

## **GE\_GERICHTE A/3554/2017 vom 19. Februar 2018**

GE Cour de justice, 2018-02-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3554\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3554_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/3554/2017 du 19 février 2018

IT: GE\_GERICHTE A/3554/2017 del 19 febbraio 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968, de nationalité iraquienne, entrée en Suisse le 26 avril 1996, a déposé le 24 février 2006 une demande de prestations d'invalidité. 2. Le 27 septembre 2006, le docteur B\_\_\_\_\_, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a rendu un avis selon lequel l'assurée présentait une schizophrénie paranoïde et des troubles anxieux, dépressifs et phobiques, soit une pathologie psychiatrique grave, chronique et totalement invalidante ; la date de la survenance était totalement impossible à déterminer médicalement. L'assurée n'était suivie par le Dr C\_\_\_\_\_ que depuis le 31 août 2005 et aucun renseignement sur ses antécédents médicaux n'existait avant cette date. Aucune mesure de réadaptation n'était envisageable. 3. Un mandat d'enquête ménagère du 4 décembre 2006 relève que le statut de l'assurée est mixte (50 - 50). Un rapport d'enquête économique sur le ménage a été établi le 26 mars 2007 et mentionne que, d'origine irakienne, l'assurée a fait des études de secrétaire ; elle était arrivée à Genève en 1996. A part deux mois de travail non concluant (problèmes de comportement) dans la restauration et comme secrétaire en langue arabe à D\_\_\_\_\_, elle n'avait jamais pu travailler en Suisse à cause de ses problèmes psychiques. Elle n'avait jamais travaillé en Irak non plus ; elle était déjà malade et elle y avait fait plusieurs tentatives de suicide. Elle n'avait jamais pu travailler à cause de ses problèmes psychiques. Le rapport conclut à un statut d'active à 100 %. 4. Par décision du 29 mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a rejeté la demande de prestations en constatant que l'assurée souffrait d'une pathologie totalement invalidante, l'empêchant de travailler dans toute activité mais que, selon toute vraisemblance, elle était atteinte dans sa santé déjà avant son arrivée en Suisse en 1996, de sorte qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance pour avoir droit à une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force. 5. Par décision du 14 juillet 2008, l'OAI a refusé à l'assurée la prise en charge de chaussures orthopédiques, celles-ci ne figurant pas dans la liste exhaustive des moyens auxiliaires. 6. Par communication du 3 mars 2011, l'OAI a pris en charge deux appareils acoustiques en faveur de l'assurée. 7. Le 16 août 2012, l'OAI a débuté une procédure de révision du degré d'invalidité, pour le droit aux prestations complémentaires. 8. Par décision du 15 janvier 2013, l'OAI a refusé à l'assurée la prise en charge d'un lit électrique. 9. Par décision du 12 mai 2014, l'OAI a refusé à l'assurée la prise en charge de frais de lunettes. 10. Par décisions des 30 septembre 2014 et 23 mai 2015, l'OAI a refusé à l'assurée la prise en charge de chaussures orthopédiques. 11. Le 16 avril 2015, l'assurée a

déposé une nouvelle demande de prestations. !endif]>![if> 12. Le 21 avril 2015, l'OAI a requis de l'assurée qu'elle fournisse des documents médicaux rendant plausible l'aggravation de son état de santé. !endif]>![if> 13. Le 9 juillet 2015, l'assurée a fait valoir qu'elle souffrait d'asthme, avec saignement de nez, d'arthrose au pied droit, de problèmes d'audition, de dysfonction de la thyroïde, de HTA, de carence en fer et en calcium, de fibrome utérin, de problèmes à la vessie et d'aggravation de son état psychiatrique. !endif]>![if> 14. Le 13 juillet 2015, l'OAI a indiqué à l'assurée que des documents médicaux étaient nécessaires. !endif]>![if> 15. Le 12 octobre 2015, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de suspicion de trouble de la personnalité, sans précision F 60.9, lombosciatalgies gauches sur troubles dégénératifs étagés et discopathie L5-S1 avec conflit à gauche, obésité stade I (BMI 31.64), asthme, rhino-conjonctivite saisonnière allergique, eczéma, syndrome de pincement sous-acromial chronique droit avec tendinopathie du sus-épineux, utérus myomateux, notion de vessie hyperactive, insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade I. Il suivait l'assurée depuis le 4 mars 2015, laquelle avait de multiples plaintes mal systématisées. La lombalgie semblait chronique, tout comme la pathologie psychiatrique. L'activité de peinture (d'art-thérapie) exercée ne semblait pas limitée. Elle ne pouvait se pencher, soulever des poids de plus de 5 - 10 kg et rester en station debout prolongée. !endif]>![if> 16. Le 17 décembre 2015, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rempli un rapport médical AI attestant de troubles anxieux et dépressifs mixtes (depuis au moins 2004) et autres difficultés liées à une enfance malheureuse. Il suivait l'assurée depuis le 12 février 2015. Elle présentait des symptômes de tristesse, découragement, insomnie, irritabilité, agitation, hypochondrie, hallucinations (auditives) cénesthésiques. Il n'y avait pas d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. !endif]>![if> 17. Le 12 avril 2016, l'OAI a considéré que le statut d'active à 100 % était toujours valable. !endif]>![if> 18. Le 2 août 2016, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin interne au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté de la nécessité de chaussures orthopédiques (métatarsalgies). !endif]>![if> 19. Par communication du 9 août 2016, l'OAI a pris en charge en faveur de l'assurée le coût de chaussures orthopédiques de série. !endif]>![if> 20. Le 22 novembre 2016, le docteur H\_\_\_\_\_, du Service Médical Régional AI (ci-après : SMR), a indiqué que l'assurée était pleinement capable de travailler comme secrétaire ; des renseignements devaient être demandés au psychiatre sur l'incapacité de travail antérieure. !endif]>![if> 21. Le 8 décembre 2016, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée avait présenté des périodes dépressives sévères où elle était en incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques. Actuellement et probablement depuis le 24 mars 2004 (date de l'ouverture d'un premier suivi), sur un plan strictement psychiatrique on pourrait établir la reprise de l'activité habituelle à 50 %. Il ne pouvait être plus précis sur le plan temporel. Elle présentait une incapacité culturelle à s'intégrer dans notre société sur le plan professionnel ; ses antécédents traumatiques pesaient d'autant plus qu'elle souffrait d'idées obsessionnelles et compulsives avec pensées obsédantes au premier plan. !endif]>![if> 22. Le 18 avril 2017, le Dr H\_\_\_\_\_ a estimé que le Dr F\_\_\_\_\_ rapportait les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte depuis 2004 au moins, dont le traitement avait échoué. Le suivi était toutefois continu. La capacité de travail serait de 50 % depuis mars 2004 en raison d'idées obsessionnelles et compulsives avec pensées obsédantes. !endif]>![if> L'appréciation de la situation psychiatrique et l'exigibilité médico-théorique qui en

découlait s'était à l'époque basée sur le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, alors psychiatre de l'assurée. Les conclusions actuelles du Dr F\_\_\_\_\_ sur l'incapacité de travail passée reposaient sur une évaluation anamnétique et sur dossier. Elles ne pouvaient donc pas être suivies. De ce point de vue, les précédentes conclusions du SMR restaient valables. Par conséquent, l'activité habituelle de secrétaire était adaptée aux limitations décrites par le Dr E\_\_\_\_\_. On pouvait ajouter des limitations somatiques décrites par les spécialistes. Il existait l'atteinte suivante au sens de l'AI : schizophrénie paranoïde, trouble anxieux et dépressif mixte, trouble panique avec anxiété paroxystique épisodique, trouble anxieux phobique sans précision, lombosciatalgies gauches (depuis 2014) ; métatarsalgies bilatérales secondaires à un névrome de Morton (2015) ; déchirure de la plaque plantaire, 2<sup>ème</sup> rayon à droite. Les limitations fonctionnelles étaient : angoisse, fatigabilité, trouble de la concentration et de la mémoire, peur constante, distorsion de la pensée, de la perception, idées délirantes, port de charges (5 - 10 kg), la station debout prolongée et les positions de porte-à-faux lombaire, travail en marchant ou en terrain instable ; pas d'emploi d'échelles ou d'échafaudages. 23. Par projet de décision du 24 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée au motif que les conclusions de la décision du 29 mai 2007 (atteinte à la santé déjà existante avant l'arrivée en Suisse et incapacité de travail totale dans toute activité) restaient valables. ![/endif]>![if> 24. Par communication du 9 juin 2017, l'OAI a pris en charge un forfait pour un appareil acoustique monaural. ![/endif]>![if> 25. Le 13 juin 2017, la recourante, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI qu'elle persistait dans l'octroi d'une rente d'invalidité complète. ![/endif]>![if> 26. Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations.![endif]>![if> 27. Par communication du 11 juillet 2017, l'OAI a pris en charge en faveur de l'assurée le coût de chaussures orthopédiques de série. ![/endif]>![if> 28. Le 29 août 2017, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 27 juin 2017 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, au motif qu'elle présentait une incapacité de gain permanente et durable et que son handicap n'existait pas au moment de son arrivée en Suisse, sa santé étant à cette époque atteinte uniquement sur le plan neuronal, avec des épisodes de stress et d'angoisses récurrents. Son état de santé avait empiré dès 2010 (cauchemars, doutes, désespoir, solitude de vie) et par la survenance d'un délire paranoïde. ![/endif]>![if> 29. Le 19 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'atteinte psychiatrique, justifiant une incapacité totale de travail, était présente avant l'arrivée en Suisse de l'assurée, de sorte que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies selon la précédente décision du 29 mai 2007. Une aggravation de l'état de santé psychiatrique ne justifiait pas, en l'espèce, un nouveau cas d'assurance. Pour ce qui était des atteintes somatiques, les limitations fonctionnelles qui en découlaient étaient très légères, n'empêchant pas l'exercice d'une activité professionnelle à 100 %. Ainsi, elles ne justifiaient pas l'octroi d'une rente. ![/endif]>![if> 30. La recourante n'a pas répliqué dans le délai qui lui avait été imparti.![endif]>![if> 31. Sur quoi, la procédure a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA

s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

3. 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).

4. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

6. En vertu de l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides, ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité conformément aux dispositions légales. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse.

7. C'est le lieu de rappeler que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni 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 5).

## E. 9

6. 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 1<sup>er</sup> janvier 2008).

7. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

8. 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 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La

tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. Une invalidité préexistante à l'arrivée d'un assuré en Suisse, peut être interrompue ultérieurement de façon notable, de telle manière que l'on doive conclure à un nouveau cas d'assurance. Le Tribunal fédéral a ainsi expliqué, dans un arrêt du 27 juillet 1966, qu'une seule et même cause médicale peut entraîner au cours du temps plusieurs survenances d'invalidité. Le principe de l'unité ne saurait être absolu : il cesse manifestement d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (ATFA 1966 p. 175 ss, p. 179 consid. 4 ; Arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice du 2 novembre 2017 - ATAS/1016/2017 ).

13. a. En l'occurrence, l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestation de la recourante en constatant que les conclusions de sa décision du 29 mai 2007 étaient toujours valables, soit que la recourante souffrait d'une pathologie totalement invalidante existant selon toute vraisemblance avant son arrivée en Suisse en 1996, de sorte que la recourante ne remplissait pas les conditions d'assurance pour avoir droit à une rente d'invalidité.

14. L'intimé s'est fondé sur le rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 mai 2006, selon lequel la recourante présentait les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F 20.0), trouble anxieux et dépressif mixte (F

41.2), trouble panique, anxiété épisodique paroxystique (F 41.0), trouble anxieux phobique, sans précision (F 40.9). Ces diagnostics étaient totalement incapacitants. L'intimé a ainsi écarté l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ (rapports des 17 décembre 2015 et 8 décembre 2016) estimant que la recourante présentait un trouble anxieux et dépressif mixte (depuis au moins 2004) et d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse, évaluées dans son premier rapport comme non incapacitants, puis dans son second rapport, comme incapacitants à hauteur de 50 % depuis le 24 mars 2004, tout en précisant que la recourante avait présenté, sans les dater, des périodes d'incapacité de travail totale due à des périodes dépressives sévères. b. La recourante estime que son état de santé s'est dégradé depuis son arrivée en Suisse en 1996 et qu'elle présente, depuis 2010, un délire paranoïde avec cauchemars, doute, désespoir et solitude, totalement incapacitant. Ce faisant, la recourante rejoint l'appréciation de l'intimé quant à son incapacité de travail totale mais estime que celle-ci est survenue en 2010 seulement. c. La chambre de céans constate tout d'abord que la décision du 29 mai 2007 est entrée en force, de sorte que l'invalidité totale de la recourante depuis son arrivée en Suisse jusqu'au 29 mai 2007 ne peut qu'être confirmée, étant relevé que l'intimé n'a pas reconsidéré cette décision et qu'un motif de révision procédurale n'a pas été allégué par les parties (art. 53 al. 1 et 2 LPGA). Par ailleurs, au-delà du 29 mai 2007, la recourante ne prétend pas qu'elle aurait recouvré une capacité de travail, fait qui pourrait être à même de créer un nouveau cas d'assurance ; elle allègue uniquement que son état de santé s'est empiré depuis 2010 ; à cet égard, la recourante ne documente médicalement aucunement ses allégations puisqu'elle se contente de faire référence à l'interrogatoire des parties et à l'audition de témoins. Elle ne conteste pas, en particulier, le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 29 mai 2006, attestant d'un suivi depuis le 31 août 2005 et retenant une incapacité de travail totale à son arrivée en Suisse en 1996 en faisant, en particulier, état d'une schizophrénie paranoïde ; l'allégation de la recourante selon laquelle un délire paranoïde serait apparu dès 2010 n'est ainsi non seulement pas établi par un médecin mais contraire aux constatations effectuées par le Dr C\_\_\_\_\_ depuis août 2005. Quant au rapport du Dr F\_\_\_\_\_, qui semble évoquer une amélioration de l'état de santé de la recourante, il ne permet pas non plus de retenir que la recourante aurait été capable de travailler à son arrivée en Suisse puisqu'il retient une capacité de travail de 50 % dès mars 2004 seulement. Par ailleurs, la recourante s'en écarte puisqu'elle s'estime, depuis 2010, totalement incapable de travailler. A cet égard, l'appréciation des rapports médicaux effectuée par l'intimé, lequel retient comme probant celui du Dr C\_\_\_\_\_ et écarte ceux du Dr F\_\_\_\_\_, n'est pas critiquable ; en effet, le Dr F\_\_\_\_\_ a procédé à une évaluation différente de la capacité de travail de la recourante depuis mars 2004 par rapport à celle effectuée par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2006, et cela de manière rétrospective ; or, même si le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait vu la recourante à trois reprises en mars et avril 2004, son évaluation, effectuée plus de dix ans plus tard, possède une force probante moindre par rapport à celle effectuée par le Dr C\_\_\_\_\_ entre 2005 et 2006 ; l'évaluation du Dr F\_\_\_\_\_ ne permet pas non plus de conclure que l'état de santé de la recourante se serait amélioré après les constatations faites par le Dr C\_\_\_\_\_ en 2006, dès lors qu'il estime que la recourante a recouvré depuis mars 2004 une capacité de travail de 50 %. Au surplus, les deux avis qu'il a rendus sont contradictoires dès lors que le premier du 17 décembre 2015 constate l'absence d'incapacité de travail et le second du 8 décembre 2016 retient une incapacité de travail de 50 % depuis mars 2004, tout en admettant que la recourante a présenté des périodes dépressives totalement incapacitantes. 12. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre l'appréciation de l'intimé retenant une incapacité de travail totale de la

recourante depuis son arrivée en Suisse en 1996 et présente jusqu'à ce jour, et constatant que les conditions d'assurance pour avoir droit à une rente d'invalidité ne sont en conséquence pas remplies. 13. Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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