RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1702/2020 **ATAS/45/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 janvier 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Korin ATAT — recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1983, ressortissant marocain et au bénéfice d'un titre de séjour B (membre de la famille, regroupement familial avec activité). Il est marié depuis le 20 juillet 2015 à Madame B_____, ressortissante suisse, avec laquelle il a eu un enfant né le _____ 2014.

2. L'assuré a été engagé par C_____Sàrl pour l'entretien de bureaux à 5% par contrat du 31 août 2015.

3. Il a été engagé par D_____SA pour faire un remplacement auprès de la société E_____ Genève dès le 6 octobre 2015 jusqu'au retour du titulaire.

4. Il a été engagé par Monsieur F_____, du 9 novembre au 18 décembre 2015.

5. Le docteur G_____, spécialiste FMH en urologie opératoire, a indiqué, dans un rapport du 2 mai 2016, avoir été consulté par l'assuré en raison d'une incontinence urinaire. L'assuré avait présenté des troubles mictionnels sous forme de besoins impérieux et occasionnellement de fuites, depuis sa petite enfance. Il souffrait d'un trouble de remplissage vésical à l'origine d'urgences et d'une incontinence de type urgence.

6. Dans un rapport du 24 mai 2016, le Dr G_____ a posé le diagnostic d'hyperréfléxie détrusorienne et indiqué avoir procédé à une intervention sur l'assuré, le 20 mai 2016, pour la mise en place d'une électrode de neurostimulateur sacré à gauche.

7. Dans un rapport du 14 juin 2016, le Dr G_____ a posé le diagnostic d'instabilité vésicale et indiqué avoir procédé à l'implantation d'un neurostimulateur sacré S3 à droite définitif.

8. Selon un rapport établi le 25 août 2016 par le service de chirurgie cardiovasculaire des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), l'assuré avait été retrouvé, le 20 août 2016, avec deux plaies au niveau du cou et au niveau sous mandibulaire gauche suite à une agression. Il avait subi une intervention chirurgicale pour réparer deux plaies longitudinales au niveau de la veine jugulaire interne gauche et un pseudo anévrisme de l'artère carotide interne gauche au niveau de la bifurcation carotidienne.

9. Madame H_____, psychologue et psychothérapeute FSP, a attesté suivre l'assuré depuis le mois d'août 2016 suite à son agression. Il avait été dû être mis sous traitement médicamenteux en raison d'un trouble anxio-dépressif sévère et il souffrait encore à ce jour de nombreuses séquelles psychologiques.

10. Par jugement du 10 février 2017, le Tribunal de 1ère instance a autorisé l'assuré et son épouse à vivre séparés.

11. L'assuré a demandé, le 13 juillet 2018, des prestations de l'assurance-invalidité, précisant être entré en Suisse le 30 mai 2015 et avoir vécu jusqu'alors au Maroc. Il était en incapacité de travail depuis le 15 juin 2016 et au bénéfice de prestations de l'Hospice général.

12. Selon un rapport établi le 21 septembre 2018 par le docteur I_____, médecine générale, l'assuré souffrait de troubles anxieux dépressifs ainsi que de douleurs et d'une gêne suite à la chirurgie faciale traumatique. Il était totalement incapable de travailler.

13. Le 4 octobre 2019, l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM) a attesté que l'intéressé résidait sur territoire genevois depuis le 30 mai 2015, qu'il était actuellement au bénéfice d'une autorisation de séjour B échue le 19 juillet 2018 et qu'une demande de renouvellement de son autorisation de séjour était à l'examen.

14. Le Dr I_____ a indiqué, dans un rapport du 4 novembre 2019, que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire, sans évolution favorable. Depuis juin 2016, il n'y avait pas d'évolution sur le plan psychiatrique. Sa capacité de travail était de 0% dans toute activité.

15. Le docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a indiqué, le 6 novembre 2018, que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, d'un trouble de l'adaptation, d'une personnalité mixte anxieuse-dépendante, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation continue de dérivés du cannabis et à l'utilisation épisodique d'alcool. L'assuré était séparé depuis février 2017 et avait un enfant âgé de 4 ans. Il vivait seul dans une structure sociale et bénéficiait de l'aide de l'Hospice général depuis 2017. Il avait fait toute sa scolarité au Maroc jusqu'au niveau de quatrième cycle. Il avait eu une enfance difficile avec des abus sexuels et physiques. Après son arrivée en Suisse, il avait travaillé comme coursier pour une fiduciaire pendant plus d'un an, puis il avait subi une intervention chirurgicale au niveau de la vessie qui l'avait empêché de continuer à travailler. En 2016, il avait été victime d'une agression au visage qui avait nécessité une hospitalisation de trois semaines. En 1991, il avait été victime d'un accident de la voie publique qui avait entraîné un traumatisme crânien. Il était suivi en psychiatrie depuis 2016. Il avait commencé à consommer des dérivés du cannabis depuis l'âge de 15 ans et de l'alcool depuis l'âge de 16 ans. Sur le plan psychiatrique, sa capacité de travail était de 0% depuis deux ans. Les limitations fonctionnelles étaient dues à ses affections somatiques et psychiques. Il avait de la difficulté à suivre un rythme de travail normal et à gérer le stress. Sa capacité de travail dans un milieu adapté était de 0% actuellement. La consommation de toxiques avait entraîné une atteinte durable à sa santé psychique et mentale, ce qui avait eu un impact direct sur sa vie familiale, professionnelle et sociale, avec un isolement social et une perte de motivation. La consommation de toxiques ne résultait pas d'une atteinte psychique, mais était une conséquence d'une enfance

difficile. Elle jouait un rôle important dans le maintien et l'entretien de sa dépression et du tableau actuel dans l'ensemble.

16. Selon un extrait du compte individuel de l'assuré établi par la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après la caisse), celui-ci a cotisé d'octobre à décembre 2015 (F_____ et D_____ SA) et de janvier à décembre 2017 et 2018 (A_____).

17. Selon un extrait du compte individuel établi par la Fédération des entreprises romandes (ci-après la FER), il a cotisé de septembre à décembre 2015 et de janvier à décembre 2016 (C_____Sàrl).

18. Selon un extrait du compte individuel de son épouse, celle-ci a cotisé depuis 2003 de manière plus ou moins régulière et en particulier pendant douze mois en 2014 (CHF 30'362.-), douze mois en 2015 (CHF 34'722.-), dix mois en 2016, quatre mois en 2017 et douze mois en 2018 et 2019.

19. Dans un avis du 10 février 2020, le docteur K_____, médecin SMR, a considéré, en se fondant sur le rapport établi par le Dr J_____ le 6 novembre 2018, qu'il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis la fin de l'adolescence ou le début de l'âge adulte, en raison des empêchements secondaires à la prise d'alcool et de cannabis, lesquels existaient bien antérieurement à 2015.

20. Par projet de décision du 13 mars 2020, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif que les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité n'étaient pas réunies. En effet, seul avait droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptait trois années au moins de cotisations. Il ressortait de l'instruction médicale que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans toute activité professionnelle depuis au moins 2001, soit avant son arrivée en Suisse. Même si une telle incapacité lui ouvrait, en principe, le droit à une rente entière dès la fin du délai d'attente, soit dès le début de l'année 2002, une rente ne pouvait lui être octroyée, car au moment de la survenance de l'invalidité, soit le 1er janvier 2002, il ne comptait pas trois années au moins de cotisations. Une rente extraordinaire d'invalidité destinée aux personnes handicapées de naissance ou aux invalides précoces ne rentrait pas en ligne de compte dans sa situation.

21. Par décision du 8 mai 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision.

22. L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 16 juin 2020. Il a fait valoir que la décision de l'intimé n'expliquait pas en quoi il ne remplissait pas les conditions d'assurance s'agissant du droit à une rente d'invalidité ordinaire ou extraordinaire, dont les conditions d'octroi étaient différentes. L'intimé n'expliquait pas non plus pourquoi il retenait qu'il était totalement incapable de travailler dans toute activité professionnelle depuis au moins 2001. Sa décision ne lui permettait pas de se

prononcer sur une argumentation spécifique et de présenter ses moyens de preuve. Dès lors, l'intimé avait violé de manière manifeste son droit d'être entendu. Aucune Convention de sécurité sociale n'avait été conclue entre la Suisse et le Maroc, de sorte que l'art. 6 al. 1bis de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20) ne s'appliquait pas dans le cas d'espèce. Le recourant avait conservé son domicile en Suisse depuis son arrivée à Genève, le 30 mars 2015, et il comptait, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations. Il réalisait ainsi les conditions de l'art. 6 al. 2 LAI. Le droit à une rente d'invalidité prenait naissance six mois à compter de la date à laquelle il avait fait valoir son droit aux prestations. Sa demande étant datée du 8 août 2018, son droit à une rente d'invalidité avait pris naissance en février 2019.

Le recourant a notamment produit un courriel de la caisse du 11 août 2020 l'informant qu'il cotisait à la caisse depuis le 1er janvier 2017 en tant que personne sans activité lucrative et que, concernant les années 2015 et 2016, il était couvert par les cotisations de son épouse.

23. Par réponse du 15 juillet 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant était arrivé en Suisse le 30 mai 2015 et, selon la vraisemblance prépondérante, il présentait déjà avant cette date une incapacité totale de travail dans toute activité en raison de ses atteintes à la santé. Si, par hypothèse, on retenait un début d'incapacité de travail en août 2016 (date de l'agression), la survenance de l'invalidité devait être fixée à août 2017. À cette date, le recourant ne remplissait pas non plus les conditions pour l'ouverture du droit à la rente, en l'absence de trois années de cotisation.

24. Par réplique du 26 août 2020, le recourant a persisté dans les arguments développés dans son recours et a ajouté qu'il était en incapacité de travail à 100% depuis le 20 août 2016. Par conséquent, la survenance de l'invalidité devait être fixée à août 2017. Il y avait donc lieu de tenir compte des années 2015, 2016 et 2017 pour déterminer s'il remplissait les conditions d'assurance et la condition liée à trois années au moins de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Depuis son arrivée en Suisse, le 30 mai 2015, il avait travaillé dans trois entreprises différentes et cotisé auprès de deux caisses de compensation différentes, à savoir de septembre à décembre 2015 et de janvier à décembre 2016 et 2017. En outre, il était également couvert par les cotisations de son épouse, qui devaient également être prises en considération pour le calcul de la rente. Cela lui avait été confirmé par la caisse le 11 août 2020. Le recourant remplissait ainsi toutes les conditions d'assurance.

25. Par duplique du 16 septembre 2020, l'intimé a indiqué que le recourant avait eu la possibilité de consulter les pièces sur lesquelles il s'était fondé pour rendre la décision querellée, de sorte que le grief de violation du droit d'être entendu n'était pas fondé. Il avait rendu une décision qui prenait en compte l'ensemble des éléments figurant au dossier. L'on ne pouvait donc considérer que sa décision était insuffisante au point de violer le droit d'être entendu du recourant. Si la chambre de

céans devait considérer que tel était le cas, il conviendrait de constater que ce vice pouvait être réparé par la procédure en cours.

26. 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 la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

4. a. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant la motivation de la décision attaquée insuffisante.

   b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (consacré par l'art. 29 al. 2 Cst.) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016).

   c. En l'espèce, la motivation de l'arrêt attaqué est certes brève, mais elle permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé a estimé que l'assuré ne remplissait pas les conditions pour se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité. Ce premier grief doit en conséquence être écarté.

5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, « l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins ».

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré.

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

   Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations. Cette condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total et que, pendant cette période, elle a versé la cotisation minimale, était mariée avec un conjoint ayant versé au moins le double de la cotisation minimale ou avait droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance (art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS).

   Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature ou sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Le moment de la survenance de l'invalidité ne dépend ni de la date à laquelle la demande est présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation est requise et il ne coïncide pas nécessairement avec le moment où l'assuré apprend pour la première fois que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations. Pour déterminer si l'invalidité est survenue, on raisonne en fonction des prestations qui peuvent entrer en considération en tenant compte de l'âge de l'assuré, de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé. Pour le droit à une rente, l'invalidité est réputée survenue dès que ce degré est atteint, c'est-à-dire au moment où la personne

assurée 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 cette incapacité perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 LAI ; Michel VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), 2018, n. 36 et 39 ad. 4).

La survenance du cas d'assurance est déterminante pour la réalisation des conditions d'assurance. Les conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 5 consid. 2c, 114 V 13 consid. 2b et 111 V 110 consid. 3d).

La durée minimale de cotisation de trois ans a pour but d'éviter que des personnes s'annoncent par précaution après seulement un an de séjour en Suisse. Cette durée de cotisation ne prive pas de tout droit aux prestations les personnes dont la durée de cotisation est inférieure à trois ans. Ainsi, lorsque cette durée minimale de cotisation n'est pas réalisée, une rente extraordinaire peut, le cas échéant, entrer en considération (art. 39 LAI). Par ailleurs, les ressortissants Suisse, les ressortissants d'un État membre de l'UE ou de l'AELE, qui sont soumis aux règlements (CE) n. 883/2004, les réfugiés et les apatrides ainsi que les ressortissants d'États étrangers avec lesquels la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale qui prévoit l'octroi de rentes extraordinaires, peuvent avoir droit à une prestation complémentaire s'ils ne remplissent pas la condition de la durée minimale de cotisations de trois ans pour une rente de l'assurance invalidité, lorsque d'une part ils remplissent cumulativement les conditions générales d'octroi (domicile et résidence, nationalité, délai de carence, condition économique) et d'autre part, s'ils sont invalides à 40% au moins (art. 4 al. 1 let d LPC). En revanche, le droit à une prestation complémentaire n'est pas ouvert aux ressortissants autres que ceux qui viennent d'être mentionnés et qui n'ont pas droit à une rente de l'assurance invalidité faute de remplir la durée minimale de cotisations (voir art. 5 al. 4 LPC, qui ne renvoie pas à l'art. 4 al. 1 let. d LPC (Michel VALTERIO, op.cit., n. 1 ad. art. 36).

Par application des principes figurant aux art. 29 al. 1 LAVS et 50 RAVS, la condition de durée minimale de cotisations de trois années est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux ans et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période :

- elle a versé la cotisation minimale, ou ;
- en tant que personne sans activité lucrative, elle était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui avait versé au moins le double de la cotisation minimale (par cotisations équivalant au double de la cotisation minimale, il faut entendre un montant forfaitaire indépendant de la durée d'assujettissement de l'époux sans activité lucrative qui est réputée avoir

payé lui-même des cotisations (VSI III 2001 p. 175 consid. 4, p. 178, ou encore ;

- elle a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (Michel VALTERIO, op. cit. n. 2 ad art. 36).

Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires.

Selon l'art. 50 règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1*a* ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale ou qu'elle présente des périodes de cotisations au sens de l'art. 29ter al. 2 let. b et c LAVS.

Selon le ch. 4204 des Directives concernant les rentes (DR), la continuité de la durée minimale de cotisations ne constitue pas une nécessité. Les diverses périodes de cotisations sont additionnées. On détermine au mois près chaque période de cotisations; les fractions de mois civils sont comptées comme mois entiers (RCC 1982, p. 359).

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 (ch. 5009 DR).

Selon le ch. 5027 DR, 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. Ces règles valent également pendant l'année civile de la conclusion et de la dissolution du mariage suite à un divorce ou à un veuvage (cf. VSI 1/2002 p. 27s.; ch. 2071ss DIN).

Selon le ch. 5029 DR, 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. Il n'est par contre pas nécessaire que le conjoint exerçant une activité lucrative ait été assuré durant l'année entière. À cet égard, il y a lieu de compter l'année entière en tant que durée de cotisations si le compte individuel 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 présentes Directives.

Pour déterminer la durée de cotisations du conjoint non actif d'une personne de condition indépendante, il faut appliquer le ch. 2.1.2 par analogie, soit CHF 16'688.- de 2013 à 2019 (ch. 2.3.2 appendice 1 DR).

Selon le ch. 5030 DR, si seul un des conjoints exerce une activité lucrative et que le double de la cotisation minimale au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS n'a pas été versé par

le conjoint exerçant une activité lucrative ou ne l'a été que partiellement, le conjoint n'exerçant pas d'activité lucrative est alors en principe tenu de cotiser. Le même principe s'applique également lorsque les deux conjoints n'exercent pas d'activité lucrative.

Selon le ch. 1303 DR, les instructions contenues dans la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) sont applicables lors de l'exercice du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Selon le ch. 2022 CPAI, l'assuré n'a droit à une rente d'invalidité ordinaire que s'il a cotisé au moins trois ans avant la survenance du cas d'assurance (art. 3 al. 1 LAI). Si la durée de cotisation en Suisse est égale à un an ou plus, mais que la durée totale de cotisation n'atteint pas trois ans, on ajoute le cas échéant les périodes de cotisations dans un État de l'UE ou de l'AELE. Si la durée de cotisation en Suisse est inférieure à un an, il n'y a en principe aucun droit à une rente de l'assurance-invalidité suisse.

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

8. Selon l'art. 6 al. 1bis LAI, lorsqu'une convention de sécurité sociale conclue par la Suisse prévoit que les prestations ne sont à la charge que de l'un des États contractants, il n'y a pas de droit à la rente d'invalidité si la législation de l'autre État accorde un tel droit du fait de la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays par les ressortissants suisses ou ceux de l'État contractant.

   La Suisse n'est pas liée par une convention de sécurité sociale avec le Maroc en lien avec l'assurance-invalidité (cf. RS 0.831.2 - Assurance-invalidité).

9. En l'espèce, la question de savoir si l'incapacité de travail durable du recourant est antérieure à son arrivée en Suisse ou si elle peut être imputée aux suites de son agression du 20 août 2016 peut rester ouverte, dès lors que même dans ce dernier cas, plus favorable au recourant, les conditions du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 36 al. 1 LAI, n'étaient pas remplies au moment de la survenance de l'invalidité. La date de la demande de prestations n'est pas déterminante pour fixer la survenance de l'invalidité. Celle-ci doit être fixée au moment où l'assuré a été en incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans

interruption notable et si, une fois le délai d'attente écoulé, cette incapacité perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b LAI et 29 LAI). En l'occurrence, l'invalidité serait survenue, dans l'hypothèse considérée, en août 2017. À cette date, l'assuré devait avoir cotisé pendant au moins deux ans et onze mois, soit depuis le septembre 2014, pour que son droit à une rente soit ouvert, selon l'art. 36 al. 1 LAI. L'assuré n'a commencé à cotiser qu'en septembre 2015, à teneur des extraits de compte individuel figurant à la procédure. Il est réputé avoir cotisé pour toute l'année 2015, dès lors qu'il s'est marié le 20 juillet 2015 et que les cotisations payées par son épouse durant l'année 2015 dépassent le montant minimum de CHF 16'688.-, puisqu'elles ont été de CHF 34'722.- (ch. 5027 DR). Il manque cependant encore quatre mois de cotisations en 2014, soit de septembre à décembre, pour remplir la condition des trois ans de cotisations prévue par l'art. 36 al. 1 LAI. Le recourant ne remplit ainsi pas les conditions du droit ordinaire à une rente d'invalidité.

Il ne remplit pas non plus les conditions du droit extraordinaire à une telle rente, la Suisse n'étant pas liée par une convention de sécurité sociale avec le Maroc, de sorte que l'art. 6 al. 1bis LAI ne trouve pas application dans le cas d'espèce.

10. Le recours est ainsi infondé et doit être rejeté.

11. Le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique, il n'y a pas lieu de mettre un émolument à sa charge.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
4. 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

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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