

GE_GERICHTE ATAS/49/2013 vom 22. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_49_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/49/2013 du 22 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/49/2013 del 22 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

A 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).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure notable ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 6

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la

A/1485/2012 - 15/23 - rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 7

En l'occurrence, la recourante, en versant de nombreux certificats médicaux établis par ses médecins traitants, a fait état d'une aggravation de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique, qui a justifié l'examen par l'intimé de sa nouvelle demande de prestations, par rapport à celle de 2007. Il ressort en

A/1485/2012 - 16/23 - particulier desdits rapports que, suite aux décès successifs de son père, sa sœur et son époux, ainsi qu'après une chute en novembre 2010, elle a développé un état dépressif sévère. Il s'agit dès lors de déterminer si la recourante présente effectivement une aggravation de son état de santé suffisamment incapacitante pour ouvrir le droit à une rente.

E. 8

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

E. 9

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/1485/2012 - 17/23 - comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATF non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence

d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

E. 10

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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGA), 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. A 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

A/1485/2012 - 18/23 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en 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. A 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 11

En l'espèce, la recourante allègue, en se basant essentiellement sur les rapports du Dr V _____, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, en raison du trouble dépressif sévère dont elle souffre. L'intimé considère quant à lui que la recourante dispose toujours d'une capacité de travail résiduelle, de sorte qu'elle ne peut prétendre à une rente d'invalidité.

A/1485/2012 - 19/23 - Figurent au dossier, les rapports médicaux des Drs V _____, I _____ et H _____ ainsi qu'une expertise psychiatrique, ordonnée par l'OAI, afin de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure notable. Dans son rapport, la Dresse J _____ relève une importante souffrance chez la recourante. Elle note cependant que ladite souffrance a ses racines dans des difficultés d'ordre psychosocial; la recourante explique qu'elle souffre en permanence du fait qu'elle a dû quitter son pays d'origine et sa maison, dans lesquels elle se sentait bien. Sa connaissance réduite de la langue française limite également ses liens sociaux. Elle entretient toutefois de nombreux contacts avec sa mère, son neveu et deux de ses sœurs qui vivent à Genève. Selon l'experte toujours, l'observation des critères de dépression permet tout au plus de conclure au diagnostic de dysthymie; la recourante est décrite comme orientée, collaborante, vivace et avec des bonnes capacités intellectuelles. Elle ne présente pas de trouble de l'attention et de la concentration ni aucun signe de fatigabilité. Selon l'experte, la recourante ne présente pas non plus de comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant; elle n'a jamais commis de tentamen, ne souffre d'aucun trouble du comportement alimentaire et le traitement médical est prodigué conformément aux règles de l'art. Elle note toutefois que le nombre des médicaments prescrits à l'expertisée (17 molécules) est incontestablement excessif; d'une part, ceux-ci placent l'assurée dans un rôle de malade, d'autre part l'efficacité, les interactions et les effets secondaires du traitement en deviennent imprévisibles et ingérables. L'experte conclut néanmoins à une simple dysthymie et à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle de femme de ménage. De son côté, le médecin traitant de la recourante pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il explique que malgré les événements de vie défavorables qui sont survenus dans l'existence de sa patiente, elle a tenté de poursuivre son activité professionnelle, avant d'être mise en arrêt de travail à 100% en novembre 2010. Il explique que, bien qu'elle se trouve sous traitement psychopharmacologique, la recourante reste fatigable avec ruminations anxieuses, troubles de la mémoire et de la concentration, humeur dépressive, aboulie, anhédonie, pessimisme, fatalisme et sentiment d'impuissance

par rapport à son état somatique actuel. Toute son énergie est utilisée à gérer les activités de la vie quotidienne. Entendu par la Cour de céans, le psychiatre traitant de la recourante indique encore en substance que l'état dépressif de sa patiente conduit à une aggravation de sa situation psychosociale et non l'inverse. Il fait remarquer qu'il n'est pas d'accord avec les observations faites par l'experte, s'agissant du comportement psychomoteur de la recourante que celle-ci qualifie de vif. À son sens, il y a plutôt un ralentissement. Selon le Dr V_____, l'experte omet également de relever l'absence de plaisir et de volonté chez sa patiente. Il reconnaît que ses observations diffèrent grandement de celles de la Dresse J_____ probablement à cause de la subjectivité de chacun. S'agissant plus particulièrement des conclusions de

A/1485/2012 - 20/23 - l'expertise, le Dr V_____ confirme avoir eu un entretien téléphonique avec la Dresse J_____ aux termes duquel il s'est accordé avec elle sur la question de la capacité de travail, par gain de paix. En sus des rapports et déclarations de son psychiatre traitant, la recourante a produit les avis des Drs I_____ et H_____ qui, tous deux, s'accordent à dire que la capacité de travail de la recourante est nulle en raison des affections somatiques mais également de l'état dépressif qu'ils ont qualifié de majeur et sévère. À l'instar du Dr V_____, le Dr H_____ a d'ailleurs noté que ledit état était caractérisé par de l'anxiété, anhédonie, asthénie et troubles du sommeil.

E. 12

Force est de constater que sur le plan psychiatrique, les conclusions sont diamétralement opposées sans qu'il soit possible, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'évaluer pourquoi un avis médical emporterait la conviction de la Cour de céans, plutôt qu'un autre. En effet, bien que l'intimé ait ordonné une expertise, le rapport y relatif ne permet pas de trancher le présent litige. L'expertise de la Dresse J_____ n'emporte pas la conviction, en ce sens qu'elle contient certaines contradictions; l'experte explique par exemple que le traitement médicamenteux est conforme aux règles de l'art et relève a contrario que le nombre de médicaments prescrits est incontestablement excessif. Elle estime également que les problèmes de l'intéressée sont avant tout en lien avec un important retrait social et précise par ailleurs que la recourante entretient des relations étroites avec plusieurs membres de sa famille à Genève. En sus de comporter des contradictions, l'expertise de la Dresse J_____ va à l'encontre de l'examen pratiqué par le SMR, le 6 février 2008. À cette occasion, le SMR avait en effet retenu que la dysthymie dont souffrait la recourante était invalidante et avait indiqué que le pronostic était défavorable et justifiait une incapacité de travail de 50%. Or, l'experte occulte complètement cet avis, sans d'ailleurs expliquer pourquoi. Il semble enfin que les plaintes exprimées par l'expertisée - vertiges, acouphènes, fatigabilité - n'ont pas prises en compte dans le diagnostic. Sur le fond, la Cour ne se trouve donc pas en mesure de juger la cause, eu égard aux discordances constatées dans les différents rapports médicaux.

E. 13

Cette question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où il apparaît que les conditions d'assurance ne sont pas réalisées. En effet, selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix années de résidence ininterrompue en Suisse. Les

dispositions dérogatoires des conventions bilatérales de sécurité sociale conclues par la Suisse demeurent toutefois réservées.

A/1485/2012 - 21/23 - La Suisse a conclu le 8 juin 1962 une convention relative aux assurances sociales avec la République Populaire Fédérale de Yougoslavie (RS 0.831.109.818.1). Elle a été abrogée et remplacée par des nouvelles conventions bilatérales de sécurité sociale dans les rapports avec la Croatie (art. 40 de la Convention du 9 avril 1996; RS 0.831.109.291.1), avec la Slovénie (art. 39 de la Convention du 10 avril 1996; RS 0.831.109.691.1) et avec la Macédoine (art. 41 de la Convention du 9 décembre 1999; RS 0.831.109.520.1). La convention conclue à l'époque avec la Yougoslavie reste pour l'instant applicable aux relations entre la Suisse, la Serbie, le Monténégro et la Bosnie-Herzégovine, dont la recourante est ressortissante (cf. sur l'applicabilité de cette convention aux relations entre la Suisse et les anciennes parties de la Yougoslavie: ATF 122 V 381 consid. 1 p. 382; 126 V 198 consid. 2b p. 203 ss.; cf. également ATF 132 II 65 consid. 3.5.2 p. 73 ss.). D'après l'art. 36 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lequel est applicable tant pour les suisses que les étrangers, le droit aux rentes ordinaires appartient aux assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Dès le 1er janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans. A partir de l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI en effet, seuls les assurés qui comptent trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité ont droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Par conséquent, la durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5e révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision, qui est déterminante. La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Lors de la naissance du droit à la rente, les cotisations dues par la personne assurée doivent être payées; à tout le moins l'assuré doit pouvoir encore s'en acquitter (OFAS, Directives dans le domaine des rentes, état au 1er janvier 2007, n° 5009). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b; 160 consid. 3a; 118 V 82 consid. 3a et les références).

A/1485/2012 - 22/23 -

E. 14

En l'occurrence, dans le cadre de son recours, l'intéressée ne se prévaut pas de nouvelles affections mais d'une aggravation des troubles psychiatriques présentés antérieurement. Dans ce cas de figure, le Tribunal fédéral a jugé qu'un assuré qui ne remplissait pas les conditions d'assurance lors de la survenance de l'invalidité ne peut pas prétendre à des prestations d'assurance à moins que, dans le cadre de sa nouvelle demande, il se prévale d'une affection totalement différente de celle qui avait initialement entraîné l'invalidité. Par extension, si la nouvelle demande est justifiée par une simple aggravation d'un état antérieur, la réalisation des conditions d'assurance doit être intervenue au moment de la

survenance de la première invalidité déjà, pour ouvrir droit à une rente (9C_658/2008, consid. 3.3). Il convient dès lors de se placer dans le cas d'espèce, au moment de la survenance de l'invalidité, soit en l'occurrence en juillet 2001, et de déterminer si la recourante remplissait les conditions d'assurance. Il ressort des pièces versées au dossier qu'à ce moment-là, l'intéressée ne totalisait pas le nombre d'années de cotisations nécessaires pour pouvoir prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité puisqu'elle n'a commencé à travailler qu'en novembre 2002. Elle ne pouvait pas non plus se prévaloir d'un domicile en Suisse depuis dix ans. Ainsi, s'il n'est pas exclu que la recourante souffre d'une atteinte à la santé susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail et de gain, il apparaît toutefois qu'au moment de la survenance de l'invalidité, elle ne remplissait pas les conditions d'assurance précitées.

E. 15

Dans cette mesure, elle ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité et il serait inutile de mettre en œuvre une nouvelle expertise pour déterminer si son état de santé s'est effectivement aggravé.

E. 16

Le recours est rejeté.

E. 17

L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1485/2012 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.