

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2315/2018

ATAS/29/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 janvier 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS  
DONZÉ

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1980 et de nationalité suisse a déposé le 31 octobre 2013 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
2. Le 26 novembre 2013, l'assurée a transmis à l'OAI notamment :
  - la copie de son diplôme du baccalauréat général en littéraire, délivré par l'Académie de Grenoble (France) le 23 septembre 1998 ;
  - le certificat d'études du 30 juin 2006, établi par l'École B\_\_\_\_\_, sise dans le canton de Lausanne, attestant que l'assurée avait suivi régulièrement les cours de la classe de 1<sup>ère</sup> année du cycle de formation professionnelle de comédien durant l'année scolaire 2005-2006 et qu'elle avait été admise en classe professionnelle de 2<sup>ème</sup> année pour 2006-2007 ;
  - l'attestation du 3 septembre 2012, émanant de la librairie C\_\_\_\_\_, sise dans le canton de Genève, indiquant que l'assurée avait effectué un stage dans cette librairie du 1<sup>er</sup> avril au 31 août 2012;
  - son curriculum vitae, mentionnant notamment des études secondaires, baccalauréat (1996-1998), un séjour linguistique en Espagne (1998) et en Australie (1999), des études de lettres à l'Université de Provence (2000-2001), à l'Université Lumière à Lyon (2001-2002) et à l'Université catholique à Lyon (2002-2003), ainsi qu'au conservatoire de musique de Genève (2004-2005) et à l'École B\_\_\_\_\_ (2005-2007).
3. Dans un rapport du 18 décembre 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent (F 33.1), d'hyperactivité avec déficit de l'attention (F 90.0), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F 10.24), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance (F 14.24), ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines, syndrome de dépendance (F 13.24). L'assurée était atteinte de ces troubles psychiques depuis « jeune adulte ». Le dernier contrôle remontait au 24 octobre 2013. L'assurée, financièrement aidée par l'Hospice général depuis 2009, vivait chez ses parents. Elle n'avait ni formation ni activité professionnelle. Elle avait commencé des études de lettres à l'Université d'Aix-en-Provence qu'elle n'avait pas terminées en raison d'un état dépressif avec alcoolisations qui avait motivé son retour à Genève. Elle avait ensuite fréquenté une école B\_\_\_\_\_ à Lausanne qu'elle avait interrompue en raison d'un comportement inapproprié dû à des consommations d'alcool. Sa dépendance à l'alcool et aux anxiolytiques avait nécessité plusieurs hospitalisations pour sevrage. Depuis 2011, elle consommait régulièrement de la cocaïne. Elle n'avait plus effectué d'activité depuis 2007, date de son incapacité de travail totale. Elle présentait une humeur fluctuante, des angoisses psychiques et physiques (palpitations, gêne respiratoire), une intolérance

à la frustration, une incapacité à s'organiser, des difficultés à rester concentrée, une sensibilité accrue au stress, un découragement, une perte d'énergie, un trouble du sommeil, des idées noires et un isolement social. Les restrictions psychiques, qui ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, étaient une anxiété, une fatigabilité accrue, une intolérance au stress, une instabilité de l'humeur, des difficultés d'attention et de mémoire, une incapacité à se concentrer, des difficultés relationnelles avec autrui, ainsi qu'une incapacité à assumer une activité quelle qu'elle soit. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail au vu de la symptomatologie chronique. Le traitement consistait en un suivi psychothérapeutique ainsi qu'un traitement psychopharmacologique.

4. Le 21 janvier 2014, la Clinique La Métairie a transmis à l'OAI la lettre de sortie du 4 mars 2003 relative à l'hospitalisation de l'assurée du 24 janvier au 3 mars 2003 dans cet établissement en raison d'un état anxio-dépressif avec abus de benzodiazépines. À titre de diagnostics, étaient retenus : un syndrome de dépendance aux benzodiazépines, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F 13.21), des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F 10.1), ainsi qu'une anorexie anamnétique. Dans l'anamnèse, il a été relevé que l'assurée avait décrit son enfance comme harmonieuse. Après l'obtention de son baccalauréat, elle avait pris une année sabbatique pour étudier l'espagnol en Espagne et l'anglais en Australie. Elle avait entrepris des études à la faculté des lettres de Lyon qu'elle avait interrompues après trois mois en raison d'une dépression. Elle avait repris les études par correspondance qu'elle avait également interrompues. Elle était retournée vivre chez ses parents avec l'intention de se soigner. À l'âge de 18 ans, elle avait commencé à prendre des benzodiazépines, prescrites à sa mère et prenait occasionnellement de l'alcool. Depuis quelques mois, la consommation d'alcool était régulière jusqu'à 50 g par jour. Elle signalait une prise irrégulière de mélanges d'alcools associés aux médicaments pour calmer son anxiété. À l'âge de 17 ans, elle avait eu un premier épisode dépressif avec l'installation d'un trouble du comportement alimentaire accompagné par des crises de boulimie sans vomissements provoqués. L'anorexie avait été stabilisée sous traitement de Fluctine. Elle pesait actuellement 48 kg, poids avec lequel elle se sentait confortable. Elle avait pris du Seropram pour la dépression qui avait été arrêté et remplacé par une prise de benzodiazépines.
5. Le 22 janvier 2014, la Clinique Belmont a transmis à l'OAI divers rapports de sortie relatifs à des séjours de l'assurée au sein de cet établissement du 1<sup>er</sup> au 22 octobre et du 24 au 30 octobre 2007, du 28 novembre au 3 décembre 2007 et du 29 juillet au 18 août 2010 en vue d'un sevrage de l'alcool et aux benzodiazépines.
6. Le 23 janvier 2014, les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont transmis à l'OAI :

- un rapport non daté, relatif à un séjour du 13 au 18 juillet 2007, indiquant que l'assurée était connue pour des antécédents psychiatriques depuis dix ans (trouble alimentaire, dépendance aux benzodiazépines et à l'alcool, tentamen en 1999); elle avait été adressée ce jour par SOS médecins suite à un abus de divers comprimés « à but de dormir vs. suicidaire »; en avril 2007, elle avait dû interrompre une école B\_\_\_\_\_ suite à ses fréquentes alcoolisations ;
  - le rapport du 23 juillet 2007, relatif à un séjour du 19 au 20 juillet 2007, posant les diagnostics de dépendance à l'alcool, utilisation connue, de dépendance aux benzodiazépines, utilisation connue, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère et de trouble de la personnalité non spécifié; l'assurée s'était présentée le 19 juillet 2007 avec une demande de mise à l'abri d'une consommation d'alcool et de benzodiazépines anarchique suite à l'anxiété provoquée par la situation familiale (mère en cure de repos, consommation de cocaïne par la sœur cadette); après une crise clastique le lendemain, elle avait été hospitalisée en entrée non volontaire à Belle-Idée ;
  - deux rapports relatifs à un séjour (entrée non volontaire) du 20 au 21 juillet 2007 et du 5 au 17 avril 2009 à Belle-Idée, pour risque auto- et hétéro-agressif dans un contexte de dépendance aux benzodiazépines et à l'alcool.
7. Dans un rapport du 27 mars 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de syndrome de déficit d'attention et de toxicomanie. Le dernier contrôle remontait au 8 janvier 2014. L'assurée était actuellement sous Ritaline avec un excellent effet sur sa maladie de base. Les tests urinaires restaient positifs à la cocaïne. L'incapacité de travail était totale car l'assurée ne pouvait pas se concentrer plus de trois minutes. Elle n'avait aucune capacité d'adaptation.
8. Par avis du 22 août 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), se référant aux documents médicaux, a proposé une expertise psychiatrique afin de déterminer le caractère primaire ou secondaire de la toxicomanie, le caractère incapacitant ou non du diagnostic psychiatrique, le degré d'incapacité de travail et son évolution dans le temps ainsi que les limitations fonctionnelles et la date d'une éventuelle réadaptation.
9. Les 7 et 10 août 2015, l'assurée a été examinée par la docteure F\_\_\_\_\_, médecin psychiatre en formation au Centre neuchâtelois de psychiatrie, et le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute. Dans leur rapport du 22 octobre 2015, les experts ont posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2) ; troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent mais dans un environnement protégé (F 10.21) ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance aux benzodiazépines, actuellement suivi d'un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale (F 13.24) ; troubles

mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, actuellement abstinente, mais prise de médicaments (F 14.23) ; trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et de comportements (F 43.25) ainsi que personnalité émotionnellement labile, type fondamentalement borderline avec traits impulsifs (F 60.3). Dans l'anamnèse, les experts ont relevé que l'assurée, après l'obtention de son baccalauréat, avait pris une année sabbatique et effectué plusieurs séjours linguistiques en Espagne et en Australie. Elle avait ensuite commencé des études de lettres en France qu'elle avait interrompues trois mois après pour des raisons de santé (épisode dépressif). Elle avait repris ses études en lettres en 2002 en France qu'elle avait abandonnées au bout de trois mois. Le dernier essai pour des études en lettres remontait à 2003 et s'était également terminé par un échec. Elle avait par la suite commencé des études à l'école des Teintureries à Lausanne qu'elle avait arrêtées suite à la consommation excessive d'alcool. Elle avait également travaillé à titre bénévole dans une librairie pendant cinq mois. À l'âge de 16 ans, avait commencé à utiliser les substances psychoactives de manière festive. À son retour d'Espagne, elle avait commencé à prendre occasionnellement du Lexotanil, en y ajoutant parfois de l'alcool pour calmer ses angoisses. L'augmentation de la consommation d'alcool était mise en lien avec le premier épisode dépressif qui avait nécessité une hospitalisation. Parallèlement, était notée une augmentation progressive de la dose de benzodiazépines en 2003. Elle avait plusieurs fois effectué des cures de sevrage à l'alcool et aux benzodiazépines, mais la solitude, les troubles du sommeil, le sentiment d'être vide, perdue et incomplète avait contribué à de nombreuses rechutes. L'assurée avait au cours de sa vie présenté des épisodes dépressifs de différentes intensités (premier épisode à l'âge de 17 ans), accompagnés par des angoisses en lien avec son avenir, une labilité émotionnelle, une insomnie, une timidité et une anxiété envahissante qu'elle avait cherchées à dissimuler avec différents produits toxiques. Elle était devenue de plus en plus seule, isolée du point de vue social, générant un tourbillon difficile à maîtriser en l'absence de produits pharmacologiques et toxiques (cannabis, cocaïne, alcool). Les troubles psychiques restaient toujours présents malgré les thérapies mises en place. Le traitement actuel consistait en la prise de Seroquel (100 mg), Seresta (50 mg) et 3-Stilnox (10 mg). L'assurée présentait des manifestations caractérielles et des comportements qualifiés d'impulsifs et irritables, comportant une évidente instabilité personnelle (fugues du domicile, forte opposition à ses parents et/ou à l'autorité, certaine irritabilité envers ses professeurs et d'autres enfants, instabilité relativement importante, début de conduites explosives jusqu'à développer des comportements extrêmes). Elle avait toutefois achevé ses écoles primaire et secondaire, puis obtenu son baccalauréat sans beaucoup de difficultés. Depuis le début de son âge adulte, l'assurée présentait un manque d'empathie, une superficialité dans le contact avec autrui, une importante labilité émotionnelle avec une irritabilité et une impulsivité remarquables. Elle reconnaissait avoir toujours un sentiment d'ennui, de vide, de malaise, de morosité et de désintérêt coexistant par moments avec une certaine

attitude d'exaltation et d'optimisme. Le trouble émotionnellement labile, type borderline associé aux traits impulsifs – diagnostic retenu à titre principal – expliquait à lui seul le fonctionnement mental de l'assurée. La dépression récurrente sévère, la dépendance à plusieurs substances et à l'alcool, ainsi que le trouble adaptatif étaient quant à eux retenus à titre secondaire ou auxiliaire. Enfin, les experts ont conclu que l'atteinte psychiatrique de l'assurée limitait sa capacité de travail d'un point de vue qualitatif et quantitatif depuis 2003. Au vu des diagnostics posés, de l'anamnèse, des suivis ambulatoires précédents et de l'examen clinique, celle-ci était dans l'incapacité d'exercer son activité professionnelle habituelle. Dans une activité adaptée (librairie, conciergerie, vente), sa capacité de travail était de 40 %, avec une diminution de rendement de 10 %, dès 2013. Cette activité serait envisageable si les troubles présentés diminuaient en intensité et en gravité.

10. Dans un rapport complémentaire du 12 avril 2016, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité habituelle de l'assurée jusqu'à la fin de l'année 2006 était ses études qu'elle ne suivait pas régulièrement en raison de ses intoxications éthyliques répétées. Elle avait ensuite réalisé des activités de bénévolat sur de courtes périodes. L'incapacité totale dans l'activité habituelle devait être calculée depuis 2003, car elle n'avait réussi ni à finir ses études universitaires ou un apprentissage ni à maintenir une activité régulière. L'assurée était actuellement correctement prise en charge par son médecin psychiatre. Aucune mesure thérapeutique ne pouvait pour le moment améliorer son évolution clinique.
11. Par avis du 3 mai 2016, le SMR a retenu, à titre d'atteinte principale à la santé, une personnalité émotionnellement labile, type borderline avec traits impulsifs (F 60.3), décompensé. Les pathologies associées du ressort de l'AI étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2). Les diagnostics associés non du ressort de l'AI étaient la dépendance aux sédatifs, suivi actuel d'un régime de maintenance (F 13.24) et une dépendance à la cocaïne, actuellement abstinente (F 14.23). Le début de l'incapacité de travail durable remontait à 2003. L'incapacité de travail était totale de 2003 à 2013, puis de 60 %. La capacité de travail exigible dans toute activité était de 40 %.
12. Dans un projet de décision du 6 juillet 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer un trois-quarts de rente, basé sur un degré d'invalidité de 60 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, bien que depuis 2003 sa capacité de gain dans toute activité fût réduite, compte tenu du dépôt tardif de la demande le 31 octobre 2013.
13. Par courrier du 26 juillet 2016, l'assurée a contesté disposer d'une capacité de travail de 40 %, faisant valoir une aggravation de son état de santé suite au décès de sa sœur.
14. Dans un courrier du 26 juillet 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la sœur de l'assurée s'était suicidée le 23 février 2016. Depuis lors, celle-ci présentait une réaction dépressive importante avec des attaques de panique, jugulées par un excès

de médicament et d'alcool ainsi qu'une perte pondérale. Elle souffrait d'insomnies et éprouvait des difficultés à organiser son quotidien. Au vu de cet événement, son incapacité de travail était totale dans toute activité.

15. Dans un rapport du 20 mars 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a répété que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis février 2016. Les médicaments n'avaient eu que peu d'effet sur la dévastation psychique qu'avait produite le décès de sa sœur. Auparavant déjà, elle était passablement déconnectée d'une vie active et professionnelle banale.
16. Par avis du 20 juillet 2017, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100 % de 2003 à 2013, de 60 % de 2013 à janvier 2016 et de 100 % dès février 2016 dans toute activité.
17. Dans un courrier du 31 août 2017, l'OAI a invité la caisse cantonale genevoise de compensation à calculer la prestation en espèces. Le degré d'invalidité était de 60 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et de 100 % à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016. Le versement devait toutefois avoir lieu à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014 en raison de la demande tardive.
18. Dans un courrier du 2 octobre 2017, l'OAI a informé la caisse cantonale genevoise de compensation que le dossier de l'assurée allait faire l'objet d'investigations complémentaires, de sorte qu'elle était invitée à interrompre le calcul de la rente jusqu'à nouvel avis.
19. À la demande de l'OAI, par courrier du 12 octobre 2017, l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) a fait savoir que l'assurée séjournait dans le canton de Genève depuis sa naissance.
20. Sur demande de l'OAI, par courrier du 28 octobre 2017, l'assurée a indiqué qu'entre 1998 et 2004, elle avait gardé sa résidence dans le canton de Genève. Elle avait effectué deux séjours linguistiques : le premier en Espagne en 1998 et le second à Sydney l'année suivante, d'une durée de trois mois dans les deux cas. Elle avait entamé à trois reprises des études de lettres en France entre 2000 et 2003, mais elle rentrait les week-ends au domicile familial à Genève.
21. Par avis du 11 janvier 2018, le SMR a noté qu'en ce qui concerne la formation de l'assurée, son état de santé était compatible avec l'obtention d'un baccalauréat, section littéraire en 1998. En 2003, au début de l'incapacité de travail totale, elle était étudiante à l'Université. Dans ce contexte, la péjoration de son état de santé l'avait empêchée de terminer sa formation universitaire.
22. Par avis du 22 mars 2018, le SMR a indiqué que la toxicomanie était secondaire au trouble de la personnalité décompensé, et ce depuis 2003 ; le rapport d'expertise mentionnait que l'assurée, en dépit des tentatives de sevrage, n'avait jamais retrouvé une capacité de travail entière. Il fallait par conséquent s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR.

- 
23. L'extrait de compte individuel de l'assurée, émanant de la caisse cantonale genevoise de compensation, fait état d'un revenu soumis à cotisations de CHF 144.- (code 01) en juillet 2001, d'un revenu correspondant aux cotisations AVS/AI/APG versées (code 04) de CHF 4'208.- en 2005 et 2006, de CHF 4'406.- en 2008, de CHF 4'554.- en 2009 et 2010, de CHF 4'612.- en 2011 et 2012 ainsi que de CHF 4'667.- en 2013 et 2014.
  24. Dans un projet de décision du 23 mars 2018, annulant et remplaçant celui du 6 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a relevé que, selon le SMR, l'affection médicale entraînait une incapacité de travail dans toute activité depuis 2003. Lors de la survenance de l'invalidité en 2004, quand bien même le degré d'invalidité était de 100 %, la condition de durée de cotisations (trois années) n'était pas réalisée pour l'ouverture du droit à une rente.
  25. Par décision du 4 juin 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 mars 2018.
  26. Par acte du 5 juillet 2018, complété le 24 août 2018, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition du Dr D\_\_\_\_\_ et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a indiqué que son atteinte psychique étant apparue à l'adolescence, elle avait droit à une rente d'invalidité depuis ses 18 ans au moins. Elle a fait grief à l'intimé d'avoir arbitrairement fixé la survenance de son invalidité à 2003, alors que depuis 1998, elle n'avait jamais pu suivre une formation pendant plus de trois mois. Le rapport d'expertise d'octobre 2015, qui était le seul document retenant le début de son invalidité à 2003, était dénué de valeur probante. Il mentionnait qu'elle était incapable d'exercer son activité habituelle depuis 2003. Or, elle n'avait jamais exercé une activité professionnelle. Dans la mesure où elle n'avait pas été capable de mener ses études universitaires, la date de l'obtention du baccalauréat en 1998 était déterminante pour fixer le début de son invalidité. À cette date, elle ne remplissait pas la durée minimale de cotisations, car elle présentait une invalidité précoce. En outre, au vu du projet d'acceptation de rente du 6 juillet 2016 et du principe de la bonne foi, l'intimé ne pouvait pas rendre une décision de refus de rente, alors qu'il admettait qu'elle présentait un taux d'invalidité de 100 %. Il était particulièrement choquant et contraire à la bonne foi qu'elle se vît annuler une décision de rente, alors qu'elle vivait un drame familial et que, sans contestation de sa part, elle percevrait à l'heure actuelle une rente basée sur un taux d'invalidité de 60 %. Ainsi, elle devrait se voir octroyer une rente entière d'invalidité, ou à titre subsidiaire, une rente d'invalidité extraordinaire.
  27. Dans sa réponse du 11 septembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a relevé que la survenance de l'invalidité avait été fixée à 2004, soit à l'échéance du délai d'une année depuis le début de l'incapacité de travail durable, fixée à 2003 tant par le SMR que par les experts. Le droit à une rente ordinaire était exclu, puisqu'en 2004, la recourante ne comptait pas trois années de cotisations. Celle-ci



---

n'avait pas non plus le droit à une rente extraordinaire, dans la mesure où en 2004, alors âgée de 24 ans, elle n'avait pas été en mesure de comptabiliser le même nombre d'années d'assurance suisse que les assurés de sa classe d'âge.

28. Dans sa réplique du 4 octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a répété que la survenance de son invalidité était antérieure à 2003. Elle a produit un rapport du 27 septembre 2018 du Dr D\_\_\_\_\_, aux termes duquel le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline s'était manifesté à l'adolescence avec une tentative de suicide à l'âge de 15 ans. Après l'obtention du baccalauréat à l'âge de 18 ans, elle avait effectué un séjour linguistique en Australie où sa mère s'était déplacée pour la chercher après une seconde tentative de suicide. Durant 2000-2001, elle était partie étudier à l'Université d'Aix-en-Provence où elle était restée peu de temps en raison d'une dépression avec alcoolisations. Les difficultés à gérer son quotidien et à maintenir un projet de vie montraient que le trouble de la personnalité était déjà ancré et handicapant avant 2003. Par la suite, d'ailleurs, elle n'était jamais parvenue à terminer une formation. Sur cette base, la recourante a soutenu qu'elle devait se voir reconnaître une incapacité de travail ayant débuté à l'adolescence. Elle a également réitéré le fait qu'au vu du projet d'acceptation de rente et des correspondances adressées par l'intimé à la caisse cantonale de compensation, celui-ci avait agi de mauvaise foi lorsqu'il avait soulevé la date du début de l'invalidité pour refuser de prester. En contestant le projet de décision uniquement pour le taux d'invalidité, en vue d'obtenir une rente entière au lieu d'un trois-quarts de rente, elle ne pouvait s'attendre à recevoir une décision de refus de rente.
29. Dans sa duplique du 16 octobre 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit l'avis du SMR du 12 octobre 2018 – auquel il se ralliait –, dont il ressort que, dans son rapport du 27 septembre 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ retenait que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline était présent avant 2003. Cependant, la recourante avait réussi à terminer son baccalauréat en 1998 et à effectuer des séjours linguistiques avant d'entamer des études de lettres dans différentes universités. Un trouble de la personnalité n'était pas forcément incapacitant. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs retenu le début de l'incapacité de travail à 2007 dans son rapport du 18 décembre 2013 et non antérieurement à 2003 comme il l'attestait dorénavant. Les documents médicaux versés au dossier indiquaient par ailleurs que la recourante avait été hospitalisée pour la première fois en janvier 2003 à la Clinique de la Métairie pour ses atteintes psychiatriques. C'était ainsi à juste titre que le SMR avait retenu une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2003.
30. À la demande de la chambre de céans, dans ses courriers des 23 novembre et 14 décembre 2018, la caisse cantonale genevoise de compensation a indiqué que la recourante, née le 28 février 1980, aurait dû être affiliée et payer des cotisations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier qui suivait son 20<sup>ème</sup> anniversaire. Suite à une prise de contact téléphonique avec la mère de la recourante le

7 novembre 2013, les démarches d'affiliation avaient été entamées en regard de la prescription et la recourante avait été affiliée d'office au 1<sup>er</sup> janvier 2008. L'affiliation avant cette date n'avait pas été possible, car la recourante était inconnue des services de l'autorité jusqu'au 7 novembre 2013. Les années 2001 à 2004 et 2007 étant prescrites, les cotisations y afférentes n'avaient pas pu être réclamées.

31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les formes et délais légaux, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente ordinaire ou extraordinaire de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la date de la survenance de son invalidité.
4. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
5. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2008, en fonction des

modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

6. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA).

7. a. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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 de l'assuré; 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 5 consid. 2b, 157 consid. 3a).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur avant la 5<sup>ème</sup> révision de la loi, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références).

- b. Aux termes de l'art. 5 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 1996 au 31 décembre 2002, les assurés âgés de moins de 20 ans qui n'exercent pas d'activité lucrative sont réputés invalides lorsqu'ils présentent une atteinte à la santé physique ou mentale qui aura probablement pour conséquence une incapacité de gain. L'invalidité résulte ici d'un état de fait hypothétique, soit d'une détérioration probable de la capacité de gain (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 1249 p. 346).

En ce qui concerne les invalides de naissance et les invalides précoces, le cas d'assurance est en règle générale réalisé au moment où l'assuré a atteint ses 18 ans. Cette règle ne s'applique toutefois qu'à la condition que ces assurés ne bénéficient pas, à ce moment-là, de mesures de réadaptation (circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, établie par l'office fédéral des assurances sociales [ci-après : CIIAI], ch. 1032).

Les invalides de naissance ou précoces sont des assurés qui présentent une atteinte à la santé depuis leur naissance ou leur enfance et n'ont pu, de ce fait, acquérir des connaissances professionnelles suffisantes (RCC 1973 p. 538, 1969 p. 239). Entrent dans cette catégorie toutes les personnes qui, en raison de leur invalidité, n'ont pu terminer aucune formation professionnelle, ainsi que les assurés qui ont commencé, voire achevé, une formation professionnelle mais qui étaient déjà invalides au début de cette formation et qui, de ce fait, ne peuvent prétendre aux mêmes possibilités de salaire qu'une personne non handicapée ayant la même formation (CIIAI, ch. 3035).

On entend par « connaissances professionnelles suffisantes » des connaissances acquises lors d'une formation professionnelle complète. Les formations élémentaires sont également assimilées à une telle formation lorsqu'elles permettent d'acquérir, par des moyens spécialement adaptés à l'invalidité, à peu près les mêmes connaissances professionnelles qu'un apprentissage proprement dit ou qu'une formation ordinaire, et qu'elles offrent aux assurés pratiquement les mêmes possibilités futures de gain (CIIAI, ch. 3037 et les références).

c. La date à laquelle une demande a été présentée à l'AI ou celle à laquelle une prestation est réclamée importe peu pour la détermination de la survenance de l'invalidité (cf. CIIAI, ch. 1029). La survenance de l'invalidité est en effet indépendante de la date du dépôt de la demande de prestations (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_655/2015 du 14 décembre 2015 consid. 4). L'office AI détermine avec un soin particulier le moment de la survenance du cas d'assurance. Il accorde à cette enquête une grande importance, la survenance du cas d'assurance étant déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance (CIIAI, ch. 1037). Les conditions d'assurance comportent deux critères: (i) une durée minimale de cotisations (art. 36 al. 1 LAI); (ii) un domicile et une résidence habituelle en Suisse (CIIAI, ch. 1041).

8. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est subordonné à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité (jusqu'au 31 décembre 2007: une année de cotisations; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – date de l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision AI: trois années de cotisations).

b. L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires.

Sont notamment obligatoirement assurées à la LAVS les personnes physiques domiciliées en Suisse, et celles qui y exercent une activité lucrative (art. 1a al. 1 let. a et b LAVS ; anciennement art. 1 LAVS). Les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative. Les personnes sans activité lucrative sont tenues de payer des cotisations à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la date à laquelle elles ont eu 20 ans ; cette obligation cesse à la fin du mois où

---

les femmes atteignent l'âge de 64 ans, les hommes l'âge de 65 ans (art. 3 al. 1 LAVS).

c. Aux termes de l'art. 50 RAVS - applicable à la fixation de la durée minimale de cotisations selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) (ATF 125 V 255) - une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a (anciennement : art. 1) ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29<sup>ter</sup> al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29<sup>ter</sup> al. 2 let. c LAVS).

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).

Selon la jurisprudence, lorsqu'il s'agit de déterminer si un assuré compte une année entière de cotisations au moment de la survenance du cas d'assurance, la période de cotisation durant laquelle une personne est assurée à titre obligatoire et tenue de s'acquitter des cotisations de l'assurance-invalidité doit être prise en compte tant que ces dernières n'ont pas été déclarées irrécouvrables ni prescrites (art. 16 LAVS en corrélation avec l'art. 3 al. 2 LAI) au moment de la survenance de l'invalidité (SVR 2002 IV n. 38 p. 122 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 591/03 du 31 août 2004 consid. 3.2).

En vertu de l'art. 16 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LAVS, les cotisations dont le montant n'a pas été fixé par voie de décision dans un délai de cinq ans à compter de la fin de l'année civile pour laquelle elles sont dues ne peuvent plus être exigées ni versées.

9. a. Depuis l'entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI).

b. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012, 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et la référence citée). Le droit à la rente est soumis à l'art. 29 al. 1 LAI, même lorsque le cas d'assurance est survenu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, soit à une date antérieure à l'entrée en vigueur du nouveau droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_953/2011 du 25 octobre 2012 consid. 6.3). Depuis l'entrée en vigueur de l'art. 29 al. 1 LAI au 1<sup>er</sup> janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente

---

postérieurement à cette date ne peut pas réclamer une rente d'invalidité pour la période de douze mois précédant le dépôt de sa demande, voire pour une période antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_432/2012, 9C\_441/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3). En outre, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

c. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), 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.

10. a. 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).

b. 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).

c. 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.

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

---

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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. a. En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimé que la recourante présente des atteintes à la santé à caractère invalidant, à savoir une personnalité émotionnellement labile, type borderline avec traits impulsifs ainsi qu'un trouble dépressif récurrent. L'intimé nie toutefois le droit de la recourante à une rente ordinaire, au motif qu'elle ne pouvait se prévaloir d'une durée minimale de cotisation de trois années lors de la survenance de l'invalidité, considérant, sur la base du rapport d'expertise du 22 octobre 2015 et son complément du 12 avril 2016 ainsi que des avis du SMR, que l'invalidité était survenue en 2004, à l'échéance du délai d'une année depuis le début de l'incapacité de travail durable fixée à 2003.  
b. On relèvera, de prime abord, que l'intimé se méprend lorsqu'il applique la durée minimale de cotisation de trois années lors de la survenance de l'invalidité. Certes, selon l'art. 36 al. 1 LAI, dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Toutefois, cette disposition s'applique aux assurés dont le cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenu à compter de l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI en date du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (ATAS/618/2014 du 20 mai 2014 consid. 5). Partant, même à supposer que l'invalidité de la recourante soit survenue en 2004, soit avant l'entrée en vigueur de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI, la durée minimale de cotisations est d'une année entière à l'aune de l'ancien droit.
13. Cela dit, il convient de déterminer le moment de la survenance de l'invalidité, décisif pour la réalisation des conditions d'assurance.
  - a. La chambre de céans constate que les conclusions de l'expert, aux termes desquelles la recourante présente une incapacité de travail depuis 2003, sont cohérentes. En effet, même si la recourante souffre de troubles psychiques et de personnalité depuis son adolescence, elle a néanmoins obtenu son baccalauréat le 23 septembre 1998 à l'âge de 18 ans. Elle a également effectué des séjours linguistiques en Espagne la même année et en Australie l'année suivante, puis suivi

régulièrement les cours de la classe de 1<sup>ère</sup> année du cycle de formation professionnelle de comédien à l'École B\_\_\_\_\_ (cf. certificat d'études du 30 juin 2006). Dans ces circonstances, contrairement à ce que prétend la recourante, on ne saurait admettre qu'elle a présenté une invalidité depuis l'âge de 18 ans, d'autant moins que l'expert a souligné qu'elle avait achevé ses écoles primaire et secondaire puis obtenu son baccalauréat sans beaucoup de difficultés, en dépit de ses manifestations caractérielles et comportements qualifiés d'impulsifs et irritables avec une évidente instabilité personnelle (fugues de domicile, forte opposition à ses parents et/ou à l'autorité, certaine irritabilité envers ses professeurs et d'autres enfants, instabilité relativement importante, début de conduites explosives jusqu'à développer des comportements extrêmes). Selon l'expert, l'incapacité totale devait être calculée depuis 2003, car elle n'avait réussi depuis lors ni à finir ses études universitaires (le dernier essai pour des études en lettres remontait à 2003 et s'était terminé par un échec) ou un apprentissage ni à maintenir une activité régulière. Au demeurant, si les HUG, dans un rapport non daté relatif à un séjour de la recourante du 13 au 18 juillet 2007, ont indiqué que cette dernière était connue pour des antécédents psychiatriques depuis dix ans, – à l'âge de 17 ans, elle avait eu un premier épisode dépressif avec l'installation d'un trouble du comportement alimentaire accompagné par des crises de boulimie sans vomissements provoqués (cf. rapport de la Clinique La Métairie du 4 mars 2003), la première hospitalisation de la recourante en raison de troubles dépressifs remonte bel et bien à 2003 lorsqu'elle avait 23 ans, précisément à la Clinique La Métairie du 24 janvier au 3 mars 2003.

Les conclusions de l'expert sont ainsi convaincantes. L'expertise est en outre fondée sur une anamnèse détaillée, un examen clinique, la connaissance du dossier médical complet et les plaintes de la recourante. Par conséquent, elle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. Au vu de ce qui précède, l'invalidité de la recourante est survenue en 2004, à l'échéance du délai d'une année à compter du début de l'incapacité de travail durable fixée à 2003.

14. Il ressort de l'extrait du compte individuel de la recourante qu'en 2004 cette dernière ne s'était pas acquittée du paiement des cotisations durant une année entière au moins, puisqu'elle n'avait cotisé qu'à hauteur de CHF 144.- pour le mois de juillet 2001.

Cela étant, conformément à l'art. 3 al. 1, seconde phrase, LAVS en liaison avec l'art. 1b et 2 LAI, la recourante n'en était pas moins assurée à titre obligatoire et tenue, en qualité de personne n'exerçant pas d'activité lucrative (art. 10 LAVS), de s'acquitter des cotisations de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2001, soit dès le 1<sup>er</sup> janvier qui suit son 20<sup>ème</sup> anniversaire, dès lors qu'elle a toujours été domiciliée en Suisse, selon les données de l'OCPM.



---

Par ailleurs, quand bien même la caisse cantonale genevoise de compensation a constaté le 7 novembre 2013 que les cotisations pour les années 2001 à 2004 et 2007 (la recourante avait cotisé en 2005 et 2006) étaient prescrites (cf. courrier de cette autorité du 23 novembre 2018), il n'en demeure pas moins qu'au moment de la survenance de l'invalidité en 2004, les cotisations pour la période de 2001 à 2003 n'avaient pas été déclarées irrécouvrables, ni n'étaient prescrites (art. 16 LAVS), étant rappelé qu'à cette époque, une année de cotisations était requise pour pouvoir bénéficier d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Partant, conformément à la jurisprudence (consid. 8c ci-dessus), cette période de cotisations doit être prise en compte, si bien que la condition de la durée minimale de cotisation était réalisée au moment de la survenance du cas d'assurance (cf. dans le même sens : ATAS/1239/2010 du 30 novembre 2010 consid. 4 et 5).

Par conséquent, l'intimé a nié à tort le droit de la recourante à une rente ordinaire d'invalidité, au motif qu'elle ne remplit pas la durée minimale de cotisations.

15. Selon l'expert, la recourante est incapable d'exercer une activité habituelle dès 2003 et une activité adaptée serait envisageable à partir de 2013 seulement à la condition que les troubles présentés diminuent en intensité et en gravité, ce qui n'a pas été le cas, puisque tant le psychiatre traitant que le médecin traitant attestent d'une incapacité de travail totale dans leurs rapports du 18 décembre 2013 respectivement du 27 mars 2014, incapacité de travail qui a par ailleurs été confirmée suite au décès de la sœur cadette (suicide) le 23 février 2016 (cf. rapports du Dr D\_\_\_\_\_ des 26 juillet 2016 et 20 mars 2017).

Force est ainsi de constater que la recourante présente un degré d'invalidité de 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, ce que l'intimé ne conteste du reste pas dans la décision querellée (« Dès 2004, votre degré d'invalidité est de 100%... »).

16. La recourante ayant déposé sa demande de prestations le 31 octobre 2013, les dispositions entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (5<sup>ème</sup> révision de l'AI) s'appliquent, même si le cas d'assurance est survenu avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Il s'ensuit que le droit à la rente entière d'invalidité est né le 31 avril 2014 au plus tôt, six mois après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1). La rente sera versée dès le 1<sup>er</sup> avril 2014, soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).
17. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.
18. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPG ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).
19. Étant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 4 juin 2018.
4. Met la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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