

GE_GERICHTE A/3225/2016 vom 16. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3225_2016

FR: GE_GERICHTE A/3225/2016 du 16 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/3225/2016 del 16 maggio 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée aux Acacias 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 _____ 1975, de nationalité roumaine, est arrivée en Suisse pour la première fois le 24 octobre 2004 avant de repartir pour la Roumanie le 15 mai 2006 (étant précisé qu'elle a été au bénéfice d'un permis B du 3 mars 2005 au 30 juin 2006), puis une seconde fois le 31 juillet 2006 avant de quitter la Suisse le 28 février 2007 (étant précisé qu'elle a disposé d'un permis B du 8 novembre 2006 au 28 février 2007). L'assurée n'a pas d'enfant. Elle est arrivée en Suisse à nouveau le 12 mai 2007, date de son mariage avec Monsieur A_____, ressortissant suisse, né _____ 1964, père de deux enfants (issus d'un mariage antérieur, dissous en 1997), nés respectivement le _____ 1987 et le _____ 1994. L'assurée a été mise au bénéfice d'un permis B du 13 novembre 2007 au 11 mai 2012, puis possède depuis le 21 août 2014 un permis C (qui échoit le 11 mai 2022) (cf. extrait de la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations [OCPM]).

2. Dès le 1^{er} avril 2007 (sic) (date de l'engagement aux termes du contrat de travail du 30 mars 2007), l'assurée a travaillé dans l'entreprise de son époux, B_____ SA, en qualité de secrétaire à 80% (cf. déclaration de sinistre du 18 août 2008). À compter du 3 août 2007, parallèlement à cette activité-ci, elle a collaboré en tant qu'auxiliaire de ménage au sein de C_____ SA à 30% (cf. déclaration de sinistre du 27 août 2008 ; certificat de travail du 12 mai 2008). À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).

3. Le 16 août 2008, l'assurée, passagère sur une moto conduite par son époux, a été victime d'un accident sur la voie publique, lui ayant provoqué une fracture complexe du tibia droit touchant le pilon tibial et la moitié inférieure de la diaphyse, des contusions hépatiques, une fracture de la rate de stade II et une fine lame d'hémorragie sous arachnoïdienne frontale (cf. rapport du Centre hospitalier universitaire vaudois [CHUV] du 19 août 2008). Le 21 août 2008, elle a bénéficié d'une ostéosynthèse par plaque LCP pour tibial distal médial (cf. rapport opératoire du 23 septembre 2008 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Depuis cet accident, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale (cf. certificat du Dr D_____ du 26 août 2008) et n'a pas repris une activité professionnelle.

4. Le cas a été pris en charge par la SUVA, laquelle versera à l'assurée des indemnités journalières (jusqu'au 31 octobre 2014) et prendra en charge les soins médicaux (cf. courrier de la SUVA du 15 septembre 2014).

5. Le 9 octobre 2008, la SUVA a annoncé le cas de l'assurée à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au titre de la détection précoce.

6. Le 12 novembre 2008, l'assurée a déposé une

demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant de multiples fractures au tibia droit. Elle a ajouté qu'elle avait exercé, outre les activités susmentionnées, celles d'auxiliaire de ménage au sein de E_____ SA à 30% de juillet 2005 à mars 2008 ainsi qu'auprès de F_____ Sàrl à 20% du 1^{er} août au 30 novembre 2007. [endif]>[if> D'après son curriculum vitae, l'assurée avait travaillé en tant que directrice d'établissement de restauration au Monténégro de 1993 à 2002, en tant que secrétaire à Bucarest de 2002 à 2003, suivie d'une activité en tant qu'indépendante de 2003 à 2004 en Roumanie. De 2004 à 2006, elle avait exercé divers emplois au sein d'entreprises de nettoyage dans le canton de Genève. 7. Dans le questionnaire pour l'employeur du 8 décembre 2008, C_____ SA a indiqué que l'assurée avait résilié le contrat de travail avec effet au 12 mai 2008, (sans observer le délai de congé contractuel), de sorte qu'il avait été convenu oralement qu'elle remplacerait la nouvelle auxiliaire pendant ses vacances, soit du 11 au 29 août 2008, mais l'accident s'était produit durant ce remplacement. [endif]>[if> 8. L'extrait du compte individuel AVS (CI) de l'assurée du 11 décembre 2008, établi par la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après: la CCGC), mentionne que l'assurée a cotisé pendant les mois suivants : [endif]>[if> - en 2005 : le mois d'avril pour un revenu de CHF 398.- au sein de l'Association Cerebral Genève, et de juillet à septembre pour un revenu de CHF 4'050.- auprès de E_____ SA ; [endif]>[if> - en 2007 : d'avril à décembre pour un revenu de CHF 27'360.- lorsqu'elle était engagée au sein de B_____ SA, d'août à décembre pour un revenu de CHF 5'724.- auprès de C_____ SA, ainsi que d'août à novembre au sein d'une entreprise de nettoyage pour un revenu de CHF 2'526.-, puis d'août à décembre auprès de E_____ SA pour un revenu de CHF 1'889.-. [endif]>[if> 9. Le 26 mars 2009, l'assurée a bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une décortication du foyer de pseudarthrose, d'une greffe orthologue mélangée du DBX et d'une nouvelle ostéosynthèse par double plaque LCP (cf. rapport opératoire du Dr D_____ du 9 avril 2009). [endif]>[if> 10. Le 29 janvier 2010, l'assurée a été hospitalisée en urgence en raison d'une ostéomyélite de son tibia droit. Le 2 février 2010, le Dr D_____ a procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, au débridement, au lavage et à l'alésage du tibia droit (cf. rapport du 22 février 2010). [endif]>[if> 11. Du 31 mars au 26 mai 2010, l'assurée a suivi un traitement physique et balnéologique semi-stationnaire à la Clinique de réadaptation de Loèche-les-Bains. Elle portait une attelle de Sarmiento. Lors du contrôle final, elle était en mesure de marcher sans problème avec une canne (cf. rapport du 21 juin 2010). [endif]>[if> 12. Dans son rapport du 22 juin 2010, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a noté que l'assurée se plaignait de douleurs invalidantes dans l'hémicorps droit, de tristesse, d'anhédonie, d'insomnies, de troubles de la concentration, de fatigue et de cauchemars (flashbacks de l'accident, peur des motos). Il n'y avait pas d'antécédents psychiatriques. Les symptômes de type post-traumatiques avaient débuté quelques mois après l'accident. L'assurée souffrait d'un état dépressif depuis octobre/novembre 2009. Le médecin a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1) ainsi qu'un épisode dépressif majeur réactionnel sans symptômes psychotiques (F 32.2). Les troubles étaient réactionnels à l'accident. La capacité de travail était alors nulle dans toute activité. [endif]>[if> 13. Dans son rapport du 25 novembre 2010, le Dr D_____ a attesté une aggravation de l'état de santé de l'assurée suite à une récurrence d'une ostéomyélite du tibia droit depuis début novembre. Une nouvelle chirurgie avait eu lieu le 18 novembre 2010 pour un débridement et un lavage du tibia. L'incapacité de travail demeurait totale. [endif]>[if> 14. En raison de cette ostéomyélite chronique, l'assurée a subi plusieurs opérations, les 6 décembre 2010, 7 et 14 février 2011 (cf. rapport

du CHUV du 1^{er} mars 2011), puis le 25 mars 2011 (cf. rapport du CHUV du même jour).

15. Dans son rapport du 27 décembre 2010, le Dr G_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, suivants : un état de stress post-traumatique (F 43.1) et un état dépressif récurrent sans symptômes psychotiques (F33.2). À titre de diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, il a posé celui de trouble de la personnalité non spécifié (F 60.9) depuis plus ou moins 2000. L'assurée le consultait depuis octobre 2009. Auparavant, elle n'avait pas suivi de traitement psychiatrique. Elle souffrait de troubles de la concentration, de tristesse, d'anhédonie et était incapable de comprendre et de réaliser des tâches professionnelles simples. La reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, étaient à réévaluer après la stabilisation orthopédique.

16. Du 16 mai au 30 juin 2011, l'assurée a bénéficié à nouveau d'un traitement physique et balnéologique semi-stationnaire à la Clinique de réadaptation de Loèche-les-Bains. À la suite des thérapies mises en place, elle pouvait marcher sans cannes sur un temps limité, mais des douleurs et un gonflement de la jambe droite apparaissaient ensuite (cf. rapport du 28 juillet 2011).

17. Du 21 septembre au 27 octobre 2011, l'assurée a séjourné à la Clinique genevois de Montana, laquelle a posé le diagnostic principal d'un trouble bipolaire, épisode actuel mixte (F 31.6). Les comorbidités comprenaient un trouble mixte de la personnalité (F 43.22), un état de stress post-traumatique (PTSD) (F43.0) et une dépendance aux opiacés (F 13.24). L'assurée présentait notamment une dispersion, une fuite des idées et une tendance à s'enflammer émotionnellement. Elle était en état mixte, avec une composante hypomaniaque marquée et une composante dépressive. Elle avait également participé à un programme de mobilisation ainsi qu'à l'hydrothérapie à but de détente. Cliniquement, elle avait une bonne mobilité de la cheville droite, mais elle préférait se déplacer encore avec une ou deux cannes pour des raisons de sécurité (cf. rapport du 21 novembre 2011).

18. Du 11 au 27 avril 2012, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation, laquelle a posé, à titre de diagnostic principal, des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la jambe droite persistantes (sic). Le séjour de l'assurée avait été perturbé par d'importants troubles psychologiques, avec états d'agitations nocturnes, hyper-somnolence diurne rendant les investigations et la prise en charge rééducative impossibles. Elle avait alors été vue par un psychiatre, qui a retenu un trouble mixte de la personnalité, à traits histrioniques prédominants (F 61.0) et un état de stress post-traumatique (F 43.1), de sorte que la réadaptation avait été interrompue prématurément (cf. rapport du 29 mai 2012).

19. Mandaté par la SUVA pour une expertise psychiatrique, dans son rapport du 5 juillet 2012, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et médecin conseil, a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité (très émotionnellement labile de type Borderline et histrionique) (F 61.0) et d'un état de stress post-traumatique (F 43.1). Le médecin a notamment relevé que le trouble de la personnalité était responsable d'une absence d'intégration correcte du vécu de l'accident, de même que des fréquentes décompensations sur le plan de l'humeur. Cette atteinte, présente depuis l'enfance-adolescence, n'avait pas de lien de causalité avec l'accident survenu en 2008. L'état de stress post-traumatique se justifiait vu les symptômes présentés (cauchemars, peur, évitements de stimuli associés aux traumatismes, hyperréactivité neurovégétative). Un suivi spécialisé de longue durée, probablement à vie, était indiqué.

20. Dans son rapport du 11 février 2013, le Dr G_____ a relevé une guérison progressive de l'état de stress post-traumatique, avec développement d'épisodes hypomanes et dépressifs depuis janvier 2012. L'assurée présentait un

ralentissement psychomoteur durant la phase dépressive et une agitation psychomotrice pendant la phase hypomane. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

21. Dans son rapport du 22 avril 2013, le Dr D_____ a noté que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée en position assise. Toutefois, une telle activité était probablement impossible eu égard à son état psychique.

22. Dans un rapport du 2 avril 2014, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que le Dr D_____ avait effectué le 4 juillet 2013 une décortication, une greffe et une ostéosynthèse du péroné droit. L'assurée souffrait d'une arthrose tibio-tarsienne évoluée sur le plan clinique et radiologique. Elle présentait également un retentissement fonctionnel important à la marche lié à l'ensemble des interventions réalisées. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 35%.

23. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait développé un état de stress post-traumatique, sur la base d'un état de fragilité préexistant (la présence d'un trouble mixte de la personnalité). L'évolution de l'état de stress post-traumatique avait été globalement peu satisfaisante, avec la persistance de la symptomatique. L'assurée présentait un retentissement fonctionnel avec une diminution des capacités adaptatives, une composante d'anxiété ainsi que la majoration de certains troubles comportementaux. Cette atteinte, qui existait depuis six ans, resterait probablement chronique. L'atteinte à l'intégrité mentale était évaluée à 20% (cf. rapport du Dr H_____ du 23 juillet 2014).

24. Compte tenu de l'addition de l'atteinte à l'intégrité physique et mentale, le médecin d'arrondissement de la SUVA a retenu un taux global de 45% (cf. rapport de la SUVA du 15 août 2014).

25. Dès le 1^{er} novembre 2014, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité LAA, fondée sur une diminution de la capacité de gain de 100%, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de CHF 56'700.- (décision de la SUVA du 14 novembre 2014).

26. Dans son avis du 7 août 2013, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a notamment résumé les conclusions des rapports de la Clinique romande de réadaptation du 29 mai 2012, du Dr D_____ du 22 avril 2013 et du Dr G_____ du 11 février 2013, et noté qu'il convenait de revoir le cas dans un an.

27. Dans une note du 29 août 2013, l'OAI a mentionné que selon l'extrait de son CI, l'assurée avait cotisé de juillet à septembre 2005, mais durant cette période, elle ne séjournait pas officiellement en Suisse. En 2007, elle avait cotisé sept mois et vingt jours du 11 mai au 31 décembre 2007, ce qui était inférieur à douze mois de cotisations. N'ayant pas d'enfant, elle n'avait pas droit à une bonification éducative. Si son époux avait pu cotiser plus du double de la cotisation minimale, il serait alors possible de valider, en faveur de l'assurée, douze mois de cotisations en 2008 et sept mois et quinze jours en 2009 (du 1^{er} janvier 2009 au 15 août 2008 [recte : 2009]). Dans les meilleurs des cas, trente mois de cotisations pouvaient être validés en Suisse. Il convenait de commander le CI de l'époux et de lancer en parallèle les bilatérales afin de vérifier les cotisations dans l'Espace Économique Européen.

28. L'extrait CI de l'époux du 6 septembre 2013, établi par la CCGC, mentionne que celui-ci a cotisé en 2007 pour un revenu de CHF 55'800.-, de même qu'en 2008 pour un revenu de CHF 46'222.-, tandis qu'en 2009, il a cotisé de janvier à juillet pour un revenu de CHF 31'693.- (étant précisé que, durant ces périodes, son entreprise était en liquidation).

29. Le 11 octobre 2013, l'OAI a transmis à la Caisse suisse de compensation (CSC), comme objet de sa compétence et pour transmission ultérieure à l'institution d'assurance étrangère, une copie de la demande de prestations de l'assurée et le formulaire E 207 CH « Renseignements concernant la

carrière de l'assuré », et invité la CSC à lui faire parvenir la copie du formulaire E 205 RO concernant la carrière d'assurance de l'assurée. 30. Le 1^{er} juin 2016, après plusieurs relances, la Casa Nationala Pensii Si Alte Drepturi de Asigurari Sociale de la Roumanie a communiqué à la CSC le formulaire E 205 RO, ne faisant état d'aucune cotisation dans ce pays (cf. courrier de la CSC du 7 juin 2016 à l'OAI). 31. Dans un projet de décision du 28 juin 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Quand bien même l'assurée avait des problèmes de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 16 août 2008, incapacité qui perdurait à l'échéance du délai d'attente, au 16 août 2009, les conditions d'octroi d'une rente au sens de l'assurance-invalidité n'étaient pas réunies. 32. Par courrier du 12 juillet 2016, l'assurée s'est opposée audit projet. Elle a invité l'OAI à lui expliquer les raisons pour lesquelles elle ne remplissait pas les conditions d'octroi d'une rente. 33. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. 34. Par acte du 23 septembre 2016, l'assurée a formé recours contre cette décision. Elle a joint les documents suivants, pour démontrer que lors de la survenance de son invalidité, elle avait cotisé au moins une année : - le certificat de travail du 31 août 2005, établi par E_____ SA, lequel a noté que l'assurée avait travaillé au sein de cette entreprise à temps partiel du 29 juin au 31 août 2005 ; - le formulaire individuel de demande pour ressortissant UE/AELE du 18 mai 2007, signé par l'employeur B_____ SA, lequel spécifiait que l'assurée était au bénéfice d'un contrat de travail dès le 1^{er} avril 2007 pour une durée indéterminée ; - le formulaire individuel de demande pour ressortissant UE/AELE du 16 juillet 2007, signé par l'employeur F_____ Sàrl, lequel mentionnait que l'assurée bénéficiait d'un contrat de travail dès le 30 juillet 2007 pour une durée indéterminée ; - le questionnaire d'entrée du 16 juillet 2007, signé par l'entreprise C_____ SA, à l'attention de la Caisse de compensation du Bois, indiquant que l'assurée avait été engagée à temps partiel dès le 3 août 2007 ; - le certificat de salaire du 31 janvier 2008, établi par E_____ SA, relatif à l'année 2007, faisant état d'un salaire de CHF 1'890.- et des cotisations AVS/AI/APG/AC/AANP de CHF 156.- ; - le certificat de salaire du 7 janvier 2009, établi par C_____ SA, relatif à l'année 2008, lequel reporte un salaire de CHF 8'148.40 et des cotisations AVS/AI/APG/AC/AANP de CHF 777.45.-. 35. Dans sa réponse du 13 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Lors de la survenance de l'invalidité, le 16 août 2009, la recourante n'avait pas cotisé pendant trois ans, de sorte qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance. Elle était arrivée en Suisse le 12 mai 2007, et selon le courrier de la CSC du 7 juin 2016, elle n'avait pas cotisé dans son pays d'origine. De plus, selon le rapport psychiatrique du 4 juillet 2012, le Dr H_____ semblait retenir que l'atteinte à la santé psychique dont souffrait la recourante, cause principale de son incapacité de travail, était présente depuis l'enfance-adolescence. Enfin, les éléments produits ne modifiaient pas son appréciation. 36. Invitée le 14 octobre 2016 à répliquer, la recourante ne s'est pas manifestée dans le délai fixé par la chambre de céans au 3 novembre 2016. 37. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du

19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 23 septembre 2016 contre la décision litigieuse du 7 septembre 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Son recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le point de savoir si elle remplit les conditions d'assurance. 3. a. 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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). b. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit, au titre des conditions générales du droit aux prestations de l'AI, que les étrangers y ont droit, sous réserve de l'art. 9 al. 3 (concernant les mesures de réadaptation), aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1997 au 31 décembre 2007, a droit à une rente ordinaire l'assuré – suisse et étranger – qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte une année entière au moins de cotisations. Selon l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI du 6 octobre 2006, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Aux termes de l'art. 36 al. 4 LAI, les cotisations payées à l'assurance-vieillesse et survivants avant l'entrée en vigueur de la loi seront prises en compte. À partir de l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI en effet, seuls les assurés qui comptent trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité ont droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Par conséquent, la durée minimale de cotisations de trois années vaut pour toutes les nouvelles rentes d'invalidité pour lesquelles la réalisation du cas d'assurance (survenance de l'invalidité) est intervenue à compter de l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de l'AI. Ce n'est à cet égard pas la date du prononcé de l'office AI ou de la décision qui est déterminante (cf. ATAS/618/2014 du 20 mai 2014 consid. 5). d. 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). La survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.) (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CHIAI], ch. 1028). 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 (CIIAI, ch. 1029 et l'arrêt cité). S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance se pose au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins. Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18^{ème} anniversaire (CIIAI, ch. 1030 et les références). L'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière durant le délai d'attente (art. 18, al. 1 et 2, RAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation. La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente (CIIAI, ch. 1031).

L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par ex. lors d'une demande tardive (CIIAI, ch. 1034). e. En l'espèce, selon la décision litigieuse, la recourante présente, depuis le 16 août 2008, date de son accident, une incapacité de travail totale dans toute activité, laquelle perdure à l'échéance du délai d'attente, le 16 août 2009. Déposée le 12 novembre 2008, la demande de prestations de la recourante n'est pas tardive. Ainsi, l'invalidité est survenue le 16 août 2009, soit après l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision de la LAI le 1^{er} janvier 2008, de sorte qu'il y a lieu de retenir la durée minimale de cotisations de trois années. 4.

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. L'art. 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) dispose que les art. 50 à 53 bis du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 31 octobre 1947 (RAVS – RS 831.101) sont applicables par analogie aux rentes ordinaires de l'assurance-invalidité.

5. Il convient au préalable de déterminer si la recourante était assurée conformément à la LAVS. a. 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). Les ressortissants étrangers qui sont titulaires d'une autorisation B (autorisation de séjour) ou C (autorisation d'établissement) sont présumés être domiciliés en Suisse (Directives sur l'assujettissement aux assurances AVS et AI [DAA], ch. 1022). b. Selon l'art. 2 LAI, sont soumis à l'obligation de payer des cotisations les assurés et les employeurs désignés aux art. 3 et 12 LAVS. Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAVS, les assurés sont tenus de payer des cotisations tant qu'ils exercent une activité lucrative. c. En l'espèce, il ressort de l'extrait Calvin de l'OCPM que la recourante bénéficiait d'un permis B du 3 mars 2005 au 30 juin 2006, du 8 novembre 2006 au 28 février 2007, du 13 novembre 2007 au 11 mai 2012, puis possède depuis le 21 août 2014 un permis C. Elle a, par ailleurs, exercé des activités lucratives au sein de diverses entreprises en 2005, 2007 et 2008. Ainsi, la recourante était assurée à la LAVS, y compris (contrairement à ce que prétend l'intimé dans sa note du 29 août 2013) lorsqu'elle avait travaillé de juillet à septembre 2005, et a dû payer des cotisations durant ces périodes.

6. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante n'avait pas cotisé pendant trois ans lors de la survenance de l'invalidité.

7. a. 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 RAI (ATF 125 V 255) –, une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a 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 selon l'art. 3 al. 3 LAVS au moins le double de la cotisation minimale (art. 29 ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29 ter al. 2 let. c

LAVS).
b. Est en effet considérée comme durée de cotisations la période durant laquelle une personne était soumise à l'obligation de cotiser et pour laquelle des revenus ou des bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance peuvent lui être attribuées (Directive de l'office fédéral des assurances sociales [OFAS] concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale [DR], ch. 5005).
c. La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449). Lors de la naissance du droit à la rente, les cotisations dues par la personne assurée doivent être payées; à tout le moins l'assuré doit pouvoir encore s'en acquitter (DR, ch. 5009).
d. Les périodes d'assurance étrangères ne seront prises en compte que dans la mesure où une convention de sécurité sociale le prévoit expressément (DR, ch. 5043).
8. Pour l'examen de la durée minimale de cotisations dans l'AI, la manière de procéder dans le cas particulier est la suivante:
a. il faut d'abord vérifier si la durée minimale de cotisations de trois années est remplie au moyen des périodes d'assurance suisses. La durée de trois années entières est remplie si une personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois ;
b. ensuite, si la durée minimale de cotisations de trois années n'est pas remplie par le truchement de périodes d'assurance suisses, il importe, pour les citoyens suisses ou les ressortissants d'un État de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), de tenir compte des périodes de cotisations accomplies au sein d'un État de l'UE ou de l'AELE (voir art. 6 du Règlement [CE] n. 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, modifié par le Règlement [CE] n. 988/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009, adapté selon l'annexe II à l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Communauté européenne et ses États membres, d'une part, et la Suisse, d'autre part, entré en vigueur pour la Suisse le 1^{er} avril 2012) ;
c. enfin, si la durée minimale de cotisations de trois années est remplie grâce à la prise en compte de périodes d'assurance accomplies dans un État de l'UE ou de l'AELE, mais que la durée de cotisations en Suisse est inférieure à une année, aucune rente ordinaire de l'AI ne peut être versée (Circulaire de l'OFAS sur la procédure pour la fixation des prestations dans l'AVS/AI [CIBIL], ch. 3001.3 ; DR, ch. 3004.3).
9.
a. Dans la mesure où une personne était assurée durant une période déterminée et était soumise à l'obligation de payer des cotisations, on retiendra l'année entière si le CI de l'assuré fait ressortir, pour l'année considérée, des inscriptions qui atteignent, au moins, les montants des revenus figurant dans l'appendice I des DR. En pareil cas, l'année entière compte comme durée de cotisations, quand bien même la durée effective inscrite dans le CI s'étend sur une période inférieure à une année entière (DR, ch. 5011). En revanche, si, pour l'année considérée, les revenus inscrits dans le CI de la personne assurée n'atteignent pas les cotisations minimales figurant dans l'appendice I des DR, on prendra en compte un certain nombre de mois de cotisations qui dépendra des cotisations versées (DR, ch. 5012).
b. Le tableau 2.1.1, publié à l'appendice I des DR relatif à la cotisation minimale simple pour un salarié, indique les données suivantes :
c. En l'espèce, le CI de la recourante du 11 décembre 2008 reporte en 2005 un revenu total de CHF 4'448.- (CHF 398.- [avril] et CHF 4'050.- [juillet à septembre]), soit un montant supérieur à CHF 3'862.-, figurant dans le tableau susmentionné. Ainsi, l'intimé aurait dû retenir l'année entière, même si la durée effective inscrite dans le CI s'étend sur une période inférieure à une année entière (soit quatre mois). En 2007, le CI fait état d'un revenu de CHF 27'360.- (avril à

décembre), de CHF 5'724.- (août à décembre), de CHF 2'526.- (août à novembre) et de CHF 1'889.- (août à décembre) en contrepartie du travail effectué par la recourante à temps partiel auprès de différents employeurs. Ainsi, pour l'année 2007, le revenu inscrit dans le CI de la recourante est largement supérieur à celui figurant dans le tableau susvisé, soit CHF 4'038.-. Il s'ensuit que l'intimé ne pouvait pas valider uniquement sept mois et vingt jours de cotisations ; ce cas de figure n'entre en ligne de compte que si les revenus inscrits dans le CI n'atteignent pas les cotisations minimales figurant dans l'appendice I des DR. d. Au vu de ce qui précède, vingt-quatre mois de cotisations devaient être pris en compte en faveur de la recourante au titre de la cotisation minimale simple, ce qui est inférieur aux trois années requises. Il convient dès lors de vérifier si son conjoint, indépendant, a versé au moins le double de la cotisation minimale, en 2008 et 2009, années durant lesquelles aucune cotisation n'a été inscrite sur le CI de la recourante. 10. a. Pour rappel, les périodes durant le mariage, pour lesquelles les cotisations sont réputées avoir été payées conformément à l'art. 3 al. 3 LAVS sont prises en compte en tant que périodes de cotisations. Il faut, pour qu'une période déterminée puisse être prise en compte comme année de cotisations entière, que le conjoint qui exerce une activité lucrative ait versé des cotisations équivalant au moins au double de la cotisation minimale. À cet égard, il y a lieu de compter l'année entière en tant que durée de cotisations si le CI du conjoint exerçant une activité lucrative fait ressortir, pour l'année considérée, des inscriptions qui atteignent, au moins, les montants des revenus figurant dans l'appendice I des DR (DR, ch. 5029).! [endif]>![if> b. Selon le chiffre 2.3 de l'appendice I des DR (« Personnes de condition indépendante et salariés pour lesquels l'employeur n'est pas tenu de payer des cotisations »), si les revenus inscrits au CI atteignent au moins les montants mentionnés dans les tableaux, alors la durée minimale annuelle de l'obligation de payer des cotisations est réalisée. c. Le tableau 2.3.2 relatif à la cotisation minimale double indique les données suivantes : Années Revenus selon CI de Fr. ... et plus 2007–2008 15'588 2009–2010 16'138 d. En l'espèce, le CI de l'époux du 6 septembre 2013 mentionne un revenu de CHF 46'222.- en 2008 et de CHF 31'693.- en 2009 (janvier à juillet), de sorte que ces revenus dépassent largement les montants figurant dans le tableau ci-dessus. Aussi convient-il de retenir en faveur de la recourante vingt-quatre mois de cotisations pour les années 2008 et 2009. 11. Au vu de ce qui précède, lors de la survenance de l'invalidité, le 16 août 2009, quarante-huit mois de cotisations pouvaient être validés en faveur de la recourante, soit une période supérieure aux trois années requises. ! [endif]>![if> 12. a. Selon le chiffre 2016 de la Circulaire de l'OFAS sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), l'office AI vérifie si l'assuré remplit les conditions générales donnant droit à des prestations de l'AI (art. 57 al. 1 let. c LAI; art. 69 al. 1 RAI). Pour cet examen, l'office AI collabore au besoin avec la caisse de compensation compétente (art. 60 al. 1 let. a LAI). ! [endif]>![if> b. Les vérifications portent sur la nationalité, le statut de séjour, la qualité d'assuré, le domicile et le séjour ainsi que leur durée et la durée des cotisations. Dans les situations impliquant plusieurs Etats, il y a lieu d'observer la CIBIL, les DAA et les DR (CPAI, ch. 2018). c. Si, d'après l'extrait du CI de l'assuré, l'office AI n'est pas certain que la durée de cotisation soit égale ou supérieure à trois ans, il s'adresse à la caisse de compensation compétente afin que celle-ci vérifie que cette condition est réellement remplie (en tenant compte des périodes d'assurance dans un État de l'UE/AELE ou dans un autre État avec lequel la Suisse a conclu une convention). Le traitement du cas ne peut se poursuivre que si la caisse de compensation donne une réponse positive (CPAI, ch. 2018.1). d. En l'espèce, vu les divergences constatées entre l'intimée et la chambre de céans quant à la durée de cotisations de la recourante lors de la survenance de

l'invalidité le 16 août 2009, notamment compte tenu du fait que l'intimé n'a pas pris en compte l'appendice I des DR, il y a lieu de renvoyer le dossier à ce dernier afin qu'il demande à la caisse de compensation compétente, soit la CCGC (cf. CPAI, ch. 4017.1), si la durée minimale de cotisations de trois années est effectivement remplie in casu au moyen des périodes d'assurance suisses. e. À cet égard, pour anticiper l'hypothèse où la CCGC ne retiendrait pas vingt-quatre mois de cotisations en faveur de la recourante en vertu de l'art. 3 al. 3 et 29 ter al. 2 let b LAVS (cotisation minimale double), l'intimé devra également lui demander si la recourante peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance. En effet, ont droit aux bonifications pour tâches éducatives les assurés qui exercent l'autorité parentale (art. 133 al. 1 ch. 1, art. 134 et art. 296 – 298d CC) sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans (art. 29 sexies LAVS) (DR, ch. 5407). Il n'est pas indispensable que les parents exercent effectivement le droit de garde sur l'enfant (DR, ch. 5411). Le droit prend naissance dès l'année civile qui suit celle de la naissance du premier enfant (art. 52f al. 1 RAVS) (DR, ch. 5408). Le droit s'éteint au plus tard à la fin de l'année civile durant laquelle le plus jeune enfant a atteint l'âge de 16 ans révolus (art. 52f al. 1 RAVS) (DR, ch. 5409). Un cumul des bonifications pour tâches éducatives et des bonifications pour tâches d'assistance (art. 29 septies al. 2 LAVS) est exclu (DR, ch. 5410). Les enfants du conjoint sont assimilés aux enfants biologiques (DR, ch. 5415). En l'espèce, dans sa note du 29 août 2013, l'intimé a prématurément considéré que la recourante, qui n'avait pas d'enfant, n'avait pas droit à une bonification éducative. En effet, lors de son mariage avec la recourante, l'époux avait deux enfants, dont le cadet avait 12 ans à cette époque et 14 ans lors de la survenance de l'invalidité. Or, l'intimé n'a pas examiné si le père exerçait l'autorité parentale à la suite de son divorce. 13. a. Le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire se justifie dans la mesure où, si la chambre de céans instruisait le dossier, elle ne serait, au terme de l'instruction, pas en mesure de se prononcer sur l'éventuel droit à des mesures de réadaptation et/ou à une rente en faveur de la recourante. b. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 414 consid. 1a; 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). c. Selon le chiffre 2073.1 CPAI, une fois que l'office AI a recueilli l'ensemble des informations et documents pertinents, il doit pouvoir apprécier les aspects médicaux suivants, en vue de rendre une décision en matière de prestations: appréciation de l'état de santé ; description de l'évolution de l'état de santé au cours du temps, avec examen médical adéquat et compte tenu des manifestations subjectives ; résultats des examens ; diagnostic et avis motivé du médecin sur l'incapacité de travail de l'assuré. d. En l'espèce, dans son avis du 7 août 2013, le SMR a, après avoir résumé les conclusions de certains rapports médicaux, noté qu'il convenait de revoir le cas dans un an. Dans l'intervalle, l'intimé a rendu la décision querellée, rejetant la demande de prestations, au motif que les conditions d'assurance ne sont pas réunies. Force est ainsi de constater que le SMR ne s'est pas prononcé sur la situation médicale de la recourante et qu'une décision sur le fond n'a pas été rendue. Par conséquent, la chambre de céans n'est pas en mesure de juger sur les éventuelles prestations de l'assurance-invalidité. 14. Il s'ensuit que le recours est partiellement admis. La décision litigieuse est annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé

pour instruction complémentaire, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.![endif]>![if> 15. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1 er juillet 2006, 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.-.![endif]>![if> 16. La recourante, non représentée par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure (cf. ATAS/1075/2016 du 19 décembre 2016 ; ATAS/1039/2016 du 13 décembre 2016). ![endif]>![if> * * * * 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.