

GE_GERICHTE A/1485/2012 vom 22. Januar 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1485_2012

FR: GE_GERICHTE A/1485/2012 du 22 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/1485/2012 del 22 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Genève, représentée par Monsieur N _____, CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Le 6 juillet 2000, Madame M _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, a été renversée par un camion, alors qu'elle circulait à vélo. Cet accident de la circulation lui a occasionné des fractures multiples et un traumatisme crânio-cérébral sévère. À partir du 1^{er} novembre 2002, l'assurée a travaillé chez X _____ SA en qualité de personnel d'entretien, à raison de 20 heures par semaine. En raison de ses douleurs, l'assurée a consulté les Drs O _____, P _____ et Q _____, respectivement médecin-chef de service, médecin consultant et médecin interne du service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des HUG. Dans leur rapport du 24 janvier 2005, ces médecins ont estimé que le bilan otoneurologique de l'assurée était dans les limites de la norme et ne permettait pas d'expliquer ses plaintes. Le 7 février 2005, le Dr R _____, chef de clinique auprès du service de rééducation des HUG, a diagnostiqué une instabilité subjective à la marche, sur probable légère altération post-traumatique du reflexe vestibulo-oculaire, un status après polytraumatisme avec : un traumatisme crânio-cérébral sévère avec fracture à la base du crâne, hématome sous-dural subaigu bifrontal, hématome temporal bilatéral, contusions fronto-temporales droites, un hémisyndrome sensitif gauche résolutif, une hypoacousie gauche régressive et des vertiges paroxystiques positionnels bénins. La patiente présentait également une fibromyalgie en amélioration et un status après céphalées médicamenteuses en amélioration également. L'anamnèse mettait en évidence une impression subjective de démarche ébrieuse, sans réel trouble de la marche. Le status neurologique permettait d'exclure raisonnablement un nouvel événement vasculaire, sur atteinte focale ou plus diffuse, en l'absence de trouble proprioceptif, de syndrome cérébelleux cinétique ou statique. L'examen de l'oculomotricité démontrait toutefois une probable atteinte des voies centrales vestibulo-oculaires, pouvant être mise en relation avec l'ancien traumatisme crânio-cérébral. Selon toute vraisemblance, le pronostic était toutefois favorable. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 5 au 22 décembre 2005. Dans leur rapport du 26 décembre 2005, les Drs S _____ et T _____, respectivement médecin adjoint et médecin interne, ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations, une surcharge pondérale et des céphalées de tension. L'assurée présentait un syndrome douloureux chronique depuis des années quasi permanent. Les douleurs étaient décrites comme fulgurantes, lancinantes, transperçantes, parfois sous forme de fourmillements, de crampes ou en étai et qualifiées d'oppressantes. Elles étaient aggravées au repos, au maintien de certaines positions (assise, couchée, debout), par le froid, l'humidité, le changement de temps, au même titre que la fatigue, le stress et le

manque de sommeil. Les douleurs n'étaient pas congruentes et étaient cotées en permanence entre 3 et 8/10. Dans un rapport du 12 juillet 2006, le Dr U_____, chef de clinique du département des neurosciences aux HUG, a indiqué que, six ans après son accident, l'assurée présentait essentiellement des séquelles au niveau de son épaule gauche. Une IRM pratiquée le 19 juillet 2005 montrait d'ailleurs une discrète anomalie de signal sur la portion distale du tendon du sus-épineux. Une IRM cérébrale du 3 mai 2005 concluait quant à elle à des contusions cortico-sous-corticales post-traumatiques. La patiente, suivie par un psychiatre, présentait des douleurs diffuses, ce qui faisait penser à un syndrome de fibromyalgie, avec une localisation essentiellement au niveau du rachis cervical et lombaire. Dans un rapport du 17 octobre 2006, le Dr V_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a indiqué qu'il suivait l'assurée en traitement psychopharmacologique ambulatoire depuis le 24 novembre 2000. Sa patiente souffrait d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble de l'humeur dépressive dans le cadre du grave accident de la circulation dont elle avait été victime le 6 juillet 2000. À cause de ses séquelles psychiques et somatiques, ce médecin a estimé que la capacité de travail et de gain de l'assurée étaient réduites de 50% et pour une durée indéterminée. Le 14 décembre 2006, le Dr U_____ a attesté que sa patiente avait été hospitalisée pour des fractures multiples et un traumatisme crânien, à la suite de l'accident du 6 juillet 2000. Malgré son rétablissement, l'assurée souffrait de séquelles diverses qui ne lui permettaient pas de travailler plus de 20 heures par semaine. L'assurée a à nouveau séjourné à la Clinique genevoise de Montana, du 31 janvier au 20 février 2007. Dans un rapport du 5 mars 2007, les Drs A_____ et T_____, respectivement médecin-chef et médecin interne, ont posé le diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux. L'assurée présentait également un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations, un syndrome lombo-vertébral, des céphalées tensionnelles, une surcharge pondérale et une lithiase vésiculaire asymptomatique. Lors de son séjour, l'assurée avait verbalisé beaucoup de souffrance et de tristesse par rapport à son parcours de vie difficile, à ses problèmes financiers, au manque de compréhension, de reconnaissance et de soutien de son entourage. Du point de vue de son syndrome douloureux chronique, les plaintes, leur intensité et leurs caractéristiques n'avaient pas changé depuis sa dernière hospitalisation en décembre 2005. Elles restaient toujours très fluctuantes et étaient disproportionnées par rapport au faible substrat organique. Le 19 juin 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (l'OAI ou l'intimé), en raison de fractures multiples sur tout le côté gauche du corps et d'un traumatisme crânien. Dans un rapport du 16 juillet 2007, le Dr B_____, rhumatologue, a diagnostiqué un status après poly-traumatisme grave en juillet 2000 ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral sévère avec fracture de la base du crâne et un hématome sous-dural bifrontal avec de nombreuses autres fractures, un trouble somatoforme douloureux persistant et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations. Ces diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Elle présentait également une surcharge pondérale, des épigastralgies et des douleurs de l'hypocondre droit sur lithiase vésiculaire, une gastrite de l'antre, un estomac et un côlon spastiques, qui n'avaient toutefois pas de répercussion sur sa capacité de travail. Le Dr B_____ a par ailleurs estimé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'il ne pouvait pas être amélioré par des mesures médicales ou des mesures professionnelles. Depuis son accident, l'intéressée se plaignait de maux de tête, de vertiges et de troubles de l'odorat. Elle était également très fatiguée depuis lors. Sur le plan orthopédique, grâce aux différents traitements dont elle avait bénéficié, la

situation s'était assez bien stabilisée. Toutes les fractures s'étaient consolidées et les douleurs avaient nettement diminué. L'assurée se plaignait toutefois encore de douleurs à l'épaule gauche supportables et de douleurs à la hanche gauche également supportables. Cependant, elle avait développé au cours des années qui avaient suivi l'accident, des douleurs polyarticulaires et musculaires diffuses et un état dépressif pour lequel elle était suivie. Elle dormait mal, avait mal à la tête, se sentait triste et avait perdu tout espoir que son état de santé s'améliore. Au status rhumatologique, elle ne présentait pas de limitation fonctionnelle importante ni au rachis, ni aux articulations périphériques. Il fallait néanmoins noter la présence de très nombreux points douloureux à la palpation, mais pas uniquement aux zones correspondant aux critères du diagnostic de la fibromyalgie. Douze des dix-huit points étaient présents. Elle présentait une très discrète limitation des mouvements de l'épaule gauche et de la hanche gauche, mais déclarait que les douleurs à ces deux endroits n'étaient pas trop gênantes. Elle était surtout gênée par les douleurs généralisées dans tout le corps. Sa capacité de travail était dès lors estimée à 50%, ce qui était déjà un maximum de ce qu'elle pouvait faire. Il fallait également s'attendre à une diminution de rendement et ne pas espérer que sa capacité de travail puisse être augmentée au cours des années à venir. Dans un rapport du 2 novembre 2007, le Dr V _____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Au status, l'assurée présentait une humeur subdépressive caractérisée par un affect parfois inadéquat, un faible intérêt, des ruminations anxieuses, un esprit fataliste et un sentiment d'impuissance par rapport à son état somatique actuel. Sa personnalité était fruste avec de très faibles capacités de mentalisation, des difficultés à faire le deuil de son intégrité somatique d'avant l'accident. Le pronostic était très réservé pour une activité supérieure à 50%. La patiente gérait bien les 50% de travail actuel de nettoyeuse, en planifiant son temps libre pour récupérer le plus possible. Il fallait absolument consolider et maintenir les 50% de capacité professionnelle existants. Elle avait déjà essayé de travailler à 75% mais c'était trop lourd pour elle, car elle n'avait pas le temps de récupérer. Elle avait même essayé de travailler à 100% de juillet à septembre 2005, mais elle n'avait pas pu maintenir ce rythme à cause de la recrudescence de céphalées, de vertiges et de tremblements intérieurs, d'où le retour à 50% dès octobre 2005. Le 6 février 2008, l'assurée s'est soumise à un examen clinique bidisciplinaire en rhumato-psychiatrie réalisé par le D^{rs} C _____ et D _____ du SMR. Les diagnostics de rachialgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif débutant avec dysbalances musculaires, de dysthymie et de trouble dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission ont été posés. Ces diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. En revanche, les diagnostics de status post-polytraumatisme en 2000 avec traumatisme crânio-cérébral sévère, céphalées chroniques, excès pondéral et trouble douloureux somatoforme persistant étaient sans répercussion sur la capacité de travail. À l'examen clinique, l'assurée était en bon état général, collaborante mais assez démonstrative. Le status ostéo-articulaire confirmait un trouble de la statique rachidienne avec hyper-lordose, proéminence sacrée et très discrète scoliose dextroconvexe. Il y avait un relâchement de la sangle abdominale. La mobilité active et passive était dans les limites de la norme, quoi que douloureuse dans toutes les directions et à tous les niveaux. Il n'y avait pas de contractures musculaires, mais des douleurs étendues et diffuses à la palpation. Les grandes articulations des membres supérieurs étaient bien mobiles, notamment aussi l'épaule gauche, qui ne présentait pas de signe clinique pour une atteinte de la coiffe des rotateurs ou d'arthrose. S'il y avait une subluxation de la clavicule, la fonction n'était pas

perturbée. Au niveau des membres inférieurs, il y avait une bonne mobilité de la hanche droite, des genoux et de la cheville droite. La hanche gauche était limitée pour l'extension, douloureuse dans toutes les directions, mais aussi ressentie au dos. La cheville gauche présentait une discrète limitation de la flexion dorsale, alors que l'extension était complète. Il y avait des douleurs bilatérales diffuses à la palpation, un peu plus marquées à gauche et sur les parties latérales. Sur le plan fonctionnel, l'assurée pouvait marcher sur les talons et la pointe des pieds. Elle avait des difficultés avec l'accroupissement et l'agenouillement, notamment à cause de crampes musculaires dans la cuisse gauche. Le status neurologique démontrait un trouble diffus de la sensibilité superficielle en forme d'un hémisyndrome gauche incomplet sans déficit sensitivo-moteur rachidien ou périphérique objectivable. En résumé, l'assurée présentait des douleurs musculo-squelettiques diffuses qui pouvaient s'expliquer par un trouble de la statique rachidienne avec dysbalances musculaires et par les suites de l'accident, qui étaient cependant relativement mineures en ce qui concernait les articulations. Les constatations objectives permettaient de définir des limitations fonctionnelles bio-mécaniques qui contre-indiquaient un travail lourd mais qui ne justifiaient pas une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'emploi actuel de nettoyeuse était d'ailleurs léger et parfaitement exigible à plus de 50%. Dans une activité complètement adaptée, la capacité de travail était entière. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles panique, phobique, de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe ou de perturbation de l'environnement psychosocial. Le diagnostic de dysthymie était certes retenu mais la sévérité s'avérait insuffisante pour justifier actuellement un trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dysthymie s'avérait néanmoins invalidante dans le cas de l'assurée, puisqu'elle était fruste et dépourvue de moyens d'introspection. Le pronostic était par ailleurs défavorable, de sorte qu'une diminution de la capacité de travail à 50% était justifiée. Le syndrome somatoforme douloureux était quant à lui caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble psychique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. L'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique grave, bien que la symptomatologie dépressive évoluait chroniquement. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, donc seulement trois critères de sévérité sur 5 étaient réunis, de sorte que le syndrome somatoforme douloureux persistant n'avait pas valeur invalidante. L'assurée présentait donc une capacité résiduelle de 50% depuis le 1^{er} novembre 2002, en raison de sa dysthymie, d'un ralentissement psychomoteur et d'une importante fatigue. Dans un rapport du 5 mars 2008, le Dr E_____, du Service médical régional (SMR), a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en rémission, de rachialgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif débutant, avec dysbalance musculaire. La capacité de travail exigible était fixée à 50% tant dans l'activité habituelle de nettoyeuse que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire sans position statique prolongée debout, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée, sans utilisation des bras - notamment le gauche - au-delà de l'horizontal. L'assurée ne pouvait pas non plus faire des genuflexions à répétition, porter des charges supérieures à 10kg (occasionnel) et à 5kg (répétitions). Elle ne pouvait

pas se déplacer sur de longues distances dans un terrain accidenté. Selon le SMR, les douleurs musculo-squelettiques diffuses pouvaient être partiellement expliquées par un trouble de la statique rachidienne, avec dysbalance musculaire. Sur le plan psychiatrique, la dysthymie ne représentait pas habituellement une maladie psychiatrique invalidante, lorsqu'elle était accompagnée d'une importante fatigue, d'un ralentissement psychomoteur et d'une diminution des moyens d'adaptation au changement. Toutefois, l'assurée était frustrée et sans moyen d'introspection, de sorte que la conclusion d'une diminution de la capacité de travail à 50% était justifiée. Le pronostic était d'ailleurs défavorable. Par projet de décision du 3 avril 2008, l'OAI a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans toute activité depuis novembre 2002 au plus tard et que les circonstances exceptionnelles nécessaires pour reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux dont elle souffrait n'étaient pas réunies dans son cas. Toutefois, l'assurée n'ayant pas cotisé une année entière à l'assurance vieillesse et survivants (AVS) avant le mois de novembre 2002, les conditions d'assurance n'étaient de toute évidence pas remplies, de sorte qu'elle ne pouvait pas prétendre à une rente. Par décision du 15 mai 2008, l'OAI a refusé d'accorder des prestations à l'assurée, motif pris que les conditions d'assurance de l'art. 36 al. 1 LAI n'étaient pas réalisées. Certes, l'assurée ne présentait aucune capacité de travail entre le 6 juillet 2000 et le 31 octobre 2002 et ne disposait que d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité depuis novembre 2002. Lors de la survenance de l'invalidité, c'est-à-dire en juillet 2001, elle n'avait toutefois pas versé l'équivalent d'une année de cotisations, de sorte qu'elle n'avait pas droit à une rente. S'agissant des mesures de réadaptation, elles s'avéraient sans objet car elles ne permettraient pas d'améliorer sa capacité de gain. Cette décision, non contestée, est entrée en force. L'assurée a séjourné au service de rhumatologie des HUG, du 12 au 17 novembre 2010. Les Drs F_____ et G_____ ont posé les diagnostics de douleurs lombosacrées et cruralgies droites d'origine indéterminée, cervicalgies irradiant dans le bras droit, déficit en vitamine D, état dépressif de longue date et notion de fibromyalgie. Le 17 novembre 2010, le Dr H_____, médecin interne FMH, a diagnostiqué un état dépressif sévère qui plaçait l'assurée dans l'incapacité totale de reprendre le travail dès le 8 novembre 2010. En raison de ses douleurs au niveau de la hanche droite et de l'aile iliaque droite, l'assurée s'est soumise à une IRM du bassin, le 8 décembre 2010. Cet examen a révélé des signes de tendinopathie avec lésion fissuraire intra-tendiniteuse au niveau de la partie latérale du tendon du moyen fessier et des signes de péri-tendinite touchant le tendon du petit fessier associés à des signes d'une bursite du petit fessier. Une lame de liquide intra-articulaire au niveau coxo-fémoral droit était également objectivée. Une IRM cervico-dorsale a été pratiquée le même jour, laissant apparaître une cervicarthrose avec sténose dégénérative modérée et une discarthrose sans répercussion significative sur le sac dural et le cordon médullaire. Le 16 février 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison de douleurs insupportables dans les muscles, d'une importante fatigabilité, de pertes de mémoire, d'insomnies et d'une grande tristesse. Dans un rapport du 2 mars 2011, la Dresse I_____, rhumatologue, a diagnostiqué un état dépressif, des lombosciatalgies, des cervicalgies et des lombalgies droites avec bursite sous-acromiale. Ces diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. Le pronostic était toutefois jugé favorable. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait plus porter, se baisser ou travailler en hauteur. En raison de son état dépressif, elle était fatiguée et lente. Depuis décembre 2010, l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de nettoyeuse. Dans une activité adaptée, la capacité de travail ne pouvait

pas être estimée avant que l'état dépressif ne soit investigué. Le 25 mars 2011, le Dr V_____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a expliqué que sa patiente, depuis son grave accident de la circulation, faisait un maximum d'efforts pour continuer son travail de nettoyeuse à 50%. Il y avait néanmoins eu des périodes d'aggravation psychophysique qui avaient nécessité deux hospitalisations à la Clinique genevoise de Montana. Elle réussissait tant bien que mal à poursuivre son travail, malgré des événements de vie défavorables, tels que le décès de son père en janvier 2008 et la maladie fatale de son époux, décédé en juin 2009. Après un mois d'arrêt maladie, l'assurée avait repris le travail, ce qui l'avait aidée à s'occuper et à moins ruminer sur son sort. En novembre 2010, sa sœur cadette décédait à son tour d'un cancer. Un mois auparavant, l'assurée avait fait une chute en rentrant du travail, suite à des vertiges avec un malaise. Elle était tombée sur le bras et le genou droits. Depuis lors, la patiente n'arrivait plus à récupérer et son état dépressif s'aggravait. Ce troisième décès en trois ans ravivait et potentialisait la douleur et le deuil inachevé, seulement une année après la mort de son mari. Bien que l'assurée se trouvait sous traitement psychopharmacologique, elle restait encore fatigable avec ruminations anxieuses, troubles de la mémoire et de la concentration, humeur dépressive, aboulie, anhédonie, pessimisme, fatalisme, sentiment d'impuissance par rapport à son état somatique actuel. Sa personnalité était fruste avec de très faibles capacités de mentalisation. Elle utilisait toute son énergie à gérer les activités de la vie quotidienne et à suivre son traitement médical, de sorte que sa capacité de travail était jugée nulle dans toute activité. Dans un rapport du 4 avril 2011, le Dr H_____ a posé le diagnostic d'état dépressif majeur et sévère, probablement depuis plusieurs années, caractérisé par de l'anxiété, de l'anhédonie, de l'asthénie et des troubles du sommeil. Cet état plaçait sa patiente dans l'incapacité totale de reprendre une activité, même adaptée, depuis le 8 novembre 2010. Le 23 septembre 2011, le Dr V_____ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces diagnostics avaient une répercussion sur sa capacité de travail. L'assurée présentait également des problèmes somatiques, une intolérance à l'Anafranil et souffrait du décès de sa sœur, de son père et de son mari. Le Dr V_____ a expliqué que, depuis son rapport du 2 novembre 2007, sa patiente avait réussi tant bien que mal à poursuivre son travail, malgré les événements de vie défavorables qui étaient survenus par la suite, c'est-à-dire le décès de son père, de sa sœur et de son mari. Depuis presque une année, l'assurée se trouvait en totale incapacité de travail, suite à sa chute du 20 octobre 2010. Le pronostic était très réservé pour une reprise du travail, même dans une activité adaptée, étant considéré que l'activité de nettoyeuse représentait déjà une profession adaptée. Le 20 janvier 2012, l'assurée s'est soumise à une expertise psychiatrique, ordonnée par l'OAI. Dans son rapport, la Dresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée était une femme orientée et collaborante, qui montrait une vivacité et de bonnes capacités intellectuelles, ainsi que de bonnes ressources pour établir des liens logiques, malgré une absence totale de scolarité. L'examen révélait une importante souffrance qui avait ses racines dans des difficultés d'ordre psychosocial. Sur le plan strictement psychiatrique, l'observation des critères de dépression démontrait des signes minimes voire absents, pouvant tout au plus être compris dans un diagnostic de dysthymie. Quant à la notion de syndrome douloureux persistant, bien qu'aucun mouvement antalgique n'avait été décelé durant l'examen et que les plaintes douloureuses avaient été modestes, les critères jurisprudentiels de gravité avaient été pris en

compte; l'expertisée n'avait pas de comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Il n'y avait pas de perte d'intégration sociale, l'intéressée mentionnant un contact régulier avec ses proches. Le processus défectueux de résolution de conflit pouvait être mis en corrélation avec la nécessité d'une adaptation à l'existence en Suisse, alors que l'expertisée ne désirait pas y résider. Les traitements conformes aux règles de l'art étaient généreusement appliqués. Ils ne pouvaient toutefois pas soulager les difficultés d'ordre psychosocial. Elle a également noté que le nombre des médicaments prescrits à l'expertisée (17 molécules) était incontestablement excessif; d'une part, ceux-ci plaçaient l'assurée dans un rôle de malade, d'autre part l'efficacité, les interactions et les effets secondaires du traitement en devenaient imprévisibles et ingérables. Il fallait toutefois en conclure que l'intéressée ne présentait aucune limitation fonctionnelle sur le plan strictement psychiatrique. L'exigibilité professionnelle de l'expertisée était ainsi totale dans l'activité habituelle à mi-temps. Sur le plan social, elle présentait par contre d'importantes limitations, étant considéré qu'elle n'avait jamais été scolarisée. Elle n'était pas qualifiée, ne maîtrisait pas la langue française et n'avait jamais exercé d'activité lucrative dans son pays d'origine. Des mesures de réadaptation professionnelle semblaient appropriées, l'assurée étant apte à s'intégrer dans le tissu social et pouvant mobiliser des ressources existantes. L'experte a enfin indiqué s'être entretenue avec le psychiatre traitant de l'assurée, le 10 janvier 2012. Ce dernier se serait accordé sur le fait qu'en se basant sur les seules atteintes psychiatriques à la santé, sa patiente pouvait travailler à 50%, comme elle le faisait avant sa mise en arrêt maladie. Dans un avis du 21 février 2012, le SMR a conclu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'assurée ne pouvait notamment pas travailler en position statique prolongée, en porte-à-faux, accroupie et agenouillée. Elle ne pouvait pas utiliser ses bras, notamment le gauche, au-delà de l'horizontal, ni porter de charges supérieures à 10kg (occasionnel) et 5kg (à répétition). Sur le plan psychiatrique, les diagnostics de dysthymie résiduelle et notions d'un syndrome douloureux persistant n'étaient pas incapacitants, en l'absence de pathologie psychiatrique. Sur le plan somatique, il n'y avait pas de fait nouveau par rapport à la précédente décision de l'OAI. Par projet de décision du 6 mars 2012, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée, considérant qu'il n'existait pas de faits nouveaux susceptibles d'étayer cette demande. Il ne ressortait pas non plus de son dossier et en particulier de l'expertise psychiatrique à laquelle elle s'était soumise que son état de santé s'était aggravé dans une mesure notable depuis la première décision de refus du 15 mai 2008. Sur le plan somatique, il n'y avait pas non plus de fait nouveau. En conséquence, la capacité de travail était de 50% dans son activité habituelle de nettoyeuse et de 100% dans une activité adaptée depuis toujours. S'agissant des mesures de réadaptation, elles étaient sans objet, car elles ne permettraient pas d'améliorer la capacité de gain de l'assurée. Le 2 avril 2012, l'assurée a expliqué que son état de santé ne s'était guère amélioré par rapport à la décision initiale de l'OAI qui lui reconnaissait une capacité de travail de 50% dans toute activité. Au contraire. Il fallait dès lors au moins lui reconnaître une incapacité de travail de 50%. Par décision du 25 avril 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision, refusant d'accorder toute prestation en faveur de l'assurée, motif pris qu'il n'y avait pas de faits nouveaux importants ou de nouvelles pièces médicales probantes permettant de faire une appréciation différente de son cas. L'assurée ne présentait dès lors pas d'aggravation notable de son état de santé par rapport à la situation qui prévalait lors de la première décision de refus du 15 mai 2008. Le 16 mai 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a notamment demandé à ce qu'un délai lui soit accordé pour faire

valoir ses arguments, dans l'attente qu'un avocat se constitue pour défendre ses intérêts. Le 24 mai 2012, l'assurée a complété son écriture, sans le concours d'un mandataire. Sur la base des rapports de ses médecins-traitants, elle a allégué se trouver en totale incapacité de travail depuis le mois de novembre 2010. Elle a dès lors conclu à l'annulation de la décision entreprise et à la reconnaissance de son invalidité à 100% depuis novembre 2010. Elle a subsidiairement demandé que la Cour de céans procède à l'audition de ses médecins. Dans un avis du 1^{er} juin 2012, la Dresse K_____, du SMR, a considéré que l'avis du Dr V_____ n'apportait aucun élément par rapport à l'expertise selon laquelle il y avait eu une amélioration de l'état de santé de la recourante avec au plus une dysthymie résiduelle. Le 12 juin 2012, l'intimé a confirmé sa position et conclu au rejet du recours. Le rapport d'expertise psychiatrique établi par la Dresse J_____ le 20 janvier 2012, remplissait pleinement les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Il n'y avait dès lors pas lieu de revenir sur les conclusions du SMR. La Cour de céans a ouvert les enquêtes. Lors de l'audience qui s'est tenue le 16 octobre 2012, le Dr V_____ a déclaré que : "Je confirme que je suis l'assurée depuis novembre 2000. Elle avait été victime d'un accident de la circulation en juillet. Elle souffrait d'un état dépressif majeur d'intensité sévère, mais je n'ai pas constaté d'état de stress post traumatique dans la mesure où elle n'a pas vu le camion qui l'a heurtée. L'évolution a été plutôt favorable, en tout cas partiellement. Elle a subi une aggravation de son état de santé dépressif à la suite des décès successifs de son père, de son mari et de sa sœur. Elle est très liée à sa famille. Elle a finalement été en incapacité de travail depuis une chute survenue le 21 octobre 2010. Je confirme les diagnostics que j'ai posés dans mon rapport du 23 septembre 2011, à savoir trouble dépressif récurrent d'intensité sévère et syndrome somatoforme douloureux persistant. L'incapacité de travail est surtout due au trouble dépressif d'intensité sévère. Les critères de l'intensité sévère sont toujours présents, mais il est vrai qu'il y a une certaine amélioration due au traitement médicamenteux. Je lui ai prescrit deux antidépresseurs, FLUCTINE et EDRONAX, ainsi que des calmants en tant que de besoin. J'ai pris connaissance du rapport d'expertise de la Dresse J_____. Je l'ai reçu de l'OAI il y a une semaine en vue de l'audience. Il n'y a pas de concertation entre les médecins s'agissant des médicaments prescrits à l'assurée. Je suis tout de même étonné de ce qu'elle prenne 17 molécules. J'en doute fort. Je ne pense pas qu'elle les prenne régulièrement en même temps. Je précise qu'étant le seul psychiatre traitant, je suis le seul qui puisse lui prescrire des psychotropes. Si l'assurée prend effectivement 17 molécules, je confirme que ce nombre est excessif. Il y a probablement des doublons, mais ce grand nombre n'impliquerait pas une aggravation de l'état dépressif. Je ne suis pas d'accord avec la Dresse J_____ lorsqu'elle dit dans son expertise que je ne mets en avant que des difficultés d'ordre psychosocial. Je dirais au contraire que c'est l'état dépressif qui conduit à une aggravation de sa situation psychosociale. Les décès successifs qu'elle a vécus ont indéniablement eu un impact sur son état. Je relève toutefois que même sous stress, l'assurée a fait tout son possible pour garder son emploi à mi-temps le plus longtemps possible. Je ne suis pas d'accord avec les observations qu'a faites la Dresse J_____ s'agissant du comportement psychomoteur de l'assurée qu'elle a qualifié de vif. J'ai quant à moi plutôt constaté un ralentissement. Elle n'a pas relevé l'absence de plaisir, l'absence de volonté chez l'assurée. Je ne sais pas pour quelles raisons les observations de la Dresse J_____ sont si différentes des miennes. Cela est probablement dû à la subjectivité de chacun. Il se pourrait également que cela s'explique par le fait que je parle sa langue maternelle, alors que l'interprète fonctionnant lors de l'expertise était d'une langue de Macédoine, selon l'assurée. Parfois l'interprète ne

comprenait pas ce qu'elle disait. Je confirme avoir eu un entretien téléphonique avec la Dresse J_____. J'ai dit que ma patiente pourrait retravailler à 50%. Je voulais dire par là qu'elle ne pouvait pas travailler à 100%. J'ai voulu m'assurer qu'on lui maintiendrait l'incapacité de travail à 50%. Il est vrai que je n'ai pas voulu polémiquer davantage au téléphone. Même si je lui avais dit le contraire, elle n'aurait pas changé de position. Je persiste à dire que ce ne sont pas des critères psychosociaux qui fondent ma position (baisse de l'humeur, de l'énergie, fatigabilité augmentée, baisse de l'intérêt et de plaisir, trouble de l'attention et de la concentration)." La recourante a quant à elle indiqué : "Je n'ai pas essayé de retrouver un emploi, même à temps partiel, car je suis trop fatiguée et n'ai pas "toute ma tête". Je voudrais bien travailler, mais je n'en ai pas la force. Je vois en principe le Dr V_____ deux fois par mois et plus souvent quand ça ne va pas. On me traite comme si je n'avais jamais rien eu de grave. Je confirme que l'interprète qui m'assistait dans le cadre de l'expertise parlait soit l'albanais, soit le macédonien. Je parle quant à moi le serbo-croate. Ces langues sont très différentes." Dans un avis du 23 octobre 2012, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de motifs de s'écarter de l'expertise réalisée par le Dresse J_____. Lors de son audition, le Dr V_____ s'était contenté d'exposer un point de vue différent de celui de l'expert psychiatre, sans faire valoir de raisonnement scientifique. S'agissant des problèmes de traduction allégués par la recourante, le SMR a estimé qu'il n'avait pas à remettre en cause les informations fournies par l'expert. Seul l'expert pouvait répondre à la question de savoir s'il y avait eu une erreur avec le traducteur. Dans ses conclusions après enquêtes du 31 octobre 2012, l'intimé a considéré que le médecin traitant de la recourante s'était contenté de faire valoir une appréciation différente, sans justifier son opinion par un raisonnement scientifique. S'agissant de la compréhension entre la recourante et l'interprète, il ressortait de la facture dudit interprète qu'il était qualifié en albanais, macédonien, serbo-croate, bosniaque et français. La recourante avait dès lors pu se faire comprendre dans sa langue maternelle, c'est-à-dire le serbo-croate. Il ressortait également de l'anamnèse détaillée à laquelle avait procédé l'expert, que, malgré les difficultés linguistiques alléguées par la recourante, un contact de qualité permettant à l'expert de reconstituer ses constatations avait pu être établi. Finalement, les prétendus problèmes de compréhension n'avaient été soulevés ni dans le rapport d'expertise, ni dans le courrier de la recourante du 2 avril 2012 contestant le projet de décision, ni dans son mémoire de recours. Le rapport d'expertise du 20 janvier 2012 devait dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Le 5 novembre 2012, la recourante a quant à elle fait valoir que son médecin traitant était en désaccord avec les conclusions de la Dresse J_____. Il convenait dès lors de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Les parties ont été informées le 3 décembre 2012 que la Cour de céans entendait procéder par substitution de motifs. Un délai leur a été accordé pour qu'elles puissent faire part de leur détermination s'agissant des conditions d'assurance. Le 10 décembre 2012, l'assurée a à cet égard rappelé que l'aggravation de son état de santé due aux décès successifs de plusieurs membres proches de sa famille, ainsi qu'à sa chute du 21 octobre 2010, était survenue alors que les conditions d'assurance étaient remplies. Elle relève également qu'elle a un intérêt juridique à faire constater son invalidité en regard notamment du droit à des prestations complémentaires. Le 18 décembre 2012, l'OAI a allégué que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées, l'assurée n'ayant pas cotisé durant une année lors de la survenance du cas d'assurance, soit en juillet 2001. Ces deux écritures ont été transmises aux parties et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er

janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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). 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. 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. 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 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. 1^{er} 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 1^{er} 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). 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 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. 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). 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 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 ; ATFA 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). 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 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'écarter 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). 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. 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 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. 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. 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. 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 1^{er} janvier 2008, cette durée a été portée à trois ans. A partir de l'entrée en vigueur de la 5^e 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 5^e 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 1^{er} 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). 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. 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. Le recours est rejeté.

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

1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. **Au fond :** Le rejette dans le sens des considérants. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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