

# **GE\_GERICHTE ATAS/29/2019 vom 17. Januar 2019**

GE Cour de justice, 2019-01-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_29\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_29_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/29/2019 du 17 janvier 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/29/2019 del 17 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

### **E. 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]).

### **E. 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.

### **E. 4**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA, entrées en vigueur le 1er janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 5**

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

A/2315/2018 - 11/18 - modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 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).

## **E. 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 5ème 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 LAI; 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 1er 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).

A/2315/2018 - 12/18 - 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).

## **E. 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 1er janvier 2008 ■ date de l'entrée en vigueur de la 5ème 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 1er janvier de l'année qui suit la date à laquelle elles ont eu 20 ans ; cette obligation cesse à la fin du mois où

A/2315/2018 - 13/18 - 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. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29ter 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, 1ère 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.

## **E. 9**

a. Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008 de la 5ème 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA (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 1er 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 1er janvier 2008, un assuré qui présente sa demande de rente

A/2315/2018 - 14/18 - 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 1er 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.

## **E. 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 LPGGA), 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).

A/2315/2018 - 15/18 - 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).

#### **E. 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).

#### **E. 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 1er 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 5ème révision de l'AI en date du 1er 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 5ème révision de l'AI, la durée minimale de cotisations est d'une année entière à l'aune de l'ancien droit.

#### **E. 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

A/2315/2018 - 16/18 - régulièrement les cours de la classe de 1ère 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.

#### **E. 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 1er janvier 2001, soit dès le 1er janvier qui suit son 20ème anniversaire, dès lors qu'elle a toujours été domiciliée en Suisse, selon les données de l'OCPM.

A/2315/2018 - 17/18 - 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.

#### **E. 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 1er janvier 2004, ce que l'intimé ne conteste du reste pas dans la décision querellée (« Dès 2004, votre degré d'invalidité est de 100%... »).

#### **E. 16**

La recourante ayant déposé sa demande de prestations le 31 octobre 2013, les dispositions entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (5ème révision de l'AI) s'appliquent, même si le cas d'assurance est survenu avant le 1er 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 1er avril 2014, soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

#### **E. 17**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

#### **E. 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 LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

#### **E. 19**

Étant donné que, depuis le 1er 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 l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/2315/2018 - 18/18 - 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 1er 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

Diana ZIERI

La présidente

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

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