoureusement normal ; rien ne permettait de justifier une incapacité de travail.

Sur le plan neurologique, l'examen clinique était sans anomalie bien significative. Notamment, l'examen du tronc et des membres était normal en dehors d'un signe de Tinel douteux sur le nerf médian gauche au niveau du canal carpien et d'une possible hypoesthésie tactile et douloureuse des 4^{ème} et 5^{ème} rayons gauches très atypiques. Il n'y avait pas d'éléments en direction d'une atteinte vestibulo-cérébelleuse expliquant les troubles de l'équilibre et les sensations vertigineuses. Les trois anévrismes relevés en 2013 étaient de petite taille et sans signes de compression nerveuse lors du bilan pré- et peropératoire, et les IRM cérébrales post-opératoires avaient révélé une bonne évolution après clipping de deux anévrismes et un statu quo pour le troisième. La description que l'assurée faisait de ses maux de tête évoquait des céphalées tensionnelles/psychogènes ; il n'y avait aucun élément en direction de phénomènes migraineux, de maux de tête vasculaires d'autre origine ; tout lien de causalité entre les maux de tête actuels et les anévrismes et leur traitement pouvait être écarté. Il n'y avait pas de proposition additionnelle de traitement à faire. Il n'y avait pas d'incapacité de travail à retenir en relation avec les maux de tête, ceux-ci étant tensionnels/psychogènes.

Sur le plan psychique, l'évaluation avait mis en évidence une atteinte thymique, d'intensité fluctuante, initialement récurrente, depuis plusieurs années, constamment présente et devant être considérée comme ayant désormais une forme

chronique qui ne répondait pas ou peu au traitement, l'expertisée décrivant des périodes d'aggravation plutôt que d'amélioration, ces derniers temps. Il y avait objectivement une symptomatologie psychique dépressive d'une intensité située entre le léger et le moyen, se traduisant principalement par une humeur instable à dominante dysphorique, une aboulie avec une anergie significative, une perte de la motivation, quelques ruminations négatives, une perturbation du sommeil et de l'appétit. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, ni d'atteinte cognitive objectivée, ni d'idéation suicidaire, et il était trop tôt pour évoquer une dysthymie. Il n'y avait pas de substrat somatique pouvant expliquer les céphalées, si bien que l'atteinte algique psychosomatique et désormais chronique était source d'anxiété et renforçait les céphalées. L'assurée était focalisée sur toutes les manifestations symptomatiques du système nerveux central, qu'elle interprétait sur un mode catastrophiste, voyant dans les plus faibles modifications de son état physique des signaux d'une menace sérieuse, voire des premiers signes d'une maladie, avec de surcroît une propension à l'anxiété. Il y avait un syndrome somatoforme douloureux persistant (CIM-10, F45.4), qui était à examiner au regard des indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral afin de déterminer s'il était handicapant ou non, et qui était doublé désormais de préoccupations anxieuses sous la forme de tensions/soucis ; les céphalées devaient être incluses dans cet ensemble clinique. L'atteinte psychosomatique ayant quasi complètement envahi l'existence de l'intéressée, le pronostic était réservé, voire franchement négatif ; de plus, ce profil de pathologies restait peu accessible au traitement psychothérapeutique, et les antidépresseurs étaient peu efficaces dans ce cadre. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité, mais des traits de personnalité anxieuse ; en effet, si l'intéressée avait tendance aux ruminations soucieuses, cette structuration de la personnalité était restée peu ou pas problématique, avec un fonctionnement proche de la normalité pendant des années, ce qui excluait un trouble de la personnalité. L'intégration sociale était dans l'ensemble préservée, l'expertisée ayant des capacités à interagir avec autrui intactes. Il n'y avait pas d'atteinte significative touchant le fonctionnement cognitif, et la capacité à s'organiser ou à structurer le quotidien restait préservée. Sur le plan de la cohérence, des divergences existaient entre les symptômes décrits et le comportement en situation d'examen, mais, globalement, elles restaient contenues. L'assurée décrivait un mode de vie assez appauvri, une relation de couple décrite comme peu satisfaisante et dépourvue de toute intimité, mais elle conservait quelques plaisirs dans l'existence (manger, « relationner »). Les traitements et approches somato-psychiques tentés les deux à trois années précédentes n'avaient produit aucun changement significatif de la circularité autour des trois pôles qu'étaient la dépression, l'anxiété et l'atteinte somatoforme.

Etaient retenus, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33), depuis plus de dix ans, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment des céphalées tensionnelles/psychogènes sans

substrat somatique objectivable, une anémie d'origine indéterminée en cours d'investigation auprès de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en hématologie, oncologie médicale et médecine interne générale (oncohématologue), un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis 2012 et une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1).

S'agissant des limitations fonctionnelles, au plan physique, par mesure de prudence, en raison des anévrismes, il convenait d'éviter les activités physiquement lourdes et le port de charge régulier de plus de 10 kg, et, au plan psychique et mental, étaient indiquées une thymie à dominance triste, une aboulie avec anergie et perte de motivation, ainsi qu'une anxiété avec ruminations interrogatives et inquiètes, tandis qu'au plan social, les contacts sociaux semblaient conservés malgré une réduction.

Il y avait eu des incapacités de travail transitoires entre 2012 et 2013, notamment après l'intervention chirurgicale, également attestées par le psychiatre de l'expertise à l'époque, avec un retour à une capacité de travail complète début juin 2013. Par la suite, il avait été fait état d'une symptomatologie dépressive significative dans un rapport de centre de la douleur des HUG en juin 2014. Plus récemment, en décembre 2014, la Dresse F_____ avait rapporté une incapacité de travail totale pour des raisons psychiques.

À la question de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis lors était répondu que l'état psychique de l'assurée dépendait très largement comme facteur causal de la problématique algique, qui ne s'était guère améliorée, et semblait, globalement, alterner entre phases d'amélioration et de péjoration.

La capacité de travail était « complète en temps », dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement d'au maximum 25 % pour des raisons psychiques. Des mesures psychiatriques ne pourraient guère améliorer cette baisse de rendement. L'assurée était capable de s'adapter à son environnement professionnel, en tenant compte d'une réduction de la capacité de travail (sic). D'autres activités que l'activité habituelle seraient exigibles de l'assurée, toutefois sans indication. Il n'y avait pas d'indication pour des mesures de réadaptation professionnelle.

10. À des questions du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) et de l'OAI, le Dr H_____ a, par courrier du 24 mars 2016, répondu qu'il ne pouvait juger des incapacités de travail établies médicalement par le passé, mais que l'assurée avait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 25 % depuis décembre 2014, et que son trouble somatoforme douloureux avait été analysé au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (du 3 juin 2015).
11. Dans un rapport du 26 mai 2016, le SMR s'est aligné sur les conclusions du CEMed. L'assurée avait comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33) ; ses autres atteintes, à savoir celles indiquées par les experts, y compris une « anémie d'origine indéterminée avec biopsie médullaire normale le 30.11.2015 », n'étaient pas du

ressort de l'AI. L'assurée avait eu une incapacité totale de travail du 14 février 2011 au 31 novembre 2014, mais une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 25 % dès le 1^{er} décembre 2014, dans l'activité habituelle et une activité adaptée. Ses limitations fonctionnelles consistaient en une perte de motivation, de l'anxiété, un trouble de la concentration, et, sur le plan physique, en l'évitement de port de charges de plus de 10 kg et d'activités physiques lourdes.

12. À teneur d'une note de dossier du 8 juin 2016, l'OAI a retenu que l'assurée avait le statut d'une personne active.
13. D'après une note téléphonique du 30 juin 2016, l'assurée a objecté, en apprenant que l'OAI allait lui reconnaître une pleine capacité de travail, qu'elle ne pouvait pas travailler, ayant beaucoup de douleurs, et a fait du chantage au suicide.
14. Le 11 juillet 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, annonçant son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2014 (six mois après le dépôt de la demande de prestations de l'AI) au 28 février 2015 (trois mois après le début de l'amélioration), supprimée dès le 1^{er} mars 2015, et de lui refuser des mesures professionnelles.
15. Par écrit du 23 juillet 2016, l'assurée a demandé à l'OAI de revoir sa décision, son état de santé s'étant aggravé et les médecins du centre de la douleur des HUG l'ayant informée récemment qu'elle n'était pas la seule à « subir des douleurs pareilles après une telle opération » mais qu'ils peinaient à déterminer l'origine de ces douleurs extrêmes.
16. Par décision du 25 novembre 2016 faisant référence à un « prononcé AI du 21 septembre 2016 », l'OAI a notifié à l'assurée (soit à son avocat constitué à cette époque) une décision lui reconnaissant le droit à une rente entière de l'AI du 1^{er} septembre 2014 au 28 février 2015, mais le niant à compter du 1^{er} mars 2015, accompagnée de la motivation de sa décision, reprenant les termes et conclusions du projet de décision précité et ajoutant que le courrier précité de l'assurée du 23 juillet 2016 n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux.
17. Par acte du 16 janvier 2017, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), en concluant préalablement à ce que les Dresses F_____ et E_____ soient entendues et à ce qu'une expertise médicale bidisciplinaire judiciaire soit ordonnée et confiée à un psychiatre et à un neurologue, et, au fond, à ce que la décision attaquée soit annulée dans la mesure où elle limitait son droit à une rente d'invalidité au 28 février 2015, et à ce que l'OAI soit condamné à lui verser une rente entière d'invalidité au-delà de cette date-ci.

La valeur probante du rapport d'expertise du CEMed était contestée. L'appréciation du cas sur les plans tant psychique que neurologique était entachée d'arbitraire.

Étaient produits les rapports médicaux suivants à l'appui du recours.

Un rapport du 18 novembre 2015 du professeur M_____, médecin-chef du service de neurologie des HUG, indiquait que l'assurée avait fait l'objet de plusieurs investigations récentes (scanner du corps entier, ponction de la moelle) en raison d'une anémie arégénérative et, depuis deux mois, des températures de 37,5° à 37,7° tous les soirs, et évoquait l'éventualité que les céphalées continuant à faire énormément souffrir la patiente soient liées à des effets secondaires de la Gabapentine qu'elle prenait à 550 mg/j.

Un rapport du 22 septembre 2016 de Madame N_____, physiothérapeute, faisait état de douleurs chroniques incessantes au niveau de la cicatrice et de tout le crâne depuis l'opération du 18 novembre 2013 pour des anévrismes, des douleurs de type neuropathique, envahissantes et invalidantes, ainsi que d'une allodynie mécanique très sévère, recouvrant une surface d'environ 40 cm² partant du sommet du crâne sur la cicatrice et descendant vers l'occiput en arrière, vers le front en avant et au-dessus des oreilles sur les côtés, établie par un test clinique. Les séances de physiothérapie n'apportaient pas d'amélioration sur le long terme. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable.

Selon un rapport du 27 septembre 2016 de la Dresse L_____, qui suivait l'assurée depuis un an pour une anémie, cette dernière ne montrait pas de réel signe de syndrome myélodysplasique, mais handicapait la patiente et la rendait plus fatiguée et moins apte à lutter et à supporter ses céphalées.

À teneur d'un rapport du 5 octobre 2016 de la Dresse F_____, la patiente était dans une situation de douleurs chroniques de la tête « sans substrat somatique » en l'état actuel des connaissances de la médecine. Le rapport d'expertise du CEMed était peu détaillé sur les répercussions fonctionnelles du trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) sur toutes les sphères de la vie de l'assurée : relation de couple pas investiguée, répercussions des douleurs dans la vie quotidienne pas prises en compte, et intensité de l'état dépressif sous-estimée ; en effet, malgré la mention dans le rapport d'expertise du désarroi profond, du découragement et des idées suicidaires avec plan de passage à l'acte, ces mêmes idées suicidaires n'étaient aucunement reprises dans le status et dans l'évaluation de l'intensité de l'état dépressif. Pourtant, vu la perte du goût de vivre, l'anhédonie presque complète, les douleurs chroniques, l'insomnie presque toute la nuit et les idées suicidaires revenant régulièrement, il fallait retenir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), se surajoutant au/découlant du trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) présent depuis en tout cas novembre 2013, auquel un effet invalidant devait être reconnu. Le trouble dépressif était résistant aux traitements, ce qui conférait une gravité supplémentaire au trouble psychique. Les éléments traumatiques de l'histoire personnelle de l'assurée, à savoir statut de mère célibataire et immigration en Suisse, suicide du frère en 2008, mariage avec des maltraitements répétés, agression par une jeune femme, n'avaient absolument pas été pris en compte dans l'expertise, alors qu'ils participaient à la fragilisation et à l'épuisement des ressources adaptatives. Les répercussions fonctionnelles

constatées étaient les suivantes : hormis ses promenades dans la nature, la patiente ne faisait plus aucune activité plaisante car elle n'y arrivait plus à cause de ses douleurs ; elle avait ainsi renoncé à voir les deux amies qu'elle voyait auparavant au moins une fois par mois chacune ; alors qu'elle aimait autrefois prendre soin de la décoration de son appartement, bouger des choses, elle ne le faisait plus car elle n'en avait plus le goût ni l'énergie ; alors qu'elle aimait parfois aller en ville pour « flâner » un peu, elle ne pouvait plus le faire parce que le bruit l'insupportait. On ne pouvait pas attendre de l'assurée qu'elle soit apte au travail.

Un rapport du 24 novembre 2016 du centre de la douleur des HUG, signé par la Dresse E_____, critiquait le rapport d'expertise du CEMed sur deux points : une auto-évaluation des limitations fonctionnelles à partir du questionnaire SF36 avait montré une nette diminution des scores de fonctionnement physique et de limitation physique par rapport à la moyenne des scores d'une population générale (comme indiqué dans le rapport du 12 juin 2014) ; dès la première consultation, le 12 juin 2014, des céphalées mixtes avaient été retenues (et non uniquement des céphalées de tension sans relation avec le traitement des anévrismes).

18. Par mémoire du 13 février 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le rapport d'expertise du CEMed avait pleine valeur probante.

Selon un avis du SMR du 30 janvier 2017, les documents médicaux produits à l'appui du recours n'étaient pas convaincants et n'amenaient pas à s'écarter de l'évaluation des experts. En particulier, le Pr M_____ n'apportait aucun élément médical nouveau. Ni le test du monofilament ni le test QDSA ne permettaient, par définition, de tirer les conclusions évoquées par la physiothérapeute N_____, et une mauvaise réponse au traitement (en particulier à la physiothérapie) était habituelle pour des troubles douloureux chroniques non organiques. L'absence de sévérité de l'anémie relevée par la Dresse L_____ confirmait que cela ne jouait que sur la gestion de la douleur. La Dresse F_____ faisait une évaluation différente de l'état psychique de l'assurée, en incluant le contexte psycho-social et affectif, alors que l'expert H_____ était resté sur un plan médico-théorique et avait expliqué les raisons de son évaluation ; il avait tenu compte des éléments anamnestiques signalés par la psychiatre traitante. La Dresse E_____ ne fournissait pas d'éléments pour retenir le diagnostic de douleurs neurogènes. S'il était possible que l'assurée présentait une aggravation de son état psychique depuis le début de l'année 2017, celle-ci était postérieure à la décision de novembre 2016.

19. À l'appui de sa réplique du 3 avril 2017, selon laquelle, notamment, les éléments relevés par le Pr M_____ n'étaient pas discutés dans l'expertise, la recourante a produit deux rapports médicaux.

Un rapport du 17 février 2017 des docteurs O_____ et P_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne à la Clinique genevoise de Montana (ci-après : la clinique de Montana), où l'assurée avait séjourné du 10 au 30 janvier 2017, pour un soutien psychologique et une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur,

retenait le diagnostic principal de syndrome douloureux somatoforme et les diagnostics secondaires d'anémie normochrome normocytaire (arégénérative), connue, d'insuffisance de vitamine D, substituée, et de déconditionnement global, ainsi que des comorbidités actives, soit un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, des céphalées chroniques d'origine mixte (neurogènes et de tension), un anévrisme intra-caverneux gauche de 1,5 mm non opéré et une anémie normochrome normocytaire. Il était écrit, sous « Examen clinique d'entrée » : « PSY : thymie basse. Trouble du sommeil. Pas d'idée noire. Pas d'élément psychotique. Le reste de l'examen sans point d'appel ». Il était noté, sous « Evolution et discussion », que les douleurs décrites par l'assurée étaient cotées entre 3-8/10 sur l'EVA sans congruence avec « le non verbal » ; la patiente présentait une baisse de sa thymie dans le contexte de céphalées invalidantes, et elle avait pu verbaliser sa souffrance et sa détresse psychologique intense ; pendant le séjour avaient été observées une diminution de son anxiété et une amélioration de sa thymie.

Dans un rapport du 7 mars 2017, la Dresse F_____ soulignait avoir tenu compte des éléments psychosociaux uniquement comme facteurs de stress entretenant la pathologie psychiatrique, devant être qualifiée de sévère en raison d'une idéation suicidaire marquée et de plus en plus présente. D'après cette psychiatre traitante, l'expert psychiatre se contredisait en retenant une symptomatologie psychique dépressive d'une intensité légère à moyenne après avoir décrit tous les critères caractérisant la gravité d'un épisode dépressif, qui devait être qualifié au minimum d'intensité moyenne avec syndrome somatique, la qualification de sévère étant en outre à retenir au regard de l'idéation suicidaire avec plan de passage à l'acte ; ledit expert avait peut-être fait mention d'éléments traumatisants, mais il n'en avait pas tenu compte dans son évaluation ; il n'avait pas pris contact avec elle comme psychiatre traitante. Enfin, la Dresse F_____ écrivait : « Je profite également du présent courrier pour vous informer des raisons qui ont mené à l'hospitalisation à la clinique de Belle Idée (sic), qui était une nouvelle aggravation des idées suicidaires, avec envies de passage à l'acte, angoisses internes très fortes, qui m'ont d'ailleurs fait hésiter avec l'organisation d'une hospitalisation non volontaire, mais la patiente étant collaborante, et ayant accepté les soins, un séjour à la clinique de Montana a été organisé afin de proposer un éloignement des facteurs de stress ».

20. Par duplicque du 26 avril 2017, l'intimé s'est référé à un avis du 21 avril 2017 du SMR.

Selon ce dernier, la qualification de moyenne à sévère de l'épisode dépressif actuel retenue par la clinique de Montana était difficile à comprendre au vu des constatations objectives faites par les médecins de cette clinique. Il y avait une discordance majeure entre la symptomatologie décrite par la Dresse F_____ (ayant amené à l'hospitalisation à la clinique de Montana), le status à l'entrée dans cette clinique et la rapide amélioration de la thymie et de l'anxiété durant le séjour dans cette clinique. Les facteurs psychosociaux évoqués par la psychiatre traitante à la

fois comme déclenchant et entretenant la pathologie étaient prédominants. Une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée, notamment au niveau psychique, ne pouvait pas être exclue, mais serait le cas échéant postérieure à la décision attaquée.

21. Dans des observations du 22 mai 2017, la recourante a persisté dans sa position.
22. Par arrêt du 21 décembre 2017 (ATAS/1176/2017), la chambre des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée et a mis à sa charge un émolument de CHF 200.-.

À teneur de ses considérants, le rapport d'expertise du CEMed satisfaisait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

Concernant le trouble dépressif récurrent, si certaines des plaintes exprimées par la recourante devant l'expert psychiatre apparaissaient lourdes, comme le fait de dire qu'à des moments elle ne supportait plus son existence, ne savait comment échapper à sa problématique algique, avait des moments d'abattement profond, et qu'il lui était arrivé de penser à se suicider (et même, une fois, qu'elle s'était baladée « sur un pont pour voir »), il n'y avait pas pour autant d'éléments permettant de penser que les experts et en particulier l'expert psychiatre n'avaient pas intégré ces plaintes dans leur évaluation. Au regard notamment du rapport des médecins de la clinique de Montana du 17 février 2017 dont il ressortait entre autres, comme relevé par le SMR, que la médication était restée inchangée (en particulier le Cymbalta n'avait pas été prévu, alors que cet antidépresseur était administré avant et lors de l'expertise du CEMed), il n'y avait pas de raison d'écarter l'évaluation des experts retenant une intensité légère à moyenne pour le trouble dépressif récurrent.

Il se justifiait de s'en tenir à l'appréciation des experts quant au fait que la recourante souffrait de céphalées tensionnelles/psychogènes.

L'assurée ne faisait pas valoir d'éléments qui devraient amener à remettre en cause l'appréciation des experts quant au défaut d'effet incapacitant de son trouble somatoforme douloureux persistant, au regard des indicateurs établis par le Tribunal fédéral. Certes, des événements ayant marqué la personnalité et le contexte social de la recourante n'étaient pas repris explicitement à la page 20 du rapport d'expertise, siège principal de l'application faite des indicateurs d'évaluation d'un trouble somatoforme douloureux, mais ces éléments ne sauraient pour autant être considérés comme n'ayant pas été connus des experts, ni pris en compte par eux dans la pondération des critères déterminants, le rapport d'expertise en faisant mention à d'autres endroits, en particulier à la page 7 s'agissant d'un ancien contexte de mobbing de la part d'un employeur, du décès par suicide de son frère puis de la maladie et du décès de sa mère, ainsi que d'une agression par une jeune femme.

23. Par arrêt 9C_109/2018 du 15 juin 2018, le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par l'assurée contre l'ATAS/1176/2017 précité.

Selon la Haute Cour, la recourante ne pouvait pas être suivie lorsqu'elle soutenait que la gravité des plaintes qu'elle avait exprimées n'aurait pas été prise en compte par les experts (consid. 5.2.1). Aucun indice ne laissait supposer que les experts n'auraient pas pris en compte les indicateurs déterminants et qu'ils auraient manqué de les apprécier de manière satisfaisante pour conclure à une capacité entière de travail, avec une baisse de rendement de 25 %. En effet, notamment, l'anamnèse de l'expertise avait mis en évidence les événements ayant marqué la personnalité et le contexte social de la recourante (notamment un ancien contexte de mobbing de la part d'un employeur et des décès survenus dans sa famille); nonobstant les éléments limitatifs, les experts avaient fait état d'une intégration sociale dans l'ensemble préservée; au demeurant, les experts s'étaient prononcés sur la cohérence des limitations de l'assurée sans émettre de doute sur ses souffrances, et ils n'avaient pas mis en évidence de divergences significatives entre les symptômes qu'elle avait décrits et son comportement en situation d'examen (consid. 5.2.2). Pour ce qui était de l'intensité de l'état dépressif de la recourante, les premiers juges avaient écarté de façon motivée l'avis de la Dresse F_____ après avoir constaté qu'il n'était pas confirmé par les médecins de la clinique de Montana. En outre, s'il était exact que dans la partie « Plaintes actuelles » de l'expertise, le Dr H_____ avait indiqué qu'il arrivait à l'expertisée « de penser à se suicider » (l'assurée « a des moments où elle ne supporte plus son existence » et il lui « serait même arrivé d'avoir l'idée de mettre fin à tout cela »), alors que dans la partie « Situation actuelle et conclusions », il avait fait état d'une absence d'idéation suicidaire, on ne saurait y voir une contradiction; il s'agissait bien plutôt de la conclusion à laquelle l'expert psychiatre était parvenu après avoir apprécié les plaintes décrites par la recourante à la lumière de ses propres constatations cliniques, étant à cet égard relevé que cet expert avait en particulier constaté qu'actuellement l'assurée « ne formule pas de projet et n'a aucune intention de passer à l'acte » (consid. 5.3).

24. Le 20 novembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente), pour maladie, à savoir une dépression existant depuis 2005 et une opération des anévrismes en 2013.
25. En décembre 2018, à la demande de l'OAI, elle a présenté à celui-ci plusieurs documents médicaux.

Selon un rapport de la Dresse E_____ du 7 novembre 2018, notamment l'intéressée avait, lors de son séjour à la clinique de Montana du 17 juillet au 6 août 2018, pu bénéficier d'un soutien psychologique et de séances de physiothérapie, et pu marcher régulièrement dans la nature, activité qui la ressourçait et diminuait les tensions.

Par certificats, le Dr C_____ avait fixé des arrêts de travail à 100 % pour maladie du 6 août au 6 novembre 2018, et la Dresse F_____ en avait fait de même pour le 1^{er} au 31 décembre 2018.

D'après un rapport du 15 novembre 2018 du docteur Q_____, neurologue FMH, l'assurée, qu'il avait examinée la veille, était au centre d'un état de stress important inhérent notamment à une séparation et à des phénomènes douloureux diffus. Elle avait décrit ses douleurs (céphalées diffuses); elle n'avait apparemment pas constaté de douleurs apparaissant avec les activités physiques. À l'examen neurologique, elle apparaissait en bon état général. Les céphalées en cause semblaient s'intégrer d'une part dans un contexte tensionnel évident et un état de stress chronique, d'autre part « à des dysesthésies associées peut-être à des phénomènes allodymiques inhérents aux suites opératoires notamment à la craniectomie » ; la dose actuelle du médicament pris pourrait éventuellement être augmentée. Le neurologue encourageait la patiente à entreprendre « des activités comportementales » qui pourraient engendrer une disparition de ses céphalées tensionnelles, lesquelles étaient, selon celle-ci, très nettement atténuées lorsqu'elle sortait, se promenait ou priait.

Dans un certificat du 21 novembre 2018, le Dr J_____ attestait avoir suivi l'assurée de 2001 à 2006 pour un état dépressivo-anxieux chronique.

À teneur d'un rapport de la Dresse F_____ du 10 décembre 2018, tous les renseignements apportés dans le cadre de la première demande AI avaient été tronqués, car les éléments les plus significatifs du dossier pour comprendre le malaise et la détresse de la patiente avaient été tus à la demande de celle-ci, de peur de représailles de son mari qui supervisait tous les documents. Ces renseignements cachés jusqu'alors consistaient en les actes suivants commis par l'époux : alcoolisme gravissime, avec alcoolisations intenses quotidiennes, situation connue – ou vécue – depuis dix ans ; mauvais traitements, harcèlements, insultes quotidiennes, crachats nombreux, menaces fréquentes et violences récurrentes, y compris au plan des relations intimes, ce qui signifiait une vie dans la peur et la honte ; rétorsions sur le plan financier, avec absence d'autonomie de la patiente ; rétorsions au plan relationnel, avec l'éloignement de l'intéressée de toutes ses relations importantes (fils et autres membres de la famille de celle-ci), aboutissant à un isolement total et à un accroissement de son malaise ; menaces de mort contre elle à plusieurs reprises au moyen d'une arme, laquelle avait finalement été confisquée par la police. Il était donc nécessaire de réévaluer les troubles douloureux et psychiques de la patiente dans le contexte de cette relation d'emprise complète et profonde du mari sur elle, gravissime au plan psychique, et de rouvrir le dossier de sa première demande AI. L'intéressée était psychologiquement détruite par cette relation toxique et allait avoir de la peine à se reconstruire. Depuis l'été 2017, elle n'avait plus vu d'issue à sa situation et son moral avait été de moins en bon, les traitements médicaux étant insuffisants, et elle avait fait des plans de passage à l'acte suicidaire de plus en plus fréquents ; néanmoins, soutenue par sa thérapie, elle avait pu élaborer un plan de séparation (au lieu du suicide), séparation qu'elle avait mis un an à réaliser, en quittant l'appartement conjugal fin juin 2018 et en entamant une procédure de séparation. La patiente était très investie dans sa

thérapie, et un traitement par hypnose avait été introduit. Après la séparation, au lieu d'aller immédiatement mieux comme espéré, elle avait été confrontée à la résurgence de ses émotions et d'un sentiment très difficile de perte concernant ces années passées dans une relation destructrice, et, malgré le soulagement de ne plus être confrontée tous les jours à son époux alcoolique, elle éprouvait également une fatigue intense, des anxiétés accentuées et un malaise profond en prenant conscience du temps perdu dans cette relation.

Dans un rapport du 7 décembre 2018, la docteure R_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, à laquelle l'assurée avait été adressée par la Dresse F_____ dans le cadre d'une prise en charge conjointe pour de l'hypnose médicale commencée le 8 novembre 2018, énonçait pour l'essentiel les mêmes nouveaux éléments que ceux apportés par la Dresse F_____ dans son rapport du 10 décembre 2018. Elle mentionnait la crainte de la patiente, dans le cadre de la première demande d'AI, d'être tuée par son mari si elle révélait les traumatismes répétitifs qu'il lui infligeait. Les constatations cliniques étaient les suivantes : symptômes dépressifs avec même par moments des idées de ruine (mélancoliques) qui restaient « critiquées » (sic) et non délirantes (« Je suis détruite entièrement, ma vie ne peut plus être sauvée ») ; structure psychique présentant des traumas complexes dont la thématique récurrente portait sur la mort et la survie, le danger, l'humiliation, la violence, la honte, la culpabilité et l'impuissance avec la présence de croyances ancrées telles que « Il ne peut m'arriver que des horreurs, parce que c'est moi (...) » et « Cela ne va jamais s'arrêter (...) », la patiente ne pouvant pas aborder certains sujets sans être activée de façon débordante au niveau émotionnel (par exemple au sujet de son fils) ; perte de confiance en elle-même et en la vie en général ; symptômes douloureux chroniques au niveau de la tête (hémicrâne avec irradiation jusqu'au vertex vers le haut et jusqu'à la nuque vers le bas), accentuée à la suite de l'opération des trois anévrismes cérébraux, donnant à l'intéressée un sentiment d'être littéralement empoisonnée par ce symptôme tous les jours et de façon imprévisible (« Cela me tombe dessus sans jamais prévenir et ensuite cela s'arrête quand ça veut bien »). Il en résultait un sentiment d'irréversibilité et de destruction qui aggravait la symptomatologie dépressive. L'essentiel du travail thérapeutique par l'hypnose était centré sur la problématique émotionnelle. En conclusion était demandé le réexamen de la première demande AI sous un angle devenu aujourd'hui différent, de même que la réouverture du dossier d'instruction avec ces nouveaux éléments.

Un rapport du 17 décembre 2018 du Dr C_____ résumait la situation médicale de la patiente.

26. Dans un avis du 6 février 2019, le SMR a considéré que, par les nouveaux rapports reçus par l'OAI, les médecins confirmaient leur évaluations précédentes d'un très mauvais état de santé de l'assurée, mais ne fournissaient aucun élément objectif permettant de retenir une aggravation de celui-ci.

27. Par projet de décision du 7 février 2019, l'OAI a projeté le refus de l'élévation du degré d'invalidité, les nouveaux éléments médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande ne remettant pas en cause son appréciation initiale.
28. Par pli du 28 février 2019, l'intéressée, agissant en personne, s'est opposée à ce projet de décision, indiquant notamment que « les éléments antérieurs [n'avaient] rien à voir avec [sa] symptomatologie actuelle et [justifiaient] la réouverture d'une demande d'élévation du degré d'invalidité à 100 % ».
29. Dans un rapport adressé le 1^{er} mars 2019 à l'OAI, la Dresse R_____ a posé les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de personnalité dépendante (F60.7), état de stress post-traumatique (ci-après : ESPT ; F41.1), modification durable de la personnalité après des expériences répétitives de traumatismes (F62.0), phobie sociale, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, status post opératoire de trois anévrismes cérébraux en 2013 avec séquelles douloureuses (allodynie de l'hémicrâne gauche) et syndrome douloureux chronique de la tête (hémisphère gauche ; F45.4), enfin migraines compliquées (G433).

De l'avis de ladite psychiatre, le fait d'être désormais, vu le départ du domicile conjugal et la séparation d'avec l'époux, exposée à la vision rétrospective de toutes ces années de maltraitance subies sans rien faire avait projeté l'assurée dans une image d'elle-même très négative et dans un sentiment de « C'est trop tard, ma vie est foutue ». L'essentiel des difficultés était centré autour des mécanismes de défense que la patiente avait dû mettre en place consécutivement aux traumatismes, qui étaient pratiquement omniprésents et qui lui faisaient consommer beaucoup d'énergie, avec pour conséquence un état de fatigue chronique. Ces mécanismes de défense consistaient en l'échappement, en l'évitement et en la dissociation ; il en résultait un rétrécissement du champ de conscience et une distorsion des perceptions réelles (déréalisation, dépersonnalisation et amnésie dissociative). Lorsqu'elle avait quitté le domicile conjugal et s'était ainsi retrouvée « en contact avec elle-même » et connectée à son devenir, elle avait réactivé de façon grave son ESPT et avait alors commencé à ressentir tout ce qui avait été caché par son état dissociatif latent, ce qui avait favorisé l'expression des traumatismes anciens, en particulier celui de l'agression devant un supermarché par une jeune femme, qui avait suivi des insultes de passants en réaction aux propos racistes et malveillants de son mari à leur rencontre. C'était cet épisode qui était remonté de façon active et qui se manifestait quotidiennement, surtout par des cauchemars ; à chaque fois, elle se réveillait en sueur, persuadée qu'elle était vraiment morte cette fois-ci, et elle mettait plusieurs minutes à se reconnecter à la réalité et à se rendre compte qu'elle était encore en vie. Cette symptomatologie relevait de faits nouveaux et jamais relevés auparavant, et justifiait amplement une nouvelle instruction de la part de l'OAI. Elle était décrite par une liste de plusieurs symptômes, entre autres une réactivité exagérée à certains stimuli tels que des bruits (par exemple cris d'enfants sortant de l'école), un évitement de tous les facteurs déclencheurs, une peur des

gens, une agoraphobie, une anxiété très forte, des troubles graves du sommeil avec des cauchemars qui la réveillaient, une idéation suicidaire, le risque de passage à l'acte ne pouvant jamais être exclu.

Sur le plan du fonctionnement durant la journée, l'intéressée se levait le matin de bonne heure, le plus souvent réveillée vers 5h00 par un cauchemar. Elle ne supportait pas le bruit, en particulier les bruits « parasites » de la route et des voisins, qu'elle percevait comme des intrusions dans son monde intérieur. Elle pouvait écouter de la musique, uniquement classique, avec un petit volume. Elle mangeait son petit-déjeuner et faisait immédiatement sa vaisselle, avec le souci de ne pas devoir reprendre des choses laissées en plan vu son état de fatigue. Ensuite, elle s'étendait dans son canapé et se reposait en fermant les yeux sans dormir. Si elle devait sortir pour faire quelques courses, elle le faisait le matin, car c'était à ce moment-là qu'elle avait le plus d'énergie. Après avoir mangé à midi un repas non cuisiné, elle devait se reposer, s'allonger, afin d'éviter un mal de tête (qui survenait la plupart du temps les après-midi). Puis elle s'asseyait dans son fauteuil et brodait pendant au moins une heure. Le soir, elle réchauffait le plus souvent les restes de midi et regardait un film documentaire sur la nature ou les animaux. Enfin, elle se mettait au lit. Le champ de ses activités sociales s'était passablement rétréci. Les trajets à l'extérieur étaient perçus comme très stressants, en raison des bruits et de la présence des autres personnes.

Toujours selon la Dresse R_____, l'assurée, qui était suivie à la fréquence d'une séance une fois par semaine par elle-même et une autre par la Dresse F_____ et avait fait l'objet de quatorze tests dont les résultats étaient indiqués, présentait une incapacité totale de travail depuis au moins juillet 2018 et de façon définitive. S'agissant des restrictions – ou limitations fonctionnelles –, la problématique n'était « pas mentale ». Au plan physique, la patiente était grandement diminuée, notamment par sa fatigabilité, qui conduisait à une réactivité excessive tant dans le vécu émotionnel que dans le comportement, qui pouvait se manifester par une irritabilité face au monde extérieur et ses stimuli, une grande colère, une envie de se suicider ou une crise de larmes, entre autres. Au plan psychique, plus précisément cognitif, elle était handicapée, avec notamment une diminution de concentration et d'attention ainsi que des troubles de mémoire de fixation. Sa capacité d'adaptation était quasi nulle, l'intéressée ne pouvant pas s'adapter au moindre stress ou à des demandes simples différées dans le temps.

Le pronostic était mauvais. Était souligné le caractère irréversible de la « clinique » évoquée, en particulier par rapport à la modification durable de la personnalité et au mécanisme dissociatif qui relevait d'un pronostic bien plus sombre que dans la forme d'ESPT avec prédominance de réviviscences. La capacité de travail ne pourrait pas être augmentée par des mesures médicales, lesquelles étaient uniquement utiles pour réduire la souffrance psychique.

30. Par écritures des 19 mars et 5 avril 2019 de l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), l'assurée a complété son opposition, en concluant au fond à

l'annulation du projet de décision précité et à la reconnaissance du droit à des prestations de l'AI en raison d'une aggravation de son état de santé, en particulier à une rente de l'AI.

Selon elle, l'OAI aurait dû analyser sa nouvelle demande conformément à l'art. 43 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) et « ne pas substituer son appréciation subjective à l'état de fait réel ».

31. À teneur d'un avis du 29 avril 2019 du SMR, une aggravation de l'état de santé de l'assurée était possible depuis juillet 2018, date de l'hospitalisation à la clinique de Montana, raison pour laquelle des précisions médicales devaient être demandées à différents médecins.
32. À la suite de cet avis, l'OAI a, en mai et juin 2019, reçu divers documents médicaux.

Une lettre de sortie du 26 avril 2019 du docteur S_____ et de la doctoresse T_____, respectivement médecin adjoint et médecin interne à la clinique de Montana, après le séjour de l'intéressée du 17 juillet au 6 août 2018, posait le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec pour comorbidités des cervicalgies et céphalées chroniques d'origine mixte (neurogène et de tension), une anémie primaire sous traitement par érythropoïétine, un anévrisme intra-caverneux gauche de 1,5 mm non opéré et des chutes à répétition d'origine indéterminée. À l'examen physique d'entrée, l'état général était conservé. Durant l'hospitalisation, la patiente avait pu, de manière réfléchie et sans regret, annoncer la décision de séparation à son mari sous la supervision du personnel médical. Une amélioration de sa thymie avait été constatée. Le bilan du séjour avait été assez positif car elle avait pu atteindre ses objectifs initiaux.

Un rapport de la Dresse R_____ du 9 mai 2019 décrivait les traitements que suivait l'intéressée avec une compliance parfaite, y compris la consultation au centre de la douleur des HUG une fois tous les six mois ainsi que les séances hebdomadaires de physiothérapie.

D'après un rapport du Dr C_____ du même jour, la nouvelle demande AI s'inscrivait dans le contexte d'une réactivation d'ESTP suivi par la Dresse R_____, et un suivi neurologique avait conclu à des céphalées de tension associées à des dysesthésies sur des phénomènes allodymiques consécutifs à la craniotomie.

Dans un courrier du 17 mai 2019, la Dresse F_____ indiquait ne pas avoir revu sa patiente depuis plusieurs semaines, au motif des suites d'un déménagement de cabinet, le suivi principal étant actuellement effectué par la Dresse R_____ en raison des éléments traumatiques.

33. Selon un avis du SMR du 3 juillet 2019, on constatait, au vu des nouveaux documents, que la dégradation psychique avait été modeste et très temporaire, les

documents du dossier confirmant l'absence d'aggravation de l'état de santé. Il fallait donc s'en tenir aux conclusions précédentes, à savoir une capacité de travail toujours pleine, avec une baisse de rendement de 25 %, dans toute activité.

34. Par décision du 4 juillet 2019, l'OAI a rejeté la demande de réévaluation du degré d'invalidité, pour le motif principal exposé dans son projet de décision du 7 février 2019, précisant que l'on se trouvait dans le cadre d'une demande à traiter sous l'angle de l'art. 17 LPGA et en se fondant sur l'avis du SMR.
35. Par acte expédié le 6 septembre 2019 sous la signature de son avocat nouvellement constitué, l'assurée a formé recours contre cette décision qui avait été reçue le 8 juillet 2019, concluant, « avec suite de frais et dépens », à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit à des prestations de l'AI et à une rente de l'AI, et reprenant pour l'essentiel le grief principal de ses écritures des 19 mars et 5 avril 2019.
36. Le 14 octobre 2019, comme autorisé par la chambre des assurances sociales, la recourante a complété son recours en fait et en droit.

À teneur d'un rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse L_____, à laquelle elle avait été adressée par le Dr C_____ en 2015 en raison d'une anémie à 110 g/l avec un hémocrite et un défaut en érythropoïétine selon le bilan, sa situation s'était aggravée en 2018 avec une anémie bien plus prononcée jusqu'à 85 g/l et des signes de dysplasie au niveau médullaire. Dans la lignée mégacaryocytaire, il y avait une hypoplasie relative à la lignée érythroïde à la biopsie ; il s'agissait donc d'un syndrome myélodysplasique actuellement de bon pronostic, mais nécessitant un minimum de l'érythropoïétine pour éviter toute transfusion pour le moment. Sous érythropoïétine, l'hémoglobine était au maximum à 106 g/l, avec un hémocrite à 32 %. Dans le contexte des différentes pathologies de la patiente, cette anémie chronique la fatiguait et l'empêchait de faire les choses de la vie quotidienne normalement ; il n'était pas possible pour elle de travailler. Pour cette raison, en sus des différents diagnostics rappelés par la Dresse R_____, il était important pour l'OAI de prendre également en compte la partie somatique.

37. Dans sa réponse du 12 novembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

D'après lui, comme indiqué dans l'avis du SMR du 3 juillet 2019, les pièces médicales produites dans le cadre de la nouvelle demande de prestations n'avaient pas permis d'objectiviser une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis l'entrée en force de sa précédente décision.

Par ailleurs, d'après un avis du SMR du 8 novembre 2019, l'anémie à 106 g/l que présentait l'assurée selon le rapport de la Dresse L_____ du 2 septembre 2019 était superposable aux valeurs de 2015 ; il s'agissait d'une anémie légère et chronique à laquelle le corps s'adaptait progressivement et qui n'entraînait pas de limitations fonctionnelles importantes ni d'incapacité de travail à long terme, une activité sédentaire étant tout à fait envisageable. Le syndrome myélodysplasique

n'avait pas été porté à la connaissance du SMR auparavant, mais n'était pas considéré comme incapacitant par ce dernier.

38. Par réplique du 3 décembre 2019, l'assurée a fait valoir que le SMR et l'OAI avaient minimisé l'influence de ses troubles de santé.

Dans un courriel du 19 novembre 2019, la Dresse R_____ critiquait le dernier avis du SMR. D'après elle, étaient nouveaux par rapport à la première demande AI l'ESPT avec modification durable de la personnalité, diagnostic durable, irréversible et invalidant, ainsi que le syndrome myélodysplasique. Ce dernier diagnostic n'était pas une anémie légère, mais une anémie grave nécessitant de recevoir des injections mensuelles d'érythropoïétine.

39. Par duplique du 19 décembre 2019, l'OAI a maintenu sa position et produit un avis du 16 décembre 2019 du SMR.

Selon ce dernier, les commentaires de la Dresse R_____, qui était psychiatre, ne pouvaient pas être suivis concernant le syndrome myélodysplasique. En outre, conformément aux critères diagnostiques de la CIM-10, le diagnostic de modification durable de la personnalité pouvait être posé lorsqu'il y avait des séquelles chroniques et irréversibles d'un ESPT qui avait évolué défavorablement sur plusieurs années, ce qui n'était pas le cas ici puisqu'il n'existait aucun document médical antérieur aux rapports de la Dresse R_____ qui faisait état d'un ESPT et qu'il n'y avait alors pas de description clinique ou anamnétique en faveur d'un ESPT.

40. Par observations du 29 janvier 2020, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

D'après un rapport du 20 janvier 2020 de la Dresse L_____, la demande AI en cours tenait compte de nombreuses choses, notamment de douleurs chroniques invalidantes, qu'il était plus difficile de supporter en cas d'anémie, ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une préleucémie ; le diagnostic était donc celui d'un syndrome myélodysplasique à moelle pauvre, lequel n'était pas présent en 2014, puisque non diagnostiqué, et avait conduit à la mise sous traitement d'érythropoïétine avec pour but d'obtenir un hémocrite à 35 %, soit un taux d'hémoglobine autour de 110 g/l étant donné que sans cela la patiente se trouvait à 100 g/l, voire moins. Les limitations étaient une fatigabilité plus importante que chez une personne normale et, par moments, « l'impossibilité de se concentrer entre l'anémie et les douleurs ». La capacité de travail dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée était nulle, puisque l'assurée n'arrivait même pas, certains jours, à effectuer ses activités de la vie quotidienne. Le pronostic était sombre.

À teneur d'un rapport du 21 janvier 2020 de la Dresse R_____, sa formation en psychotraumatologie, dans la méthode EMDR et en hypnose médicale, contrairement à la Dresse F_____, lui permettait de retenir la réactivation d'un ESPT. Cette réactivation était étayée par cinq tests et échelles d'évaluation, plus un test effectué le 12 décembre 2019, était plus handicapante que la modification

durable de la personnalité et remontait probablement à une période entre 2016 et 2017, à la date de l'agression devant le supermarché. D'après le fils de la patiente que la Dresse R_____ avait rencontré en janvier 2019, celle-là avait présenté un changement progressif de personnalité à la suite de cette agression, avec en particulier une attitude paranoïaque. La Dresse R_____ pouvait seulement constater la personnalité actuelle de l'intéressée, qui montrait des traits d'une rigidité extrême, un fond paranoïaque, des attitudes très défensives, un retrait social, un isolement et de grandes difficultés de concentration et de mémoire, de même qu'un certain détachement. Malgré un an de travail intensif en EMDR et en hypnose médicale une à deux fois par semaine, la situation clinique n'avait pas évolué.

41. Le 18 février 2020, l'intimé a produit un avis du 18 février 2020 du SMR.

Selon ce dernier, l'anémie chronique décrite était de faible intensité. L'agression devant le magasin n'était pas une exposition à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et ne remplissait donc pas les critères diagnostiques de la CIM-10 pour être considérée comme le déclencheur d'un syndrome de stress post-traumatique ; elle avait du reste été relevée par l'expert psychiatre. Les diagnostics de réactivation d'un ESPT et de modification durable de la personnalité ne pouvaient pas être posés en même temps. La symptomatologie décrite par la Dresse R_____ était principalement subjective, sans status psychiatrique spécifique.

42. Par écriture du 13 mars 2020, transmise pour information à l'OAI, l'assurée a fait valoir que, contrairement à la Dresse R_____, la doctoresse U_____, qui avait rendu l'avis du SMR dans le cadre de la procédure de recours, n'était pas spécialiste FMH en psychiatrie mais en médecine interne.

43. Le 23 juin 2020 s'est tenue une audience de comparution personnelle des parties et d'enquête devant la chambre de céans, en l'absence toutefois de représentant de l'intimé.

a. La recourante a déclaré souffrir de douleurs à la tête depuis avant et après l'opération de 2013, tout le temps, ainsi que de migraines pas tous les jours, les deux affections étant chroniques. À cela s'ajoutait une dépression. Elle avait beaucoup trop d'idées négatives, et même des idées suicidaires auxquelles elle résistait, étant précisé qu'avant de quitter son mari, elle avait failli passer à l'acte par la prise de médicaments. C'était penser à son fils qui la faisait tenir.

Concernant sa vie quotidienne, cela dépendait des jours. Si elle n'avait pas de migraines, elle se réveillait, prenait un café et s'occupait un peu d'elle-même ; elle sortait un peu dans la nature (dont elle habitait à proximité), ce qui lui faisait le plus grand bien. Elle regardait la télévision et, quand elle pouvait, elle lisait. Sa sœur venait souvent la voir et était d'un grand soutien pour elle. Dans son petit appartement, elle se sentait protégée. Son fils, qui vivait à Paris, venait de temps en temps la voir quand il pouvait se libérer, et elle était contente de le voir. Elle

dormait très mal ; elle se réveillait une heure ou deux après s'être endormie, ce malgré la prise de somnifères. C'était surtout pendant la nuit qu'elle avait des migraines, lesquelles étaient encore présentes le matin et parfois restaient jusque dans l'après-midi. Les migraines apparaissaient deux à trois nuits et/ou jours par semaine en moyenne. Lorsqu'elle en souffrait, elle ne bougeait pas.

Lorsqu'elle était avec son mari, elle ne parlait pas de tout cela et gardait sa souffrance pour elle-même, sauf qu'elle parlait un peu avec la Dresse F_____. Par rapport à ce qu'elle avait vécu, elle évoquait un traumatisme : il y avait eu des moments très difficiles avec mon mari, dont elle était désormais séparée judiciairement, sans procédure actuellement en cours.

Depuis qu'elle avait quitté son mari, elle se sentait très mal et allait moins bien qu'auparavant, ignorant pourquoi ; elle avait plus de migraines ; il n'y avait aucun moment où elle se sentait bien, « ce qui [était] en [elle] » restant même quand elle voyait sa sœur ou son fils. « Beaucoup de choses [étaient] sorties de l'intérieur [d'elle-même] ». Elle avait des regrets par rapport à ce qu'elle avait vécu avec lui, mais ne regrettait pas de l'avoir quitté.

Ce n'était pas qu'elle ne voulait pas travailler, mais elle ne se sentait pas capable de travailler.

Elle a produit un rapport de la doctoresse V_____, neurologue FMH, selon laquelle l'intéressée présentait trois types de céphalées chroniques, à savoir des céphalées de caractère plutôt tensionnel situées au vertex, des éléments migraineux et des céphalées « en coup de piolet temporales », toutes séquellaires à la craniotomie dans le contexte d'anévrismes intracrâniens, résistantes au traitement préventif et rendant l'activité professionnelle impossible.

b. Selon la Dresse L_____, entendue en qualité de témoin, les médicaments pris par l'assurée ces céphalées (neuroleptiques, etc.), dont certains étaient relativement lourds, l'empêchaient de se concentrer suffisamment pour pouvoir travailler.

Sur ce problème médical s'était greffée une anémie découlant d'un syndrome myélodysplasique, lequel pouvait s'aggraver dans le futur, voire se transformer en leucémie aigüe. Actuellement, il était stable, sans aggravation depuis six mois. Selon l'analyse chromosomique, le pronostic était relativement favorable, en ce sens qu'avant une transformation en leucémie l'assurée avait entre sept et dix ans. Le risque de leucémie existait donc réellement à terme.

La patiente recevait des injections d'érythropoïétine. Pour une femme, la normale était entre 120 et 140 g/l d'hémoglobine. Si la témoin oncohématologue ne faisait rien, l'intéressée serait à 95 g/l. La médecin essayait de monter ce taux à 115 g/l (35 % d'hématocrite). La patiente prenait 30'000 unités d'érythropoïétine (ci-après : EPO) une fois par mois, voire une fois toutes les trois semaines si elle était particulièrement fatiguée, ce qui était une dose importante par rapport au maximum de 40'000 unités et au minimum 3'000 unités. Cela signifiait qu'elle avait une anémie réfractaire de base à 95 g/l, ce qui était important. Après une injection

d'EPO, elle était à 115 g/l entre une semaine et dix jours et elle allait mieux avec moins de fatigue, mais ensuite ce taux descendait progressivement jusqu'à 95 g/l et à ce moment-là elle était beaucoup plus fatiguée. Ainsi, elle avait toujours un taux d'hémoglobine inférieur à la normale et restait donc anémique car la Dresse L_____ ne pouvait pas augmenter la dose d'érythropoïétine pour des raisons légales (éviter le risque de thromboses). Pour que l'assurée soit tout le temps à 115 g/l, il faudrait que ce médecin lui injecte 30'000 unités d'EPO tous les quinze jours, mais l'assurance-maladie refuserait de prendre cela en charge, considérant que 30'000 unités se prenaient au maximum toutes les trois à quatre semaines.

En plus de son anémie et de ses céphalées, l'intéressée souffrait d'un état dépressif, plus lié aux céphalées, le fait qu'elle était suivie et prenait des médicaments pour cet état dépressif montrant que celui-ci était relativement important. Depuis qu'elle suivait la recourante, la Dresse L_____ n'avait personnellement pas constaté de modification au plan psychique.

L'anémie de la patiente, même si elle était traitée, entraînait une fatigue non importante mais qui s'ajoutait aux fatigues liées aux céphalées, et la rendait plus irritable, sans participer aux causes de la dépression. Il y avait des moments où elle devait se coucher l'après-midi à cause de la fatigue, à laquelle participait l'anémie mais qui était surtout causée par les céphalées.

De l'avis de la témoin, la recourante ne pourrait pas travailler, vu les céphalées et la fatigue, et serait tout de suite licenciée par un employeur quel que soit le travail. Ce que celle-ci lui décrivait de ses maux de tête et de sa fatigue était sincère, pas exagéré mais réel, car elle voudrait avoir une vie normale. Ses céphalées étaient incapacitantes.

Depuis deux ans, la Dresse L_____ voyait l'assurée plus souvent qu'auparavant, soit une à deux fois par mois pour lui faire des injections, et constatait qu'elle allait moins bien qu'avant dans le sens où elle avait plus de maux de tête et était plus fatiguée.

Même l'anémie seule rendait difficile, sans rendre impossible, des tâches ménagères, des courses, des tâches administratives.

À 115 g/l, cela devrait normalement aller pour ces tâches et pour un travail, mais à cause de la fatigabilité accrue la patiente n'arriverait pas à tenir sur la longueur et devrait s'arrêter après quelques heures pour se reposer. Pour les tâches quotidiennes, cela irait parce qu'elle pourrait se reposer, mais dans le cadre d'un travail ce serait compliqué, car dans le cadre de l'anémie, son syndrome la fatiguait. À ce taux de 115 g/l, l'intéressée pourrait, d'après l'oncohématologue, tenir trois heures puis devrait se reposer une heure et peut-être travailler encore trois heures, ceci sans tenir compte des céphalées ni de l'état dépressif.

c. La Dresse F_____, entendue comme témoin, a indiqué suivre l'assurée environ tous les mois en moyenne, la dernière fois il y avait quinze jours, soit moins

fréquemment qu'auparavant puisque la Dresse R_____ la suivait également. Jusqu'au confinement dû au COVID-19, la patiente avait participé à de petits groupes de thérapie corporelle une fois par semaine.

Elle adhérait pleinement aux rapports, y compris aux diagnostics, établis par la Dresse R_____, qui n'étaient pas exagérés. Lorsque cette collègue avait posé les diagnostics d'ESPT et de modification durable de la personnalité, cela lui avait paru évident. Les classifications telles que la CIM-10 ne tenaient pas compte de l'entier de la réalité dans certains cas complexes, et les codes de classifications n'arrivaient pas à rendre compte de la clinique elle-même. Dans le cas de la recourante, la clinique était beaucoup plus riche que la classification. En outre, la CIM-10 ne retenait pas les traumatismes multiples. Pour la patiente, la modification durable de la personnalité s'était développée parallèlement aux traumatismes répétés. Ces deux diagnostics essayaient de tenir compte de l'ensemble de la symptomatologie clinique.

Il était très difficile de décrire l'évolution entre le 25 novembre 2016 et le 4 juillet 2019 au plan psychique. Ce que la Dresse F_____ avait écrit en 2016 avait valu jusqu'à la séparation en 2018. Alors que depuis au moins 2015, le trouble dépressif récurrent était en épisode sévère, l'assurée avait, après la séparation, dû réagir aux événements, notamment concernant le logement, et l'épisode dépressif était passé à moyen, ce parce que l'anxiété quotidienne était partie (absence d'agressions du mari). Néanmoins, les sentiments dépressifs et les douleurs restaient présents, et notamment le fait d'avoir perdu vingt ans de vie dans un mariage délétère, surtout les dix dernières années constituées d'événements traumatiques répétés, un peu comme si elle avait été amputée d'une partie de sa vie et d'elle-même (résultat des années de mariage) ; il y avait eu une réactivation des traumatismes des dix années de mariage car l'intéressée avait commencé à tout se remémorer, ayant le temps pour le faire ; certaines choses étaient détruites en elle. La recourante continuait à vivre mais n'avait pas récupéré sa joie de vivre. Sa personnalité s'est modifiée depuis plusieurs années, la patiente disant en effet ne plus être la même personne depuis qu'elle avait passé le cap des dix ans de mariage. Depuis la séparation, la Dresse F_____ estimerait l'amélioration à 30 % de son état psychique. Désormais, la patiente pouvait essayer de guérir ses blessures et d'aller vers une normalisation, ce qui n'était pas le cas actuellement.

Depuis que la témoin suivait l'assurée, il n'y avait pas eu d'amélioration ou d'aggravation dans sa vie quotidienne (relation amicale, loisirs, etc.), ni dans sa capacité de travail.

Selon les déclarations de la Dresse F_____, beaucoup d'événements graves et très douloureux créés par le mari de la patiente ne lui avaient été racontés que petit à petit, dès 2016. Auparavant, celle-ci lui parlait des petites choses comme les injures. Avant la séparation, elle lui avait demandé de ne pas écrire les choses les plus graves dans ses rapports à l'AI, de peur des représailles par son époux.

d. Entendu en tant que témoin, le Dr C_____ a exposé toujours suivre l'assurée, moins les derniers temps car il y avait moins de problèmes en médecine générale, la dernière fois qu'il l'avait vue étant en 2020 avant le COVID-19.

Il décrivait son état de santé comme difficile avec plusieurs problèmes intriqués : les céphalées et le suivi au plan psychique, et aussi le syndrome myélodysplasique.

Concernant les céphalées, la situation était stationnaire depuis le problème des anévrismes, ce qui ressortait notamment d'un rapport du centre de la douleur des HUG d'octobre 2019.

Il recevait les rapports de la Dresse F_____ mais pas ceux de la Dresse R_____. Ce qui ressortait des rapports de la Dresse F_____ était un ESPT important. Ce diagnostic lui paraissait crédible et cadrerait bien avec le contexte général de quelqu'un qui avait beaucoup de peine à être soulagé de ses symptômes somatiques dans le cadre aussi d'un syndrome dépressivo-anxieux important, ainsi qu'aussi avec sa situation sociale en ce sens qu'elle avait vécu de nombreuses années avec un homme dépendant de l'alcool et ayant des accès de violence qui avaient rendu sa vie très compliquée. Le Dr C_____ ne pouvait pas se prononcer sur un diagnostic de modification durable de la personnalité. Il ne pouvait pas non plus dire s'il y avait eu une aggravation ou une amélioration sur le plan psychique depuis fin 2013, étant donné qu'il n'était pas psychiatre.

Telle qu'il connaissait la patiente, qui lui avait toujours dit les choses de manière claire et dont il n'avait aucune raison de penser qu'elle aurait dit des choses fausses, et telle qu'il l'avait vue dernièrement, le Dr C_____ ne pensait pas qu'elle pourrait travailler. Elle était en effet très prisonnière de ses céphalées et de ses tensions. Ensuite, elle avait eu des troubles du sommeil et une fatigue importante, à mettre notamment dans le cadre de sa dépression. À fin 2019, elle ne pouvait pas travailler, même pas à un taux réduit, étant trop handicapée. L'incapacité de travail était stationnaire entre 2016 et 2019, et aussi depuis 2013.

e. Entendue comme témoin, la Dresse R_____ a déclaré suivre la recourante depuis novembre 2018, à une fréquence d'une fois par semaine. Elle avait abandonné l'EMDR, qui ne fonctionnait pas, en faveur de l'hypnose qui apaisait la patiente mais plus lentement.

L'ESPT était la cause directe de la modification durable de la personnalité. Par rapport à la classification comme la CIM-10, il s'agissait ici d'un trauma complexe. La patiente avait été battue toute son enfance par ses parents, puis avait été placée adolescente chez son frère aîné, qui l'a aussi battue ; c'était ce frère aîné qui s'était suicidé. Son mari était particulièrement agressif et violent, et il la violait régulièrement. C'était au moment de la séparation que les choses abominables étaient ressorties en elle, avec des visions et des cauchemars ; elle était alors inhibée et ne pouvait plus sortir ; elle était apeurée par tout, tous les bruits la stressant. La psychiatre n'avait jamais vu une personne aussi effrayée et en souffrance qu'elle. Tant que l'assurée était en vie commune avec son mari, elle était

dissociée, comme séparée de son corps, ce qui avait permis de supporter les choses douloureuses mais inhibé les émotions et la vie. Lorsqu'elle avait annoncé la séparation à son mari depuis un endroit sûr (la clinique de Montana), elle avait réalisé, avec un sentiment de culpabilité pour avoir vécu si longtemps avec lui avec de telles souffrances et ne pas avoir protégé suffisamment son fils par rapport à lui, avant qu'il parte en France. Depuis l'été 2018, il y avait donc une péjoration de son état psychique avec une réactivation de son ESPT. C'était très paradoxal mais très fréquent dans sa pratique de psychiatre. Cet ESPT était encore actuellement très présent et se manifestait avec ses symptômes comme une très mauvaise qualité de sommeil, des cauchemars récurrents, ainsi que des flashes-back sans forcément des facteurs déclenchants. La modification durable de la personnalité était apparue au moment de cette réactivation de l'ESPT, donc en été 2018, comme la témoin le pensait et comme le fils l'avait aussi constaté. Auparavant, il n'y avait pas eu de modification durable de la personnalité dans la mesure où l'intéressée était dissociée, « comme dans un bocal ».

L'état dépressif était très difficile à distinguer de l'ESPT. Ce qui permettait de les distinguer consistait en les flashes-back, les cauchemars et la modification durable de la personnalité.

Sous hypnose, la patiente se sentait mieux. Mais le reste du temps, elle n'allait pas bien. Elle souffrait notamment de la procédure AI qu'elle voyait comme une non-reconnaissance de son « calvaire ». Avec le temps, elle pourrait aller mieux dans une situation où il n'y aurait aucune exigence de rendement ou d'horaire. Elle n'arrivait pas à gérer deux questions ou deux demandes venant en même temps. Elle ne pourrait absolument pas travailler, même dans un poste adapté à temps partiel. Par exemple, avant un rendez-vous, elle devait prévoir deux heures pour ne pas être stressée. Pour ses courses, elle devait choisir un moment où il n'y avait pas de monde et ainsi éviter un stress. Pendant le COVID-19, cela n'avait pas été possible, ce qui avait engendré un stress intolérable pour elle. Elle gérait ses tâches ménagères, parce qu'elle vivait dans un deux pièces qu'elle appelait son « petit paradis » et qu'elle effectuait ses tâches seulement pour elle-même ; elle faisait le minimum nécessaire et distribuait chaque tâche dans la semaine afin qu'il n'y en ait pas plusieurs. Pour les tâches administratives, elle était limitée, mais elle était beaucoup aidée par une assistante sociale de l'Hospice général ; elle arrivait à écrire mais pas les courriers officiels.

La recourante présentait de nombreux diagnostics qui n'avaient pas forcément à voir les uns avec les autres et qui pris isolément pourraient être bien tolérés, à part l'ESPT, mais qui mis ensemble constituaient une entité particulièrement délétère. Notamment, l'anémie aggravait sa difficulté de concentration et son endurance en général, et augmentait sa fatigue. En outre, les céphalées avaient été aussi causées par les coups de son mari. Elle avait toujours peur de mourir et que quelque chose arrive dans sa tête.

f. L'assurée a confirmé l'exactitude de ce qu'avait dit la Dresse R_____ par rapport à ses tâches ménagères, et ses courses, qu'elle parvenait à effectuer, ainsi que par rapport à ses tâches administratives.

Par son conseil, elle a indiqué ne pas solliciter de mesures d'instruction supplémentaires.

44. À la demande de la chambre des assurances sociales, le centre de la douleur des HUG a, par pli du 30 juin 2020, produit les rapports de consultation concernant l'assurée, précisant que le suivi de cette dernière s'était terminé le 23 octobre 2019 en accord avec elle.

D'après le rapport du 29 juin 2015, la patiente avait entre autres fait part des difficultés de couple qu'elle devait affronter depuis de nombreuses années et qui généraient de très fortes tensions.

Ce même rapport ainsi que ceux des 21 octobre 2015, 14 juin 2016, 11 octobre 2017, 24 avril 2018, 20 mai 2019 et 28 octobre 2019 contenaient la description faite par l'intéressée de ses douleurs.

À teneur du rapport du 14 juin 2016, elle s'efforçait, malgré ses douleurs, de sortir tous les jours pour aller en ville ou faire un tour dans la nature soit seule soit avec sa sœur et elle quittait son domicile pendant toute la journée deux fois par semaine, ce qui l'aidait à garder le moral. Selon le rapport du 7 novembre 2018, elle était soulagée par la décision de quitter son mari. D'après le rapport du 20 mai 2019, elle restait active malgré les douleurs, sortait régulièrement les après-midis et aimait aller se promener et passait parfois une journée entière dans la nature ; elle aimait aussi aller voir sa sœur et faire de la broderie au point de croix, étant en outre très contente et soulagée d'avoir trouvé un appartement pour elle. À teneur du rapport du 28 octobre 2019, elle avait noté que, lors de son séjour dans son pays d'origine, il lui avait été plus facile de se décentrer des douleurs, et, dans le canton de Genève, elle marchait quotidiennement et avait repris quelques activités sociales tout en appréciant aussi la solitude surtout depuis la séparation d'avec son mari.

45. Par observations du 22 juillet 2020, l'intimé, en référence au contenu du procès-verbal de l'audience du 23 juin 2020 et des rapports nouvellement produits du centre de la douleur des HUG, a maintenu sa position telle qu'exprimée dans ses précédentes écritures.

À teneur d'un avis du 30 juin 2020, avec prise en compte des témoignages des médecins lors de l'audience du 23 juin 2020, des rapports du centre de la douleur des HUG et de la Dresse V_____, le SMR, par la Dresse U_____, maintenait ses précédentes appréciations, mais admettait une dégradation de l'état de santé de l'assurée sur le plan hématologique postérieure à la décision de juillet 2019, étant donné qu'en septembre 2019 la Dresse L_____ parlait d'une hémoglobine stable à 105 g/l. Était en outre relevé ce qui suit : aucun élément objectif nouveau n'était apporté par la Dresse F_____ si ce n'était une amélioration au plan psychique (de 30 %) ; pour le Dr C_____, la situation était stationnaire depuis 2013 ; aucun

élément objectif nouveau n'était apporté par la Dresse R_____, de sorte que les conclusions de l'avis du SMR du 18 février 2020 restaient d'actualité ; le rapport de la Dresse V_____ n'amenait pas non plus d'élément médical objectif nouveau.

46. Par écriture du 19 septembre 2020, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours.

En référence au rapport du centre de la douleur des HUG du 28 octobre 2019, elle s'était bien rendue dans son pays pour visiter sa famille vivant après le décès de ses parents et de son troisième frère, et maintenir le lien avec le reste de sa fratrie ; elle séjournait chez l'un de ses frères ; ses voyages étaient très occasionnels depuis sa séparation et ses atteintes à la santé. Par ailleurs, aller dans la nature l'apaisait et était sa seule activité de soulagement, lui permettant de penser à autre chose que sa douleur tant psychique que physique, lorsque celle-ci ne la contraignait pas à être enfermée chez elle et isolée. Enfin, les déclarations des médecins traitants concordaient sur son incapacité de gain.

47. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 et 63 al. 1 let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).
4. Conformément à l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou

l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (refus d'entrer en matière ; ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées).

La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, 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, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Dans le domaine de l'AI, une modification peu importante de l'état de fait déterminant, en particulier du degré d'invalidité, peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545 consid. 6).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de

révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations, en particulier de rente d'invalidité, de la recourante formulée le 20 novembre 2018. Concrètement, il concerne l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée entre le 25 novembre 2016 (décision initiale de refus de prestations) et le 4 juillet 2019 (rejet de la nouvelle demande de prestations).
6. a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Conformément à 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1er janvier 2008).

À teneur de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

c. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts

cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

7. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

8. a. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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).

b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux - et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) -, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8).

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes :

- Catégorie " Degré de gravité fonctionnel " (consid. 4.3)

A. Complexe " Atteinte à la santé " (consid. 4.3.1)

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

B. Complexe " Personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2)

C. Complexe " Contexte social " (consid. 4.3.3)

- Catégorie " Cohérence " (aspects du comportement ; consid. 4.4)

Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2).

d. L'administration et le juge vérifient librement si l'expert médical a observé les conditions normatives déterminantes concernant les indicateurs susmentionnés, à savoir s'il a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

e. L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

9. a. 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).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

c. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

10. a. En l'espèce, l'intimé est, à tout le moins de facto, entré en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 20 novembre 2018 par la recourante. Il a donc traité l'affaire au fond et vérifié si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assurée était réellement intervenue.

Il convient dès lors d'examiner, en application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI et par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente de l'intéressée vu ses conclusions de recours, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, du 25 novembre 2016, qui a été confirmée le 21 décembre 2017 par l'ATAS/1176/2017 puis le 15 juin 2018 par l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_109/2018, d'une part, et la décision présentement querellée du 4 juillet 2019, d'autre part, en d'autres termes si des faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés – par une aggravation – au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision.

b. Dans le cadre de la première procédure tranchée par la décision du 25 novembre 2016 entrée en force, le refus de toutes prestations AI dès le 1^{er} mars 2015 en raison d'une capacité de travail pleine avec une baisse de rendement de 25 % dans toute activité, a été fondé sur les diagnostics posés par les experts du CEMed dans leur rapport du 22 janvier 2016 et admis par le SMR, à savoir, à titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen avec syndrome somatique (F33), depuis plus de dix ans, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, notamment des céphalées tensionnelles/psychogènes sans substrat somatique objectivable, une anémie d'origine indéterminée, un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) depuis 2012 et une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1), à savoir des traits de personnalité anxieuse.

Dans le cadre de la seconde procédure, entamée par la nouvelle demande AI du 20 novembre 2018, sont ressorties des précisions et évolutions relatives à l'anémie, rapportées par la Dresse L_____.

Parallèlement, ont été posés par la Dresse R_____, au plan psychique, les diagnostics, avec effets sur la capacité de travail, de personnalité dépendante (F60.7), ESPT (F41.1), modification durable de la personnalité après des expériences répétitives de traumatismes (F62.0), phobie sociale, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, en plus – toujours selon ladite psychiatre – des diagnostics au plan somatique de status post opératoire de trois anévrismes cérébraux en 2013 avec séquelles douloureuses (allodynie de l'hémicrâne gauche) et syndrome douloureux chronique de la tête (hémisphère gauche ; F45.4), enfin migraines compliquées (G433).

c. Il sied tout d'abord de relever qu'une incapacité totale de travail dans toute activité a été retenue par la plupart des médecins consultés en ambulatoire par l'assurée après la décision de l'OAI du 25 novembre 2016, à savoir par les Drs C_____ et F_____ qui ont fait état d'une absence de modification du degré d'incapacité de travail depuis cette décision avant laquelle ils avaient déjà attesté une incapacité totale, ainsi que par les Dresses V_____, L_____ et R_____.

d. Pour ce qui concerne ensuite la vie quotidienne, qui entre en ligne de compte notamment dans l'examen du caractère invalidant ou non des troubles psychiques – en particulier expression des éléments pertinents pour le diagnostic dans le complexe « atteinte à la santé », complexe « Contexte social » et catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 4.3.1.1, 4.3.3, 4.4) –, elle a été décrite ainsi par le rapport des experts du CEMed du 22 janvier 2016, dans le cadre de la première procédure AI : la recourante gardait alors une vie assez structurée, se levant tôt, vers 6h00, et allant se coucher au plus tard vers 22h00 ; elle restait le plus souvent à la maison, s'activait comme elle pouvait, marchant tous les jours, parvenant parfois à prendre le bus pour se promener dans la nature, regardant un peu la TV mais ne lisant quasiment plus, et ne supportant pas le bruit ni toute forme d'agitation ; elle s'occupait du ménage avec l'aide de son mari et faisait les courses avec lui ; elle fréquentait ses sœurs et quelques amies. Dans le cadre de la seconde procédure AI, la Dresse R_____ a, le 1^{er} mars 2019, fait état d'un champ de ses activités sociales passablement rétréci, avec notamment des cauchemars la nuit qui la réveillaient souvent, vers 5h00, des trajets à l'extérieur perçus comme très stressants, en raison des bruits et de la présence des autres personnes. Il ressort des déclarations faites par cette psychiatre et l'assurée lors de l'audience du 23 juin 2020 que celle-ci, les jours où elle n'a pas de migraines, prend un café et s'occupe un peu d'elle-même, sort un peu dans la nature, regarde la télévision, lit quand elle peut, gère ses tâches ménagères dans son appartement plus petit que du temps de la vie commune avec son époux, a besoin d'aide pour les tâches administratives, reçoit souvent sa sœur et de temps en temps son fils ; en revanche, lorsqu'elle souffre de migraines, deux à trois nuits et/ou jours par semaine en moyenne, elle ne bouge pas. D'après le témoignage de la Dresse F_____ lors de la même audience, il n'y a pas eu d'amélioration ou d'aggravation dans la vie quotidienne de l'intéressée (relation amicale, loisirs, etc.). Enfin, d'après les rapports du centre de la douleur des HUG du 20 mai et 28 octobre 2019, l'assurée est allée – à tout le moins une fois – dans son pays d'origine, reste active malgré les douleurs, sort régulièrement les après-midis, aime se promener, passant parfois une journée entière dans la nature, et aussi aller voir sa sœur et faire de la broderie au point de croix.

De ces descriptions et appréciations différentes de la vie quotidienne de la recourante découlent des divergences, en particulier quant à la question de savoir s'il y a eu une éventuelle péjoration après la décision du 25 novembre 2016 et la première procédure AI, notamment entre la Dresse F_____, qui suit actuellement la patiente à raison d'une fois par mois en moyenne, et la Dresse R_____, qui la reçoit une fois par semaine. Néanmoins, apparaît nouvelle la circonstance, énoncée par l'intéressée et la Dresse R_____, consistant en ce que, lorsqu'elle souffre de migraines, deux à trois nuits et/ou jours par semaine en moyenne, l'assurée n'accomplit aucune activité ou occupation. Quoi qu'il en soit, il n'est en l'état pas nécessaire d'établir définitivement, au degré de la vraisemblance prépondérante,

s'il y a eu ou non une modification notable de la situation sur ce point, vu les considérants qui suivent.

e. Il découle de l'ensemble des différents avis médicaux que les céphalées dont souffre l'intéressée sont demeurées résistantes aux traitements mais néanmoins stables depuis l'opération de novembre 2018, le fait qu'elles soient considérées comme entièrement incapacitantes par les Dresses V_____ et L_____ ne changeant rien à la stabilité de leur intensité.

Une même stabilité ressort du dossier relativement au syndrome douloureux.

Pour ce qui est du trouble dépressif récurrent, il a été considéré comme sévère par la Dresse F_____ à tout le moins depuis l'automne 2016, puis moyen depuis la séparation de la recourante d'avec son mari à fin juillet 2018 grâce à la cessation de l'angoisse quotidienne liée à la vie commune, alors qu'ont été retenus un épisode actuel léger à moyen par les experts du CEMed le 22 janvier 2016 et, au contraire, sévère par la Dresse R_____ encore au 1^{er} mars 2019. Au surplus, la Dresse F_____ estimerait, depuis la séparation, l'amélioration à 30 % de l'état psychique de la patiente, tout en relevant une réactivation des traumatismes des dix années de mariage, « certaines choses » détruites en elle ainsi qu'une modification de la personnalité depuis plusieurs années, apparemment 2010 (année suivant la dixième année de mariage). En conséquence, en l'état actuel des données de l'instruction et au regard notamment de la divergence d'appréciation entre les deux psychiatres traitantes, il n'est pas établi si le trouble dépressif récurrent a fait l'objet ou non d'une évolution significative, que ce soit vers une amélioration ou une péjoration.

f. Concernant l'anémie dont souffre l'assurée, à teneur d'un rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse L_____, la situation sur ce point s'est aggravée en 2018 avec une anémie bien plus prononcée jusqu'à 85 g/l d'hémoglobine et des signes de dysplasie au niveau médullaire ; il s'agit selon elle d'un syndrome myélodysplasique actuellement de bon pronostic, mais nécessitant un minimum de l'érythropoïétine pour éviter toute transfusion pour le moment et pouvant s'aggraver dans le futur, voire se transformer en leucémie aigüe.

Selon les explications fournies par cette oncohématologue lors de l'audience du 23 juin 2020, la recourante a une anémie réfractaire de base à 95 g/l, ce qui serait important. Après une injection d'EPO, elle est à 115 g/l entre une semaine et dix jours et elle va alors mieux avec moins de fatigue, mais ensuite ce taux descend progressivement jusqu'à 95 g/l, et à ce moment-là elle est beaucoup plus fatiguée ; c'est afin de monter ce taux à 115 g/l que la patiente prend des EPO une fois par mois, voire une fois toutes les trois semaines si elle est particulièrement fatiguée ; ainsi, elle a toujours un taux d'hémoglobine inférieur à la normale (entre 120 et 140 g/l d'hémoglobine pour une femme) et reste donc anémique.

Toujours d'après les déclarations faites par la Dresse L_____ lors de cette même audience, l'anémie de l'intéressée, même si elle est traitée, entraîne une fatigue non importante mais qui s'ajoute aux fatigues liées aux céphalées, et la rend plus

irritable, sans participer aux causes de la dépression. Depuis deux ans, soit depuis 2018, l'oncohématologue constate que la patiente va moins bien qu'auparavant dans le sens où elle a plus de maux de tête et est plus fatiguée. L'anémie seule rend difficile, mais non impossible, des tâches ménagères, des courses, des tâches administratives. Dans le cadre d'un travail, même au taux de 115 g/l, l'assurée pourrait tenir trois heures puis devrait se reposer une heure et peut-être travailler encore trois heures, ceci sans tenir compte des céphalées ni de l'état dépressif.

Il faut dès lors conclure à une aggravation de l'anémie, sous forme de syndrome myélodysplasique et avec pour effet une plus grande fatigue, depuis le milieu de l'année 2018 approximativement. Contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 30 juin 2020, qui a admis une dégradation de l'état de santé de l'assurée sur le plan hématologique postérieure à la décision du 4 juillet 2019, ladite péjoration apparaît être survenue en 2018, donc avant la date de l'établissement du rapport du 2 septembre 2019 de la Dresse L_____, l'hémoglobine au maximum à 106 g/l sous érythropoïétine à cette dernière date étant en outre insuffisante, conformément aux explications de cette oncohématologue, dont rien ne permet à ce stade d'écarter le caractère objectif et probant. Il s'agit d'une pathologie nouvelle par rapport à la première procédure AI, qui entraîne ou augmente la fatigue de l'intéressée dans l'ensemble de ses activités et est donc susceptible de baisser le taux de rendement et/ou de capacité de travail, toutefois dans une mesure limitée.

g. S'agissant des diagnostics d'ESPT et de modification durable de la personnalité, la Dresse R_____ a, dans un rapport du 21 janvier 2020, estimé que sa formation en psychotraumatologie, dans la méthode EMDR et en hypnose médicale, de même que plusieurs tests et échelles d'évaluation lui permettent de retenir la réactivation d'un ESPT, laquelle est d'après elle plus handicapante que la modification durable de la personnalité et remonte probablement à une période entre 2016 et 2017, date de l'agression devant le supermarché. D'après le fils de la patiente que la Dresse R_____ a rencontré en janvier 2019, celle-là a présenté un changement progressif de personnalité à la suite de l'agression devant le supermarché, avec en particulier une attitude paranoïaque. Ladite psychiatre a indiqué pouvoir seulement constater sa personnalité actuelle, présentant des traits d'une rigidité extrême, un fond paranoïaque, des attitudes très défensives, un retrait social, un isolement et de grandes difficultés de concentration et de mémoire, de même qu'un certain détachement. Selon les déclarations faites par la Dresse R_____ à l'audience du 23 juin 2020, par rapport à la classification comme la CIM-10, il s'agit ici d'un trauma complexe ; c'est au moment de la séparation que les événements abominables du passé (maltraitance comme enfant par ses parents puis adolescente par son frère aîné, qui s'était suicidé, violence et viols commis par son mari) sont ressortis en la patiente, avec des visions et des cauchemars ; l'ESPT est la cause directe de la modification durable de la personnalité ; auparavant, il n'y a pas eu de modification durable de la personnalité dans la mesure où l'intéressée était dissociée, « comme dans un bocal » ; l'ESPT se distingue de l'état dépressif par les

flashes-back, les cauchemars et la modification durable de la personnalité ; sous hypnose, la patiente se sent mieux, mais le reste du temps, elle ne va pas bien ; elle souffre notamment de la procédure AI qu'elle voit comme une non-reconnaissance de son « calvaire » ; avec le temps, elle pourrait aller mieux dans une situation où il n'y aurait aucune exigence de rendement ou d'horaire ; elle n'arrive pas à gérer deux questions ou deux demandes venant en même temps ; elle ne pourrait absolument pas travailler, même dans un poste adapté à temps partiel.

Le diagnostic d'ESPT a été admis par les Drs F_____ et C_____ et celui de modification durable de la personnalité également par la Dresse F_____.

De l'avis du SMR, l'agression devant le magasin n'est pas une exposition à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et ne remplit donc pas les critères diagnostiques de la CIM-10 pour être considérée comme le déclencheur d'un ESPT ; les diagnostics de réactivation d'un ESPT et de modification durable de la personnalité ne peuvent pas être posés en même temps ; la symptomatologie décrite par la Dresse R_____ est principalement subjective, sans status psychiatrique spécifique.

Cela étant, à teneur de la CIM-10 (version 2008), l'ESPT (F43.1) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-backs »), des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité (F62.0).

Toujours selon la CIM-10, la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) est une modification durable de la personnalité, persistant au moins deux ans, à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Le facteur de stress doit être d'une intensité telle qu'il n'est pas nécessaire de se référer à une vulnérabilité personnelle pour expliquer son effet

profond sur la personnalité. Le trouble se caractérise par une attitude hostile ou méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de désespoir, par l'impression permanente d'être « sous tension » comme si on était constamment menacé et par un détachement. Un ESPT (F43.1) peut précéder ce type de modification de la personnalité.

Au vu du contenu de la CIM-10, la pose simultanée des diagnostics d'ESPT et de modification durable de la personnalité soulève prima facie des questions de compatibilité, même en cas de « trauma complexe », mais ne peut en l'état pas être d'emblée exclue.

Sur ce point, les explications des Dresses F_____ et R_____ ont été formulées, entre autres lors de l'audience du 23 juin 2020, de manière circonstanciée et avec sérieux, et le C_____, médecin généraliste traitant, est d'accord dans l'ensemble avec elles.

Il ressort du dossier que l'agression subie devant le supermarché est antérieure à l'établissement de l'expertise du CEMed du 22 janvier 2016, puisque cette dernière la mentionne. Or, ce n'est qu'à partir de novembre 2018 que le diagnostic d'ESPT a été posé par les Dresses F_____ et R_____. Ce fait n'est toutefois pas de nature à exclure d'emblée la réalité d'un tel diagnostic dans le cas présent. En effet, quelques mois peuvent, selon la CIM-10, séparer l'ESPT de l'événement traumatique, et il ne paraît pas invraisemblable que les conséquences de cet événement aient été « gelées » tant et aussi longtemps que l'assurée a vécu avec son mari dans une situation de maltraitance et de violence sexuelle, dans un état dissociatif latent d'après la Dresse R_____, et qu'après la séparation elle se soit retrouvée « en contact avec elle-même » et connectée à son devenir, activant ainsi un ESPT. En outre, au regard notamment du contexte de nombreux et graves traumatismes vécus dans le passé, avant même ladite agression, il ne peut pas être exclu d'emblée que ce dernier événement ait pu entraîner la survenance d'un ESPT. Enfin, certains des symptômes constatés par les Dresses F_____ et R_____, à savoir les flash-backs et cauchemars apparus après la séparation et dans le cadre d'une activation de l'ESPT, correspondent à ce diagnostic. Entre le début de l'année 2017 et la séparation de la recourante avec son époux à fin juillet 2018, les idées suicidaires ont été de plus en plus présentes selon notamment la Dresse F_____ dans son rapport du 7 mars 2017, qui a fait état d'une récente hospitalisation en psychiatrie pour ce motif ; il s'agit d'un des symptômes pouvant précéder la survenance d'un ESPT d'après la CIM-10, comme l'insomnie relevée dans le rapport de la Dresse F_____ du 5 octobre 2016 de même que l'anxiété dont une aggravation semble prima facie ressortir des rapports établis par les Dresses F_____ et R_____ dès l'automne 2018.

Au regard de ce qui précède et au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée présente, depuis fin juillet 2018, donc après la première procédure AI, un trouble nouveau, correspondant à un ESPT et/ou à une modification durable de la personnalité, ou à d'autres diagnostics liés au vécu d'un traumatisme voire à une

influence de celui-ci sur la personnalité. Ce nouveau trouble est de nature, vu les flash-backs et cauchemars ainsi que les changements à tout le moins dans les traits de personnalité, en particulier un fond paranoïaque, des attitudes très défensives, un retrait social, un isolement, de grandes difficultés de concentration et de mémoire et un certain détachement qu'il induit, de causer un amoindrissement des facultés (notamment aux plans comportemental et mental) utiles et nécessaires dans un cadre professionnel.

h. En résumé, quand bien même leurs effets sur les activités de la vie quotidienne de la recourante ne sont en l'état pas établis, le syndrome myélodysplasique, cause d'un problème d'anémie non négligeable, de même que l'ESPT, la modification durable de la personnalité et/ou d'autres diagnostics liés au vécu d'un traumatisme voire à une influence de celui-ci sur la personnalité constituent un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, entre la première décision, du 25 novembre 2016, entrée en force et la décision du 4 juillet 2019 présentement litigieuse.

Cette conclusion est d'autant plus justifiée que l'écart entre la baisse de rendement de 25 % admise dans le cadre de la première procédure AI et un degré d'invalidité de 40 % donnant droit à un quart de rente n'est pas élevé (cf. ATF 133 V 545 consid. 6).

11. En conséquence, le recours sera partiellement admis et la décision querellée sera annulée.

Conformément à la jurisprudence citée plus haut, un renvoi à l'administration reste possible quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici. En l'occurrence, l'intimé s'étant contenté jusqu'à présent dans la seconde procédure AI de recevoir des rapports des médecins traitants et d'en critiquer les conclusions via le SMR et ayant ainsi laissé l'évolution médicale très peu instruite, la cause lui sera renvoyée pour instruction approfondie de la situation médicale de la recourante et de son évolution, puis nouvelle décision.

Etant donné que les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité devra être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (cf. ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b), en d'autres termes sous tous ses aspects factuels et juridiques, sans que des évaluations antérieures, à savoir celle effectuées et confirmées dans le cadre de la première procédure AI, ne revêtent un caractère obligatoire (cf. Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 27 ad art. 17 LPGA).

Il incombera à l'OAI de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, portant sur les aspects somatiques et psychiques. Il est essentiel que les experts examinent tous les troubles, notamment l'anémie et les troubles liés au vécu d'un traumatisme voire à une influence de celui-ci sur la personnalité, ainsi que leurs imbrications

entre eux et leurs effets sur la capacité de travail de l'assurée, d'une manière qui, vu le caractère particulièrement complexe et difficile à mesurer de l'état de santé de l'assurée, soit approfondie et nuancée.

12. La recourante obtenant gain de cause et étant assistée d'un conseil, elle a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA).

Un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 4 juillet 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Alloue à la recourante des dépens à hauteur de CHF 3'000.-, à la charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 400.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Le président

Sylvie CARDINAUX

Blaise PAGAN

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