



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4169/2019

ATAS/1246/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 décembre 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, représentée par le Service de protection de l'adulte recourante

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née le _____1973, divorcée sans enfant, d'origine somalienne, entrée en Suisse le 14 novembre 2000, titulaire d'un permis B - OASA, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 août 2012, pour maladie (dépression depuis 2007). Bénéficiaire des prestations de l'Hospice général (ci-après : l'hospice), elle avait suivi deux stages de réinsertion, auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) et Réalise; il avait été constaté qu'elle n'était pas suivie médicalement, régulièrement, de sorte qu'il était recommandé de lui faire passer une visite médicale auprès du médecin-conseil de l'hospice pour un suivi approfondi et une éventuelle détection précoce en vue d'une obtention de rente AI. Elle avait donc consulté le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que la doctoresse C_____, médecin interne au service de premier recours (ci-après : SMPR) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
2. Il ressortait de l'instruction de cette demande les éléments suivants :
 - un rapport médical initial du Dr B_____ du 24 août 2012 indiquant qu'il avait examiné la patiente une fois, le 18 juillet 2012, en tant que médecin-conseil de l'hospice. Il retenait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de symptomatologie anxieuse et dépressive dans le contexte d'agressions physiques répétées; diagnostic difficile à préciser. Anamnestiquement, la patiente était suivie à l'hospice, deux stages de réinsertion n'avaient pas abouti. Elle avait vécu divers traumatismes durant sa vie (agressions physiques); ses plaintes étaient une symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi que des douleurs chroniques décrites par le médecin généraliste; tristesse, troubles du sommeil, cauchemars (évitte de regarder des scènes violentes à la TV, angoissée, troubles mnésiques; parle laborieusement le français); elle était accompagnée de son assistante sociale pour s'assurer qu'elle se présenterait au rendez-vous. Le traitement médical actuel consistait dans la prescription de Stilnox, Tramal, Irfen, Dafalgan; s'agissant des restrictions physiques mentales ou psychiques existantes, il était renvoyé aux rapports des EPI et de Réalise; le rendement était fortement réduit (au moins 50 %);
 - un rapport de la Dresse C_____ du 21 août 2012 : des investigations étaient en cours, de sorte que le diagnostic n'était pas encore posé. Anamnestiquement, depuis plusieurs années, douleurs diffuses des structures musculo-tendineuses au tronc et dans les membres; élévation des paramètres d'inflammation;
 - un rapport intermédiaire du 11 mars 2013 de la doctoresse D_____, chef de clinique au SMPR : l'état de santé était resté stationnaire; diagnostics incapacitants : lombalgies chroniques non déficientes depuis 2004, état dépressif modéré depuis 2003 (fluctuant); on notait une légère amélioration des

douleurs lombaires avec les traitements médicamenteux et de physiothérapie, mais le contexte dépressif influençait le seuil de la douleur; elle relevait toutefois dans le questionnaire annexe : péjoration des douleurs lombaires depuis juillet 2012, étapes algiques fluctuantes influencées négativement par la composante dépressive; les limitations fonctionnelles observées étaient la mobilité du tronc, légèrement limitée dans les axes; rotation du tronc environ 60-70° symétriquement; la patiente était couturière de profession; elle avait aussi gardé des personnes âgées, effectué des nettoyages en écoles et en chambres d'hôtel; elle pourrait travailler dans des activités qui alternent la position assise et debout avec faible port de charges. La compliance était optimale; il n'y avait pas de bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Traitement médicamenteux en cours: Lyrica, vitamine D3, Stilnox, Cimbalta 60 mg 1x par jour; la situation devait être réévaluée par une consultation psychiatrique conjointe; la patiente souhaitait et pouvait reprendre une activité professionnelle dans son domaine (couture), mais il semblerait qu'une alternance de positions debout/assise fut éventuelle;

- une lettre de sortie du service de psychiatrie générale des HUG du 21 août 2013 au sujet d'un séjour du 7 au 19 août 2013 : diagnostic principal : troubles de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive. Il s'agissait d'une première hospitalisation en admission ordinaire sur certificat de la doctoresse E_____ du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) de la Servette, pour mise à l'abri d'idées suicidaires. À son arrivée dans l'unité, la patiente présentait une symptomatologie anxiodépressive d'intensité moyenne. Elle s'était tout de suite sentie en sécurité et ne présentait pas d'idées suicidaires. Le cadre de l'unité permettait une diminution de ses angoisses ainsi qu'une amélioration de son humeur. Elle décrivait une accumulation de problèmes sociaux comme facteur déclenchant la péjoration de sa thymie. Elle décrivait une tension interne importante qui s'exprimait souvent en conflits avec le voisinage, des idées surinvesties de persécution ainsi qu'un trouble du sommeil. L'introduction progressive d'un traitement de Seroquel 200 mg avait donné des résultats satisfaisants. Un suivi au CAPPI de la Servette avait été décidé à sa sortie;
- un rapport intermédiaire du SMPR du 20 mars 2014 : les diagnostics incapacitants étaient des lombalgies chroniques non déficitaires associées à des douleurs chroniques; troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive avec un suivi régulier au CAPPI. Évolution favorable des lombalgies avec le traitement médicamenteux et la physiothérapie. Facteur aggravant : l'obésité. Aggravation du trouble de l'adaptation avec aggravation des troubles du sommeil et diminution du seuil de tolérance à la douleur, tendance à des passages à l'acte (surconsommation de Quétiapine). Mesures thérapeutiques : lombalgies : antalgie, poursuite de la physiothérapie, consultation diététique

dans le but d'une perte pondérale; troubles de l'adaptation : antidépresseurs, suivi psychiatrique;

- rapport de la doctoresse F_____, psychiatre au CAPPI, du 28 novembre 2014 : elle retenait le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) (août 2013); sur le plan somatique, la patiente était connue pour dorsalgies qui l'avaient amenée à arrêter le travail qu'elle exerçait auparavant dans le secteur du nettoyage (2012); sans effet sur la capacité de travail : asthme. Depuis le début du suivi psychiatrique, en 2013, l'état de la patiente ne s'était pas amélioré de manière notable. Elle présentait une thymie triste, des moments de désespoir, de fatigue, manque d'énergie et de motivation. À plusieurs reprises il avait été constaté des idées suicidaires. Sur le plan psychotique, la patiente décrivait des hallucinations auditives intermittentes difficiles à investiguer car elle ne souhaitait pas développer ce sujet. Elle présentait toujours un état dépressif sévère (au moment de l'établissement du rapport); durant cette année, l'équipe avait mis en place des activités d'ergothérapie ainsi que des groupes thérapeutiques dans le but d'améliorer son état thymique et de lui permettre de se mobiliser. Au cours de son suivi avec l'auteur du rapport (novembre 2013 à novembre 2014), cette dernière avait pu constater des symptômes dépressifs sous forme de thymie triste, d'anhédonie et aboulie partielles, de mémoire et de concentration ainsi que des moments de désespoir et des idées suicidaires intermittentes. Sur le plan psychotique, la patiente présentait un comportement bizarre, par moment perplexe. Décrivait un sentiment de persécution de la part de ses voisins et des hallucinations auditives intermittentes. Le traitement consistait en entretiens psychiatriques et psychothérapeutiques, médicaux une fois par mois, infirmiers une fois par semaine, groupe thérapeutique une à deux fois par semaine et suivi social par un assistant social du CAPPI. Traitement médicamenteux antidépresseur, antipsychotique, somnifères et antidouleurs. Poursuite d'un suivi conjoint psychiatrique et somatique. Dès le 1^{er} novembre 2013, l'incapacité de travail en tant que femme de ménage était entière (100 %) toujours en cours. S'agissant des restrictions physiques mentales ou psychiques, sur le plan somatique la patiente se plaignait de douleurs récurrentes; sur le plan psychiatrique, le médecin avait constaté des troubles de concentration et de mémoire importants. La patiente se montrait souvent perplexe, parfois confuse. Elle donnait souvent des réponses à côté sans lien direct avec les questions; par moments elle pouvait se montrer très fermée sur elle-même, avec faible capacité d'écoute et d'introspection; pouvait présenter des moments d'impulsivité, de crises de cris, de menaces suicidaires; elle pouvait également se sentir persécutée par son entourage. Au travail, les symptômes décrits pourraient se manifester par des difficultés à comprendre les consignes des tâches, des difficultés à les terminer; lenteur et absentéisme. La patiente présentait également des difficultés relationnelles, et l'intégration au sein d'une nouvelle équipe pouvait s'avérer compliquée, voire impossible. Du point de vue médical,

l'activité exercée n'était plus exigible; le rendement était réduit par des difficultés à comprendre et en raison des douleurs, mais aussi des troubles de concentration et de mémoire, pour exécuter les tâches demandées. Si les douleurs somatiques pouvaient être contrôlées, la patiente pourrait bénéficier d'une période de stage en atelier protégé dans l'objectif de réévaluer ses capacités actuelles (évaluation de la capacité de travail et choix d'une activité adaptée, dans un premier temps dans un milieu protégé). Actuellement, la reprise d'une activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail était nulle, mais pourrait être de 50 % à réévaluer dans les six mois.

- Dans un avis du 29 janvier 2015, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), au vu de la situation médicale, a proposé la mise en place d'un examen clinique au SMR, rhumatologique et psychiatrique, ou une expertise bidisciplinaire, afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle.
- Rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 4 mai 2015 (Drs G_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et H_____, FMH en psychiatrie). Les examinateurs, après avoir énoncé le contexte et les motifs de l'examen clinique, ont procédé à une anamnèse très complète, personnelle, professionnelle, antécédents personnels; anamnèse actuelle et ostéoarticulaire, psychosociale et psychiatrique; ils ont notamment relevé que l'assurée avait, à l'âge de 16 ans, été marquée par le décès de son père, elle-même ayant été séquestrée et violée pendant 2 mois; ils ont mentionné les évaluations psychiatriques dont l'assurée avait fait l'objet dès juillet 2012 (Dr B_____), son hospitalisation psychiatrique à Genève du 7 au 19 août 2013 et les diagnostics retenus, décrit le suivi psychiatrique au CAPPI, et les observations des psychiatres successifs en charge de l'assurée. Ils ont également procédé à l'anamnèse par système et relevé les plaintes de l'expertisée, et décrit les éléments de sa vie quotidienne. Ils ont ensuite consigné le status ostéoarticulaire et neurologique et psychiatrique; et inventorié les pièces radiologiques versées au dossier. Diagnostics : les examinateurs n'ont retenu aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail; et, sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics suivants : rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire avec anomalie transitionnelle lombosacrée (M54); fibromyalgie (M79.0); obésité avec BMI à 35.5; asthme anamnestique; allergie à la laine et au pollen anamnestiques; sinusite chronique anamnestique; status après micro arrachement du versant supéro-médial du dôme du talus gauche; difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56); difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0); expérience de guerre et d'autres hostilités, diagnostic anamnestique (Z65.5).

Dans la discussion du cas, les examinateurs ont notamment expliqué les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas tel ou tel diagnostic posé par certains médecins ayant eu connaissance du cas, s'étonnant notamment de ce qu'en dépit d'un diagnostic d'état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, aucun traitement médicamenteux antidépresseur n'avait été mis en place; ils ont indiqué que l'examen clinique du jour n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de troubles phobiques, de trouble cognitif, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de troubles dissociatifs, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial inchangé depuis l'arrivée de l'assurée en Suisse en 2000, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Ils ont indiqué que les traits dépressifs présents, lorsque l'assurée est confrontée à ses difficultés actuelles, sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Ils ont observé que l'assurée, déterminée et autoritaire, sans activité lucrative depuis 2006, souffrait de difficultés liées à l'emploi et au chômage, ainsi que des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, pathologies sans aucune incidence sur la capacité de travail. Ils ont retenu que l'expertise présentait également une amplification verbale de ses plaintes somatiques, sans aucun comportement algique, ni sentiment de détresse. Selon eux, le diagnostic de fibromyalgie (objectivé par le Dr G_____ à l'examen clinique rhumatologique) n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de sa maladie, de sorte que, selon la jurisprudence, les critères de sévérité n'étaient pas réunis. Ils ont en outre expliqué la raison pour laquelle ils retenaient le diagnostic anamnestique d'expérience de guerre et d'autres hostilités; celui-ci n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail : à l'examen clinique du jour, l'assurée ne présentait pas de flashbacks, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie ni d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme, tous éléments pouvant plaider en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Les examinateurs n'ont pas non plus objectivé de retrait social, le sentiment de vide, d'impression permanente d'être sur la brèche, comme si l'on était constamment menacé, ni de détachement en faveur d'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ils ont dès lors conclu que sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie aiguë ou chronique à caractère incapacitant; la capacité de travail exigible était de 100 % dans toute activité. Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle du point de vue ostéoarticulaire, pas plus que sur le plan psychiatrique. L'absence de formation professionnelle, l'âge, les difficultés à gérer surtout la démotivation ne font pas partie du

domaine médical. S'agissant de l'incapacité de travail de 20 % au moins, les examinateurs ont retenu qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail du point de vue rhumatologique dès lors qu'il n'existait aucune limitation fonctionnelle et que toute activité professionnelle était donc possible du point de vue ostéoarticulaire, notamment l'activité professionnelle de femme de ménage ou de couturière. Cependant, l'assurée présentant semble-t-il une allergie à la laine avec asthme et bronchite asthmatique, ils proposaient au responsable du dossier de la permanence SMR d'évaluer le problème pneumologique de l'assurée en questionnant à nouveau le généraliste traitant. Ils n'ont pas retenu non plus d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique. En conclusion, ils ont estimé que la capacité de travail était exigible à 100 % dans les activités habituelles de couturière ou de femme de ménage, comme dans toute activité adaptée.

- Le rapport d'examen clinique susmentionné ayant été rendu avant la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (3 juin 2015) en matière de troubles somatoformes persistants et associés, le SMR, après discussion avec les examinateurs, a considéré qu'il était nécessaire de mettre en place une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport le 2 mai 2016, notamment après avoir étudié le dossier soumis par l'OAI et procédé à l'examen de l'assurée en présence d'un interprète somalien/français, et de l'infirmière accompagnante de l'intéressée, le 18 avril 2016, et après avoir procédé le jour-même à des examens complémentaires (tests psychologiques examens de laboratoires). On notera à ce stade que le rapport d'expertise se fonde sur une anamnèse précise, inventorie les plaintes de l'expertisée, les constatations objectives que l'expert a pu retenir de l'examen clinique et des tests complémentaires, l'expert aboutissant au diagnostic de dépression atypique (F32.8) et troubles mixtes de la personnalité (F61.0), l'expert remarquant que dans la mesure où un spécialiste en rhumatologie retenait un diagnostic de fibromyalgie, il ne posait pas de diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert a en outre exposé les raisons pour lesquelles il ne retenait pas, contrairement aux psychiatres traitants du CAPPI, mais à l'instar des autres médecins psychiatres étant intervenus dans ce dossier, un épisode dépressif, et considérait que l'on n'était pas en présence du seuil diagnostique d'un véritable épisode dépressif. Au vu de ces constatations, et en tenant compte des plaintes de l'assurée, il a toutefois retenu un trouble dépressif atypique. Les arguments développés par l'expert seront examinés, dans la mesure utile, dans les considérants qui suivront. Il en va de même des motifs pour lesquels il retient un trouble mixte de la personnalité. Il estimait en substance que le trouble de personnalité de l'intéressée n'était pas particulièrement sévère. Il se manifestait essentiellement en termes d'instabilité et de difficultés dans les relations interpersonnelles. Il était le socle d'une fragilité face aux facteurs de stress qui contribuaient au développement transitoire de symptômes anxieux et

dépressifs de peu de sévérité, qui rejoignaient un tableau clinique de troubles de l'adaptation. Ce trouble de personnalité n'était pas suffisamment grave pour être considéré comme incapacitant en soi. Il a enfin examiné de façon systématique les aspects à prendre en compte selon les indicateurs de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La problématique de l'expertisée était, selon l'expert, essentiellement d'origine sociale. Il a finalement répondu à toutes les questions posées.

- Le SMR s'est prononcé par avis du 24 mai 2016, après expertise, reprenant à son compte les conclusions de l'expert, considérant que le rapport était clair et convaincant, l'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 4 mai 2015 et l'expertise psychiatrique du 2 mai 2016 aboutissant à des conclusions convergentes dans le sens de l'absence de toute atteinte avec répercussion sur la capacité de travail.
3. Sur cette base, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision du 26 mai 2016, confirmé par décision du 5 juillet 2016, rejetant la demande de prestations, après une opposition de principe adressée à l'OAI par le Centre de Contact Suisses-Immigrés Genève, pour le compte de l'assurée, se bornant à faire part à l'office du désaccord de l'intéressée avec son évaluation (absence d'atteinte à la santé invalidante et pleine capacité de travail dans toute activité), sans toutefois apporter le moindre élément médical supplémentaire. Ce premier refus est entré en force.
 4. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 4 octobre 2016.
 5. L'OAI a accusé réception de cette nouvelle demande par courrier du 6 octobre 2016 et imparti à l'assurée un délai de trente jours pour produire tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision en force.
 6. Les documents médicaux réunis dans le cadre de cette nouvelle demande de prestations sont les suivants :
 - par courrier du 12 octobre 2016, le SMPR a adressé à l'OAI, pour le compte de la patiente, un rapport médical « afin d'appuyer son recours contre le refus d'octroi de l'assurance-invalidité daté du 6 octobre 2016 (sic) ». Selon les médecins signataires, des éléments nouveaux étaient en effet présents depuis le dernier rapport médical établi en « 2012 », qui avait conduit au premier refus. Sur le plan somatique, la patiente avait été diagnostiquée pour une lésion squameuse intra-épithéliale de bas grade (LSIL) au dernier contrôle gynécologique, nécessitant un suivi à un an. Elle souffrait également de dysurie chronique dans un contexte de mutilations génitales féminines de stade III pour lesquelles une désinfibulation était prochainement agendée. La découverte d'une lésion sous-muqueuse de la petite courbure de l'estomac à l'oestogastroduodénoscopie nécessiterait un contrôle endoscopique. La patiente était également connue de longue date pour une obésité avec actuellement une

BMI à 34.3 kg/m² et un asthme traité nécessitant des consultations de suivi ainsi qu'un traitement quotidien. Son psychiatre traitant, la doctoresse K_____, enverrait de son côté un rapport concernant l'évolution de l'état de santé sur le plan psychiatrique justifiant la demande de réviser le refus d'accorder l'assurance-invalidité à la patiente.

- Par courrier du 9 décembre 2016 contresigné par le docteur J_____, chef de clinique, la Dresse K_____ (CAPPI) intervenant en qualité de psychiatre traitante de l'assurée, a indiqué suivre l'intéressée depuis novembre 2015 pour trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et un état de stress post-traumatique (F43.1). Après avoir rappelé les éléments anamnestiques évoqués précédemment, et notamment la première décompensation en 2013, ayant conduit à une hospitalisation à l'Hôpital Belle-Idée, elle observait que par la suite la patiente avait été prise en charge au CAPPI. Au fur et à mesure que l'alliance thérapeutique s'agrandissait, la patiente avait fait part d'une symptomatologie correspondant à un syndrome post-traumatique avec épisodes de dépersonnalisation, constatée aux entretiens, et des cauchemars rapportés par la patiente (évoquant des traumatismes vécus dans son pays d'origine : décapitation de son père et autres atrocités dont, en ce qui la concernait, de violents traumatismes sexuels avec des séquelles aussi bien psychiques que physiques, dans la sphère génitale, ce dont la patiente n'aurait pu parler que récemment, et pour lesquelles des interventions gynécologiques étaient prévues). Lors des derniers entretiens (19 octobre et 30 novembre 2016), la patiente était vêtue de manière plus négligée qu'ordinairement, indiquant à ses médecins qu'elle n'avait pas pris de douche depuis plusieurs jours, et manifestait des signes de tensions internes (poings serrés). Orientée aux quatre modes, son attention et sa concentration étaient toutefois un peu diminuées. Mémoire non explorée. Faciès triste et thymie rapportée. Elle rapportait également des troubles du sommeil et un appétit normal. Elle avait du mal à se projeter dans l'avenir et présentait une mauvaise estime d'elle-même. Elle ne présentait actuellement pas d'idées suicidaires. Durant l'entretien, de courts moments de prostration étaient relevés, mais le contact était vite rétabli. Discours normal revenant souvent sur ses préoccupations anxieuses. Pas d'hallucinations rapportées, ni d'attitude d'écoute. Patiente nosognosique. La prise en charge consistait dans un traitement de psychiatrie psychothérapie intégrée avec des entretiens médicaux toutes les deux semaines et entretiens infirmiers toutes les semaines. Une psychothérapie au sens strict serait à envisager quand la situation clinique le permettrait; une intervention gynécologique, avec fort impact psychologique était prévue également. Actuellement, le pronostic semblait réservé, bien qu'une amélioration clinique put être espérée, celle-ci étant facilitée par le fait que la patiente présentait une très bonne alliance thérapeutique avec les soignants, et par un éventuel et souhaitable changement de lieu de vie.

- La patiente ayant de plus spontanément adressé à l'OAI un certificat médical attestant de son hospitalisation aux HUG du 29 janvier au 13 février 2017, le SMR, dans un avis du 20 mars 2017, a considéré que sur le plan somatique aucune aggravation n'était rendue plausible, pas plus que le rapport psychiatrique dans le cadre de la prise en charge au CAPPI ne pouvait être considéré comme décrivant une aggravation de longue durée. Toutefois, au vu de l'attestation d'hospitalisation récente, il y avait lieu de solliciter la copie de la lettre de sortie d'hospitalisation.
- Selon la lettre de sortie du 14 février 2017, le 28 janvier 2017 la patiente avait fait appel au CAPPI pour une humeur triste et une idéation suicidaire. Elle aurait avalé tout son traitement somatique et psychiatrique. Par la suite, elle se serait sentie très mal, n'aurait pas pu bouger de son lit pendant trois jours. Comme facteur de crise, la patiente rapportait des difficultés économiques et sociales. Dans ce contexte, elle a été adressée à Belle-Idee pour mise à l'abri. À l'entrée, la patiente était tendue, angoissée. Tenue et hygiène correcte. Vigilante et orientée aux quatre modes. Attention et concentration légèrement diminuées. Thymie triste, en larmes pendant l'examen. Elle disait avoir des idées noires et suicidaires, mais ne voulait pas se faire mal ni mourir. Elle s'engageait à faire appel aux soignants. Pas d'agressivité ni hallucinations ni délires. À l'arrivée dans l'unité, elle avait été informée qu'elle devait dormir dans un lit couloir, ce qu'elle n'acceptait pas et qui l'avait poussée à fuguer de l'hôpital. Le lendemain elle s'était présentée à nouveau au CAPPI et avait décidé de revenir à Belle-Idee. Pendant le séjour elle était calme et collaborante. Comportement adéquat et respectueux envers les soignants et les autres patients. Sur le plan clinique, elle mettait au premier plan les douleurs somatiques ainsi que les problèmes sociaux (logement et demande AI) qui n'avançaient pas depuis longtemps et qui seraient une source d'angoisse pour elle. Elle pouvait également verbaliser sa tristesse ainsi que les symptômes de la lignée psychotique et notamment des hallucinations auditives fluctuantes. Preneuse de soins, elle participait au groupe thérapeutique avec bénéfice. Lien avec le CAPPI maintenu grâce à des entretiens avec son infirmière référente. Dès l'amélioration de son état, des congés avaient été organisés. Retour positif des permissions, malgré une légère tristesse persistante. Progressivement l'état clinique s'était stabilisé, l'humeur s'était améliorée, elle ne présentait plus d'idéations suicidaires et les hallucinations auditives étaient moins présentes. Devant ce tableau, et en accord avec le CAPPI, sa sortie définitive de l'hôpital avait été organisée. À la sortie, la patiente était calme et collaborante. La thymie était neutre; pas d'idées noires ni suicidaires. Le discours était informatif et cohérent. Pas d'éléments de la lignée psychotique au moment de l'évaluation, mais hallucinations auditives fluctuantes. Nosognosique.
- Au vu de ce rapport, le SMR avait émis un nouvel avis le 31 mars 2017. Le rapport de séjour à Belle-Idee retenait le diagnostic d'un trouble de l'adaptation

réaction mixte anxieuse et dépressive ainsi qu'un état de stress post-traumatique. De plus il était relevé que l'assurée souffrait d'une dysplasie du col de l'utérus. Actuellement l'assurée était suivie au CAPPI pour un état dépressif dont l'épisode était jugé comme sévère avec idées suicidaires, l'assurée présentant une aggravation sur le plan psychiatrique; de plus, elle nécessitait un suivi par un gynécologue. Le SMR concluait que l'aggravation avait été rendue plausible.

- le SMPR (doctoresse L_____) a adressé un rapport à l'OAI le 28 avril 2017 : le début de la longue maladie remontait à 2000; la capacité de travail exigible était de 0 % dans toute activité; le début de la réadaptation était fixé au 26 avril 2017. Les limitations fonctionnelles étaient : polyarthralgies mécaniques, stress psychique PTSD (violences en Somalie). Elle retenait les diagnostics incapacitants suivants : état de stress post-traumatique (F43.1) depuis 2000; trouble dépressif récurrent, épisode moyen (F33.1) depuis 2000; trouble de l'adaptation, réaction mixte anxiodépressive (F43.2), depuis 2006; les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient : asthme, depuis l'enfance; gastrite chronique depuis 2013, obésité de stade II depuis 2014; polyarthralgies mécaniques depuis 2015 et dorsolombalgies depuis 2000. Anamnestiquement, la patiente était régulièrement suivie par le CAPPI; elle se sentait en permanence triste, stressée; beaucoup d'éléments anxiogènes au quotidien : interactions sociales, difficultés financières, souci de logement, idées suicidaires récurrentes. Thymie basse, recrudescence d'éléments stressants en lien avec les violences gynécologiques subies en Somalie, nécessité de mise à l'abri (nuits au CAPPI en unité de crise). Pronostic : au mieux le réseau de soignants fonctionnait comme soupape lors d'accès/périodes de crise. Pas de guérison attendue, accompagnement chronique. Traitement : pharmacologique; soutien psychiatrique au CAPPI; suivi de médecine générale aux HUG; le versant psychiatrique était principalement sollicité, sur une base hebdomadaire; soutien indispensable. Les restrictions physiques mentales ou psychiques étaient : douleurs dorsales lors d'activités, moral bas, hantée par son passé traumatisant. Couturière de profession, ayant également travaillé dans les ménages, garde de personnes âgées, et le nettoyage, les restrictions se manifestaient par des douleurs dorsales mécaniques au moindre mouvement et par des difficultés à s'imprégner d'une tâche professionnelle en raison des ruminations permanentes. Le rendement était réduit en raison des limitations. Pas d'activité adaptée envisageable.
- La Dresse K_____ (CAPPI) a établi un rapport à l'intention de l'OAI le 30 juin 2017 (reçu le 6 juillet 2017). Anamnestiquement, la patiente rapportait une majoration de l'anxiété en lien avec les souvenirs des traumatismes vécus, mais elle avait appris à faire des exercices de respiration, qui lui avaient permis de calmer les tensions internes. Lors du dernier entretien (12 juin 2017), la patiente était vêtue de manière correcte, collaborante, mais manifestait de légers signes de tensions internes. Pas de signes de consommation de substances; orientée

aux quatre modes, mais attention et concentration diminuées. Thymie en amélioration par rapport à la période avant hospitalisation; était encore triste. Elle rapportait des troubles du sommeil et avait perdu 2 kg, mais en lien avec la décision de perdre du poids. Ruminations anxieuses avec inquiétude quant à son avenir (logement, rente AI). Pas d'idées suicidaires; discours normal (forme et contenu) bien que circonscrit sur les préoccupations anxieuses de la patiente. Pas d'hallucinations ni attitude d'écoute. Patiente nosognosique. Le pronostic restait réservé, bien qu'une amélioration clinique put être espérée, celle-ci étant facilitée par le fait que la patiente présentait une très bonne alliance thérapeutique avec l'équipe, et par un éventuel et souhaitable changement de lieu de vie. Traitement actuel : entretiens médicaux toutes les deux à six semaines en fonction de son état clinique restant fluctuant et des entretiens infirmiers toutes les semaines. Également suivie par l'assistant social; elle allait participer à des groupes thérapeutiques (éveil corporel); traitement médicamenteux. Recommandations pour la future thérapie : poursuite de la thérapie en cours; une psychothérapie au sens strict serait envisagée quand la situation clinique le permettrait, pour travailler sur les traumatismes subis et responsables du PTSD. L'incapacité de travail était de 100 % dès 2013, en cours, dans une activité de femme de ménage. Rappel de l'évolution anamnestique depuis 2013. Aggravation progressive de la thymie, depuis début 2017, avec, au mois d'avril une nette péjoration dans le contexte de la menace de résiliation de son bail pour fin avril, pour des raisons purement administratives au niveau de la répartition des logements sociaux. On notait alors une négligence inhabituelle vestimentairement, une thymie très triste, aboulie, anhédonie, réapparition d'idées suicidaires et d'hallucinations auditives (une voix lui disait : « tu vas mourir »). Dans ce contexte, dans un premier temps, la patiente avait passé plusieurs nuits au CAPPI, puis avait été hospitalisée en mai 2017 à la clinique de Montana pour des raisons à la fois somatiques (douleurs et perte de poids) et psychiatriques. Restrictions physiques mentales ou psychiques : la patiente n'avait pas d'activité à ce jour; trouble de la concentration, réduction de la résistance au stress, difficultés dans la réalisation des tâches domestiques. Ces troubles ne lui permettaient pas d'avoir une activité dans l'économie réelle. Il n'était pas possible de prédire actuellement une éventuelle activité adaptée. En résumé, la patiente présentait conjointement des problèmes psychiques et somatiques, les premiers étant largement au premier plan, les deux s'influençant réciproquement. La patiente avait relativement bien fonctionné avant 2013, mais dans la situation actuelle elle ne pouvait pas exercer une activité professionnelle.

- Le SMR a émis un avis médical le 12 décembre 2017 : sur la base des rapports versés au dossier depuis octobre 2016, le SMR conclut qu'au plan somatique, la Dresse L_____ n'apportait pas d'éléments objectivables d'une péjoration de l'état de santé; au plan psychiatrique on retenait une péjoration non durable de l'état de santé (hospitalisation au début 2017 avec comme diagnostics : trouble

de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive) dont l'évolution au plan de la symptomatologie dépressive était décrite comme favorable. En effet, le status psychiatrique du 12 juin 2017 était pratiquement dans la norme, les consultations étaient agendées de deux à six semaines (fréquence non appropriée avec une symptomatologie dépressive sévère). Pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de retenir l'état de stress post-traumatique comme incapacitant. En conclusion, les pièces médicales n'apportaient pas d'éléments nouveaux permettant d'objectiver une modification notable et durable de l'état de santé depuis la décision du 5 juillet 2016.

7. Par courrier du 8 janvier 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 13 décembre 2017 rejetant sa nouvelle demande. Elle estimait ne pas être en mesure d'exercer une activité lucrative en raison de son état de santé. Elle produisait un rapport médical du docteur M_____ (CAPPI), du 8 janvier 2017 (recte : 2018), aux termes duquel la patiente présentait des symptômes psychotiques dans le contexte de son défléchissement thymique. Fluctuation infra-circadienne intense et chronique, invalidante. Elle présentait aussi des troubles cognitifs probablement en lien avec l'état thymique. L'anhédonie et la retraite sociale complète rendaient une récupération du fonctionnement quotidien difficile. La chronicité de ce trouble dépressif récurrent amenait le médecin à soutenir son opposition au projet de décision du 13 décembre. La patiente souffrait aussi de troubles somatiques affectant sa capacité de travail : lombalgies intenses et chroniques, asthme à prédominance allergique, dysplasie du col de l'utérus, obésité, sans précision, gastrite chronique.
8. Se fondant sur un avis du SMR du 25 janvier 2018 aux termes duquel l'examen des pièces médicales produites sur opposition ne permettait pas de constater de nouvelles atteintes qui n'aient pas déjà été étayées, et qu'il n'y avait pas de status psychiatrique permettant d'objectiver une modification de l'état de santé, l'OAI a rejeté la demande de prestations par décision du 6 février 2018.
9. Par courrier du 21 février 2018, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Elle précisait que son recours était interjeté pour préserver ses droits : elle allait se mettre en contact avec un avocat, mais elle relevait d'ores et déjà qu'elle contestait la décision précitée car elle était absolument incapable de travailler et ses médecins l'incitaient à recourir. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle produisait un rapport du SMPR (docteure N_____) renvoyant pour le plan psychique au rapport de la psychiatre traitante au CAPPI; sur le plan somatique, la patiente était connue pour des douleurs au niveau des deux pieds, des gonalgies bilatérales ainsi que des lombalgies chroniques depuis 2004 devenant de plus en plus invalidantes, à tel point que les déplacements pour sortir de chez elle devenaient compliqués et l'affectaient. Elle présentait aussi une obésité qui aggravait les douleurs articulaires.

10. Par courrier du 6 avril 2018, l'assurée, représentée par un conseil, a retiré son recours (ATAS/331/2018 du 18 avril 2018).
11. Par courrier du 28 mai 2019, la docteure O_____, spécialiste FMH en médecine interne au CAPPI, a invité l'OAI à réexaminer le dossier médical de l'assurée, laquelle présentait une incapacité totale de travail en raison de ses troubles psychiatriques, sans amélioration possible de son état. Sur le plan psychiatrique, plusieurs diagnostics avaient été évoqués. Elle était tout d'abord connue pour un trouble dépressif récurrent, l'amenant à faire plusieurs abus médicamenteux, et un état de stress post-traumatique, voire modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F60.0). Cependant la patiente manifestait dans son tableau clinique plusieurs symptômes de la lignée psychotique : aboulie, contact asyndrome, pouvant être distante avec un regard figé, ralentissement psychomoteur avec un discours très appauvri, laconique. La patiente décrivait la présence d'hallucinations acoustiques ou verbales envahissantes et manifestait par moments des attitudes d'écoute avec barrage de la pensée. Il avait alors été suggéré qu'elle souffrait d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Cependant, les symptômes psychotiques restaient présents malgré l'amélioration de la thymie. Il avait alors été suggéré un diagnostic provisoire de trouble schizo-affectif lors de sa dernière hospitalisation à la Clinique du Grand-Salève. Un trouble de la personnalité schizotypique avait également été évoqué. Comme mentionné à plusieurs reprises, le diagnostic de la patiente était compliqué. Cependant, elle manifestait clairement des symptômes psychiatriques envahissants nécessitant une hospitalisation à Montana et quatre hospitalisations en milieu psychiatrique, la dernière datant du mois d'octobre 2018 à la Clinique du Grand-Salève. Ces hospitalisations avaient toujours lieu en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive avec apparition d'idées suicidaires. Après chaque hospitalisation, la patiente manifestait une amélioration sur le plan thymique bien que les symptômes psychotiques restassent présents. Évoquant les précédentes demandes de prestations et se référant à l'expertise psychiatrique du Dr I_____, elle rappelait que l'expert avait retenu un diagnostic de dépression atypique et un trouble mixte de la personnalité dépendante, borderline et histrionique, mais ne parlait pas de l'état post-traumatique dont souffrait la patiente. Les diagnostics retenus dans l'expertise n'avaient jamais été évoqués lors du suivi au CAPPI depuis 2013, ni lors des cinq hospitalisations. De plus, la patiente présentait des symptômes clairs de PTSD avec un état d'hypervigilance, des flash-backs, des cauchemars pratiquement chaque nuit et plusieurs épisodes dissociatifs. Elle rappelait que lors de la demande du 4 octobre 2016, le Dr J_____ (*Ndr. rapport du 9 décembre 2016 contresigné avec la Dresse K_____, psychiatre traitante à l'époque*) décrivait une évolution fluctuante avec des rechutes en lien avec des conflits de voisinage. Ceci n'était pas considéré comme une aggravation durable de sa santé, mais il n'était pas précisé dans ce rapport que les conflits relatés s'inscrivaient dans une thématique paranoïaque avec un sentiment de persécution quasi-permanent. À l'heure actuelle, la patiente n'avait plus de conflits de voisinage

mais présentait toujours des états d'angoisse massifs en lien avec une thymie abaissée et des symptômes psychotiques se manifestant par des impressions délirantes paranoïaques. Le SMR avait procédé à une seconde évaluation compte tenu de la période d'hospitalisation de l'assurée à Belle-Idée, mais avait néanmoins conclu d'une part que l'aggravation ayant entraîné ces hospitalisations n'était pas durable, et d'autre part que la psychiatre traitante décrivait à l'époque un status dans la norme et ne voyait l'assurée qu'à une fréquence de deux à six semaines, ce qui serait insuffisant pour un trouble dépressif sévère. L'auteur du rapport rappelait que l'assurée était vue chaque semaine par une infirmière spécialisée en psychiatrie, et ce depuis 2013. S'agissant des éléments non médicaux évoqués par la psychiatre traitante (changement de logement), la Dresse O_____ observait que l'assurée présentait un discours très pauvre en raison de sa pathologie psychotique au premier plan avec un trouble thymique fluctuant. Les éléments restaient très factuels, car elle ne présentait pas une capacité d'élaboration permettant des entretiens plus riches. Son logement était à l'époque une grande source de stress, péjorant ses angoisses pouvant être d'ordre psychotique. Il n'était pas retenu d'élément psychiatrique nouveau permettant de retenir l'état de stress post-traumatique comme incapacitant. Cependant, en plus de son trouble psychotique, la patiente présentait clairement des éléments d'un état de stress post-traumatique envahissant.

Elle annexait à son courrier la copie de la lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève du 15 octobre 2018 (docteurs P_____, directeur médical, et Q_____, médecin adjoint) où l'assurée avait séjourné du 2 au 15 octobre 2018, y ayant été adressée par le Dr M_____ du CAPPI. Selon le rappel anamnestique, l'évolution de ces dernières années avait été fluctuante, souvent en rapport avec des événements psycho-biographiques intercurrents, entre autres : refus d'AI pour des raisons somatiques, troubles gynéco-urinaires et articulaires et algies multiples. Lors de son admission, la patiente présentait un contact anxieux, un regard figé avec des manifestations végétatives, telles que sudation excessive, tachycardie, avec un discours plutôt laconique et ponctuellement des soliloques incompréhensibles (probables composantes culturelles ou trouble sur axe 1), évoquant des hallucinoses auditives sous forme de voix, avec des propos dénigrants envers sa personne, avec néanmoins des difficultés d'élaborer autour de ce vécu et, selon les dires de la patiente, qui l'accompagnaient depuis plusieurs années. La patiente rapportait des idées de référence et de persécution particulièrement présentes dans son domicile, avec son voisinage, - idées que les médecins ont dit ne pas avoir constatées pendant l'hospitalisation. Très rapidement la patiente rapportait un sentiment d'apaisement par rapport à l'hospitalisation et au cadre clinique proposé, avec un sentiment de réassurance au vu de l'éloignement de son domicile. Grâce à la prise en charge, l'évolution a été progressivement favorable, la patiente rapportant un apaisement psychique et, à distance. Des aménagements bénéfiques ont été apportés au traitement médicamenteux. Au niveau social, plusieurs dames faisant partie de la communauté somalienne étaient venues la visiter pendant son séjour.

12. Par courrier du 31 mai 2019, l'OAI a accusé réception du courrier de la Dresse O_____. Relevant que l'exercice du droit aux prestations de l'assurance-invalidité appartient en premier lieu à l'assuré ou à son représentant légal, il y avait lieu qu'elle invite l'assurée à déposer cette demande dans les formes, soit une nouvelle demande de prestations au moyen du formulaire officiel, soit sous forme de courrier explicatif. La date déterminante serait la date de réception de la demande de l'assurée.
13. La nouvelle demande a été déposée auprès de l'OAI le 13 juin 2019. Les motifs étaient des affections psychiatriques et physiques existant depuis des années. La requérante visait le rapport médical susmentionné de la Dresse O_____ et la lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève du 15 octobre 2018. Elle était toujours soutenue par l'hospice et désormais assistée dans sa gestion et représentée par Mesdames R_____ et S_____, du Service de protection de l'adulte (ci-après : SPAd), dans le cadre d'une curatelle de représentation et de gestion instituée par le Tribunal de l'adulte et de l'enfant (décision du 9 mars 2018).
14. L'OAI a accusé réception de cette demande, par courrier du 14 juin 2019, rappelant à l'assurée les dispositions applicables en cas de nouvelle demande, consécutive à une précédente décision de refus, en force. Il lui a en conséquence imparti un délai de trente jours pour faire parvenir à l'office tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. En l'absence de réponse de sa part à l'échéance du délai, l'OAI serait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dans son cas, une correspondance du Département de psychiatrie des HUG leur était parvenue en date du 13 juin 2019. Sans nouvelles pièces médicales, l'office examinerait son dossier sur la base de ces documents.
15. L'OAI a soumis au SMR les documents figurant au dossier, à l'appui de la nouvelle demande, soit le courrier de la Dresse O_____ du 28 mai 2019 et la lettre de sortie de la clinique du Grand-Salève du 15 octobre 2018.
16. Le SMR s'est prononcé dans un avis du 22 juillet 2019. Rappelant que les deux premières demandes de prestations déposées en août 2012 et (octobre) 2016 avaient abouti à un refus de toutes prestations pour absence d'atteinte à la santé et d'aggravation, le SMR (docteur T_____) a observé que la Dresse O_____ reprenait, dans son courrier du 28 mai 2019, les antécédents déjà connus et expliquait que retenir un diagnostic précis pour l'assurée était compliqué. Sa patiente présentait une symptomatologie psychotique, mais elle retenait, comme justification, des signes de la lignée dépressive : ralentissement psychomoteur, aboulie. Elle a évoqué des signes de stress post-traumatique (état d'hypervigilance, flashbacks, cauchemars,...); mais les plaintes subjectives de la patiente n'ont jamais été relevées au cours des hospitalisations. La Dresse O_____ a évoqué des nouveaux diagnostics possibles, mais elle ne fournit pas d'éléments permettant de retenir une aggravation depuis la dernière décision de février 2018. Dans la lettre de sortie de la clinique du Grand-Salève, les psychiatres ont insisté fortement sur la

nette amélioration de l'état psychique (un sentiment de réassurance), avec un climat de vie plus favorable (éloignement de son domicile et des problèmes sociaux). Et le SMR d'en conclure qu'il ne constatait pas d'éléments permettant de retenir une aggravation de l'état psychique de l'assurée depuis la dernière décision de 2018. De plus observait-il que les troubles psychiatriques de l'assurée ont un caractère exclusivement réactionnel à ses problèmes sociaux.

17. Sur la base de l'avis de son service médical, l'OAI a adressé au SPAd un projet de décision de refus d'entrer en matière, par courrier du 22 juillet 2019.
18. L'assurée, représentée par l'une de ses curatrices, a formellement contesté le projet de décision susmentionné par courrier du 16 septembre 2019. Après avoir rappelé la chronologie de ses demandes de prestations précédentes et visé les documents médicaux versés au dossier dans le cadre de celles-ci, elle a rappelé qu'une nouvelle demande avait été déposée à mi-juin 2019 : avant celle-ci, elle avait été hospitalisée à la Clinique du Grand-Salève (rapport médical du 15 octobre 2018). Il était expliqué dans ce rapport que le diagnostic d'un trouble schizo-affectif de type dépressif devait être retenu provisoirement, qu'il conviendrait de réévaluer en fonction d'une anamnèse plus étendue et d'un suivi à prévoir. Il était également observé, pour la première fois, une probable symptomatologie extrapyramidale d'allure parkinsonienne. Elle rappelle également la teneur du rapport de la Dresse O_____ (rapport du 28 mai 2019 - voir ci-dessus ad ch. 11), et s'étonne qu'en dépit des conclusions de ce médecin, qui invitait l'OAI à réévaluer le dossier médical de la patiente, dans la mesure où cette dernière présentait une incapacité de travail totale, le SMR ait retenu dans son avis du 22 juillet 2019 que ce rapport ne fournissait pas de nouveau diagnostic permettant de retenir une aggravation de l'état de santé. Elle s'étonne également des conclusions de ce service médical par rapport aux observations et recommandations des psychiatres de la Clinique du Grand-Salève et aux diagnostics évoqués par ces derniers, qui selon elle étaient autant d'éléments montrant que son état de santé s'était aggravé depuis ses précédentes demandes. Elle sollicite ainsi la réévaluation de son état de santé par l'OAI, observant que, contrairement aux précédentes demandes dans le cadre desquelles elle avait agi seule, elle était désormais suivie par sa curatrice qui pouvait la soutenir dans ses démarches médicales.
19. Par courrier du 9 octobre 2019, l'OAI a notifié à l'assurée, soit pour elle à sa curatrice, sa décision de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations; l'office indiquait avoir pris connaissance des objections de l'assurée par rapport au projet de décision, et constatait qu'aucun élément médical objectif nouveau susceptible de modifier son appréciation des faits n'avait été apporté.
20. Par courrier recommandé du 11 octobre (recte : novembre) 2019, la recourante, représentée par le SPAd, a recouru contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'annulation de la décision entreprise, et au renvoi du dossier à l'intimé pour qu'il rende une nouvelle décision lui octroyant une rente entière. En substance, elle reprend l'argumentation qu'elle avait développée dans le cadre de l'audition.

21. L'intimé a répondu au recours par courrier du 5 décembre 2019. Il conclut à son rejet. Après avoir rappelé les dispositions pertinentes applicables, et les principes jurisprudentiels qui en découlent, il a résumé la chronologie des demandes de prestations successives déposées par la recourante, et leur résultat. La dernière décision entrée en force avant le dépôt de la nouvelle demande était celle du 6 février 2018, rejetant la demande de prestations déposée le 4 octobre 2016, après que l'intimé soit entré en matière et ait procédé à une instruction aboutissant à la négation d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Le SMR s'était prononcé sur les pièces produites dans le cadre de la demande actuelle, déposée le 13 juin 2019, arrivant à la conclusion que les pièces produites ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante.
22. La recourante a répliqué par courrier du 15 janvier 2020. Elle a persisté dans ses conclusions. Elle a insisté sur le rapport de la Dresse O _____ du 28 mai 2019, qui considère que la recourante est totalement incapable de travailler en raison de ses troubles psychiatriques et que son état de santé n'est pas susceptible de s'améliorer. Elle a repris ses commentaires précédents au sujet des rapports de la Dresse O _____ et de la Clinique du Grand-Salève et produit une pièce nouvelle, soit le certificat médical du 15 janvier 2020 de la doctoresse U _____, médecin interne aux HUG. Cette praticienne indique suivre la patiente depuis novembre 2019; selon elle la recourante présente une dégradation progressive de son état clinique depuis mai (2019); depuis octobre 2019 elle présente une aggravation de son état thymique avec recrudescence des idées noires, idées suicidaires fluctuantes, fatigue, anhédonie, aboulie importante, trouble du sommeil et diminution d'appétit; de même que des reviviscences angoissantes et anxiogènes de ses traumas dans le contexte de PTSD. Comportement hypervigilant, attitude perplexe et figée, regard fixe, discours très pauvre avec éléments de persécution anxiogènes associés à ses traumas. La recourante en conclut qu'au vu des documents médicaux commentés, l'aggravation de son état de santé existe depuis longtemps avant le dépôt de sa nouvelle demande. Ainsi l'intimé aurait dû entrer en matière et lui octroyer une rente entière. Elle observe encore qu'à la suite de ses objections motivées (du 16 septembre 2019) au projet de décision, aucune instruction n'avait été effectuée par l'intimé et que, notamment, le SMR n'avait pas été invité à se prononcer après ces écritures.
23. L'OAI a brièvement dupliqué par courrier du 7 février 2020, persistant dans ses conclusions. Il rappelle que le certificat médical produit postérieurement à la décision de non entrée en matière ne saurait être pris en compte, la seule question litigieuse étant celle de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière, dans l'état du dossier au moment où il a rendu la décision entreprise.
24. La recourante s'est encore brièvement exprimée par courrier du 12 mars 2020 : le certificat médical du 15 janvier 2020 ne faisait que confirmer la péjoration de son état de santé, qui avait déjà été démontrée par les rapports médicaux produits au cours de l'instruction et déjà en possession de l'intimé.

25. L'intimé a indiqué par courrier du 28 avril 2020 que les dernières écritures de la recourante ne permettaient pas de modifier la position de l'OAI. Il persistait donc dans ses conclusions.
26. Sur quoi, 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 et 89A et ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.
4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations de la recourante.
5. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend

plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).
7. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101] ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, *La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force*, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).
9. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; 109 V 262 consid. 4a et Michel VALTERIO, *Droits de l'assurance-vieillesse et survivant (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI)*, Schulthess 2011, p. 840 ch. 3095).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision

litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

d. 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; ATF 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).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4;

arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé, susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
12. En l'espèce, la seule question litigieuse porte sur le fait de savoir si la recourante a, dans le cadre de sa nouvelle demande, déposée le 13 juin 2019, démontré de manière plausible que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision entrée en force, par laquelle l'OAI avait statué sur ses droits, - en l'occurrence en rejetant sa seconde demande de prestations par décision du 6 février 2018, entrée en force après le retrait du recours qu'elle avait interjeté contre cette décision.

Dès lors, et en tout état, conformément aux principes rappelés ci-dessus, les conclusions de la recourante sont certes recevables en tant qu'elle conclut à l'annulation de la décision entreprise, au motif que l'OAI aurait dû selon elle, rentrer en matière sur sa demande; mais elle ne pouvait conclure à ce stade au retour du dossier à l'intimé pour nouvelle décision lui allouant une rente entière. Cette conclusion (rente entière) est irrecevable, non seulement parce qu'elle échappe au pouvoir de cognition de la chambre de céans dans le contexte d'un tel recours, mais de surcroît, comme cela a été rappelé plus tôt, lorsque l'OAI examine la nouvelle demande et qu'il aboutit à la conclusion que l'aggravation de l'état de santé a été

rendue plausible, et qu'en conséquence il peut, ou doit, entrer en matière, rien n'empêche qu'après une instruction plus poussée, il aboutisse à la conclusion que l'aggravation de l'état de santé doit en définitive être niée (Damien VALLAT, op.cit. et les références).

13. Comme rappelé ci-dessus (consid. 8) dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (références jurisprudentielles citées). Ainsi le certificat médical du 15 janvier 2020 de la Dresse U_____, médecin interne aux HUG, produit par la recourante en cours de procédure, ne saurait être pris en compte, d'autant qu'elle a, apparemment, commencé à suivre la recourante après que la décision entreprise a été rendue.
14. Dans ses écritures du 15 janvier 2020, la recourante reproche à l'intimé d'avoir rendu la décision entreprise sans avoir préalablement soumis au SMR les objections qu'elle soulevait dans le courrier du SPAd du 16 septembre 2019. On ne saurait toutefois faire grief à l'intimé, qui, nanti des observations de la curatrice, s'est prononcé sans recueillir l'avis de son service médical.

Force est en effet de constater tout d'abord que l'OAI a, par courrier du 14 juin 2019, accusé réception de la nouvelle demande, reçue la veille; il a rappelé à l'assurée les dispositions applicables en cas de nouvelle demande, et lui a imparti un délai de trente jours pour faire parvenir à l'office tous documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision en force. L'OAI indiquait qu'en l'absence de réponse de sa part à l'échéance du délai, l'OAI serait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il précisait toutefois, dans le cas particulier, avoir reçu, à l'appui de la demande, une correspondance du Département de psychiatrie des HUG, et qu'ainsi, sans nouvelles pièces médicales, il examinerait son dossier sur la base des documents reçus. On comprend implicitement de ce courrier que l'OAI estimait a priori que des documents complémentaires pourraient être nécessaires. Aucune pièce ne lui étant parvenue dans les trente jours, il a soumis au SMR le dossier contenant les pièces nouvelles reçues, soit le courrier de la Dresse O_____ du 28 mai 2019, et la lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève du 15 octobre 2018. Le service médical s'est dès lors prononcé de façon motivée au sujet de ces documents, par avis du 22 juillet 2019, et en a conclu qu'aucun élément ne permettait de retenir une aggravation de l'état psychique de l'assurée depuis la dernière décision de 2018. Il a également observé que les troubles psychiques de l'assurée étaient exclusivement réactionnels à ses problèmes sociaux. Ainsi le service médical s'est prononcé sur les documents médicaux à disposition au dossier à ce moment-là, ce qui a conduit l'OAI à adresser à l'assurée le projet de décision du

22 juillet 2019, l'informant qu'il avait l'intention de ne pas entrer en matière sur cette nouvelle demande, en lui donnant la possibilité de faire valoir ses objections motivées et ses conclusions (y compris d'éventuels documents médicaux nouveaux à l'appui de ses observations). Or, si l'assurée a en effet fait valoir ses objections par courrier du SPAd du 16 septembre 2019, elle n'a pas produit de pièces nouvelles, se contentant d'argumenter. Elle a notamment pris position par rapport à l'avis du SMR du 22 juillet 2019. Dans ces circonstances, et en l'absence de nouvelles pièces médicales, l'OAI était à même de se prononcer sur audition, sans instruction préalable complémentaire, et en particulier sans soumettre une nouvelle fois le dossier au SMR, qui s'était déjà prononcé sur les seules pièces médicales figurant au dossier. Le grief de la recourante, sur ce point, n'est dès lors pas fondé.

15. La recourante, pour tenter de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis le dernier refus entré en force (6 février 2018) consacre de nombreux développements à l'historique de ses demandes successives de prestations auprès de l'assurance-invalidité, critiquant au besoin les décisions en force, et les avis des médecins qui ont eu à se prononcer sur son cas, notamment le SMR, laissant entendre que les décisions précédentes étaient critiquables. Elle n'en a pas moins relevé, à l'appui de ses critiques, les diagnostics qui avaient été retenus à l'époque, et qui selon elle aurait dû conduire l'OAI à lui reconnaître un droit aux prestations et notamment à la rente. Il en résulte qu'au moment d'invoquer le rapport de la Dresse O_____ du 28 mai 2019, lequel se référait notamment à la lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève du 15 octobre 2018 au sujet de l'hospitalisation du 2 au 15 octobre 2018, la recourante a repris à son compte les observations de la Dresse O_____ lesquelles contiennent notamment une critique des appréciations du Dr I_____, expert psychiatre lors de la première demande de prestations. Elle fait valoir que ce rapport d'expertise serait lacunaire, dans la mesure où il n'y aurait pas été évoqué l'état post-traumatique de l'assurée, en relation avec les violences physiques et psychiques, sexuelles, qu'elle avait subies dans son pays d'origine, la Somalie. Or, contrairement à cette affirmation, l'expert de l'époque mentionnait bien la problématique de l'éventuel diagnostic de stress post-traumatique, par rapport aux plaintes de l'expertisée (notamment page 7 de cette expertise), les constatations de l'expert le conduisant à ne pas retenir ce diagnostic pour les raisons qu'il a exposées. Il relève notamment que l'expertisée donne des informations approximatives; elle dit qu'elle ne veut pas parler dans le détail des traumatismes vécus dans son passé, mais revient toutefois de façon répétée sur ce qu'elle dit avoir vécu, en prenant à témoin l'examineur et sans montrer l'intense détresse à laquelle on pourrait s'attendre. Contrairement à ce que laisse entendre la Dresse O_____, la chambre de céans observe à toutes fins utiles que le rapport du Dr I_____ réunissait toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ses conclusions étant claires, témoignant d'une pleine connaissance du dossier, l'expert ayant examiné de façon attentive toutes les questions essentielles, justifiant en définitive les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les diagnostics posés par

certaines médecins traitants, retenant au contraire un trouble dépressif atypique et un trouble mixte de la personnalité non incapacitants.

Il convient aussi de relever que la Dresse O_____, évoquant la seconde demande de prestations de l'assurée, d'octobre 2016, prétend également qu'à l'époque, le rapport établi à l'appui de cette nouvelle demande de prestations, par les Drs J_____ (signataire en tant que chef de clinique) et K_____ (psychiatre traitante à l'époque) serait aussi lacunaire. Toutefois, à bien lire ce rapport, et les considérations actuelles de la Dresse O_____, les éléments qu'elle évoque à l'appui d'une aggravation de l'état de santé de la patiente qui justifierait à son sens un réexamen du dossier médical par l'OAI étaient déjà présents à l'époque et avaient conduit à un nouveau rejet de la demande.

S'agissant des hospitalisations successives de la recourante, en particulier celle du début octobre 2018 à la Clinique du Grand-Salève, force est de constater, à l'instar des médecins qui ont dû connaître de son cas, y compris du SMR dans son avis du 22 juillet 2019, qu'elles étaient toutes liées à la situation psychosociale de la patiente, notamment par rapport à son désir de changer de lieu de vie, ou encore par rapport à sa situation vis-à-vis de l'assurance-invalidité. Lors de ses hospitalisations, la patiente a systématiquement montré une rapide amélioration de son état. Les psychiatres de la clinique du Grand-Salève relèvent notamment que la patiente rapporte des idées de référence et de persécution particulièrement présentes dans son domicile avec son voisinage, « que nous n'avons pas constaté durant son séjour hospitalier ». Ils observent que très rapidement, la patiente rapporte un sentiment d'apaisement par rapport à l'hospitalisation et au cadre clinique proposé, avec un sentiment de réassurance, la patiente rapportant un apaisement psychique et, à distance.

La recourante s'étonne de ce que le SMR, dans son avis du 22 juillet 2019, a retenu que le rapport de la Dresse O_____ ne fournissait pas de nouveau diagnostic permettant de retenir une aggravation de l'état de santé. Pour autant que l'on puisse comprendre et distinguer, dans le rapport de la Dresse O_____ du 28 mai 2019, la description de l'état de la patiente notamment à l'époque de la précédente demande de prestations (entre octobre 2016 et début 2018), se référant notamment aux notes prises par la Dresse K_____ et aux réflexions de la Dresse O_____ sur l'état actuel de la patiente, ce médecin indique (pour l'état actuel de la patiente) : « Il n'est pas retenu d'éléments psychiatriques nouveaux permettant de retenir l'état de stress post-traumatique comme incapacitant. Cependant, en plus de son trouble psychotique (diagnostic provisoire de trouble schizo-affectif, cf. lettre de sortie de la Clinique du Grand-Salève) Madame présente clairement des éléments d'un état de stress post traumatique envahissant » (courrier cité page 2 § 3).

Il y a lieu à cet égard (diagnostic provisoire de trouble schizo-affectif de type dépressif évoqué par les psychiatres de la Clinique du Grand-Salève [p.4 § 1 de leur rapport du 15 octobre 2018]), de relever que ces médecins ajoutent à ce propos : « bien entendu à réévaluer en fonction d'une anamnèse plus étendue des bilans des

hospitalisations précédentes auxquels nous n'avons pas eu accès, et du suivi à prévoir ». Non seulement ce diagnostic est provisoire, exprimé avec la réserve d'une réévaluation en présence d'une documentation dont les psychiatres de la clinique ne disposaient pas, d'une part, mais d'autre part en fonction du suivi qu'ils préconisaient (reprise du suivi auprès du CAPPI Servette). Or, rien au dossier ne permettait de déterminer si cette réévaluation a été faite entre le 15 octobre 2018 et le dépôt de la demande le 13 juin 2019, dans le cadre du suivi au CAPPI; la Dresse O_____ ne l'évoque d'ailleurs pas; quoi qu'il en soit, les psychiatres de la Clinique du Grand-Salève ne tiraient aucune conclusion quant à une éventuelle incapacité de travail, pas plus d'ailleurs que l'on ne saurait en déduire que si ce diagnostic se confirmait, il serait l'indice d'une aggravation de l'état de santé de la patiente. Tout porte à croire que non, dans la mesure où les psychiatres eux-mêmes insistaient dans leur rapport sur la nette amélioration de l'état psychique de la patiente avec un cadre de vie favorable.

La recourante reproche encore au SMR de ne pas faire référence à une « probable symptomatologie extrapyramidale d'allure parkinsonienne observée par la clinique du Grand-Salève » (recours p. 7 ch. 44), ce qui serait pour elle le signe clair de ce que son état de santé s'était aggravé depuis les précédentes demandes. Or, la recourante se méprend par rapport à ce qu'il faut comprendre à ce sujet : les psychiatres de la Clinique du Grand-Salève évoquent cette probable symptomatologie dans un contexte bien particulier, soit lorsqu'ils ont évoqué, dans la discussion et évolution (rapport page 3) ce qu'ils avaient entrepris au niveau médicamenteux : ils expliquent à ce sujet : « Au niveau médicamenteux, nous avons substitué la fluoxétine par de l'Escitalopram, en raison de probable accumulation organique d'Aripiprazole. En effet, nous avons observé une probable symptomatologie extrapyramidale d'allure parkinsonienne à extension musculaire au niveau de la mâchoire et faciès amimique à son admission. Suite à cette substitution, et après plusieurs jours, cet effet secondaire s'est complètement amendé. D'autre part, la tolérance à l'Escitalopram est rapportée comme bonne. C'est aussi dans ce contexte que nous avons introduit du Clonazépam à une dose de 2.5 mg par jour, permettant tout aussi d'améliorer le sommeil nocturne jusque-là altéré ».

Ceci dit, on relèvera encore que la Dresse O_____, s'exprimant sur la question de la capacité de travail de sa patiente, indique en conclusion, mais sans nullement justifier son affirmation : « dès lors, je vous prie donc de réexaminer le dossier médical de Madame..., qui présente une incapacité totale de travail en raison de ses troubles psychiatriques, sans amélioration possible de son état ».

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'on ne saurait faire grief à l'OAI, suivant l'avis de son service médical du 22 juillet 2019, d'avoir refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande présentée par la recourante, en l'absence d'aggravation plausible de son état de santé.

16. Ainsi, en tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

17. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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