RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/450/2021 **ATAS/809/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 août 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à DARDAGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1976 dans le canton de Genève, ressortissante belge, naturalisée suisse le 13 décembre 2016, célibataire, mère d'une fille née le _____ 2009, a vécu à Paris du 1er août 2008 au 1er septembre 2011, date de son retour en Suisse, selon la banque de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations.

b. Le 13 septembre 2019, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une incapacité de travail de 90 % depuis le 1er juillet 2009 en raison d'un trouble bipolaire, mais précisant travailler à 10 % à titre indépendant en tant qu'enseignante de dessin depuis le 1er août 2016. Elle a joint son certificat de maturité artistique délivré par le Collège Voltaire le 21 juin 1996, ainsi que l'attestation du 16 novembre 2016 de l'École des arts décoratifs de Strasbourg certifiant qu'elle a obtenu son diplôme à la session de juin 2002.

c. Se fondant sur les rapports médicaux au dossier, dans un avis du 4 août 2020, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a retenu un trouble affectif bipolaire de type 1 (F31). Le début de l'incapacité de travail durable remontait à 2009 lorsque l'intéressée avait souffert d'une première décompensation psychotique après la naissance de sa fille, suivie de plusieurs décompensations sévères ayant nécessité des hospitalisations annuelles ou biannuelles, se succédant par l'installation rapide d'épisodes dépressifs dont certains, sévères, avaient requis une longue réhabilitation. Les limitations fonctionnelles étaient une instabilité thymique, une très grande vulnérabilité au stress et l'impossibilité d'assurer les activités basiques du quotidien lors des décompensations. Au vu de la gravité de l'atteinte, le SMR a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité.

d. À la demande de l'OAI, l'intéressée lui a transmis le formulaire intitulé « Demande de rente d'invalidité auprès d'un État de l'UE/AELE » en indiquant n'avoir jamais eu de périodes d'assurance dans un pays de l'UE ; la copie des bilans et pertes et profits 2017 à 2019 ; ainsi que les avis de taxation pour cette même période.

B. a. Dans un projet de décision du 9 novembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'intéressée qu'il envisageait de rejeter sa demande, considérant que, bien qu'elle eût droit à une rente ordinaire entière d'invalidité dès 2010, elle ne remplissait pas les conditions d'assurance faute d'avoir cotisé trois années au moins lors de la survenance de l'invalidité. Pour ce faire, l'OAI se référait à l'extrait du compte individuel de l'intéressée, dont il ressortait que cette dernière avait cotisé entre 2012 et 2016.

b. Par pli du 14 décembre 2020, l'intéressée a contesté ce projet de décision, faisant valoir qu'entre 2006 et 2009, elle avait été scolarisée « hors territoire », raison pour laquelle elle n'avait pas cotisé en Suisse, puis elle avait poursuivi son parcours professionnel à l'étranger durant quelques années. Elle sollicitait un arrangement de

paiement pour le rétroactif des cotisations, car son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle.

c. Par décision du 13 janvier 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision, arguant que le rattrapage de cotisations était possible uniquement dans un délai de cinq ans, si bien qu'une affiliation rétroactive avant 2016 était impossible.

C. a. Par acte du 9 février 2021 complété le 25 mars suivant, l'intéressée, par l'intermédiaire d'un conseil, interjette un recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, à l'annulation de la décision entreprise, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité « ordinaire ou partielle » dès le 13 septembre 2019.

Elle produit ses fiches de salaire pour l'année 2015 et 2016 établies par la Boutique B_____, sise dans le canton de Fribourg ; ainsi qu'un bilan de son activité indépendante pour 2016.

b. L'intimé répond au recours le 27 avril 2021, en concluant à son rejet.

c. La recourante persiste dans ses conclusions par réplique du 31 mai 2021, précisant n'avoir aucune remarque supplémentaire à formuler.

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

   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). Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la réalisation de la condition de la durée minimale de cotisations.

6. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er 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 1er janvier 2008, date d'entrée en vigueur de la 5ème 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.

   À partir de l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI, 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 5ème 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).

   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).

   En vertu de l'art. 13 al. 1 LPGA, le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210). Le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC), ce qui suppose qu'elle fasse du lieu en question le centre de ses intérêts personnels et professionnels (ATF 133 V 309 consid. 3.1 et les références).

   Aux termes de l'art. 26 CC, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2012, le séjour dans une localité en vue d'y fréquenter les écoles, ou le fait d'être placé dans un établissement d'éducation, un hospice, un hôpital, une maison de détention, ne constituent pas le domicile. L'art. 26 CC pose la présomption réfragable que le séjour dans une localité en vue d'y faire des études ou dans l'un des établissements mentionnés par cette disposition n'entraîne pas le transfert à cet endroit du centre

des intérêts (arrêt du Tribunal fédéral 9C_946/2008 du 11 février 2009 consid. 4.1 et les références).

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

Aux termes de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), 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 (assurance facultative) pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS 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).

c. 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.

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8. a. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, 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 et la référence).

   b. S'agissant du droit à une rente, depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2008 de la 5ème révision de l'AI, le cas d'assurance est réputé survenu au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18ème anniversaire (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établi par l'Office fédéral des assurances sociales, dans son état au 1er janvier 2021 [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 (CIIAI, ch. 1031). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par ex. lors d'une demande tardive (CIIAI, ch. 1034).

   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.

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

   Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise

médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

10. 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).

11. a. En l'espèce, l'intimé nie le droit de la recourante à une rente ordinaire entière d'invalidité, au motif que celle-ci ne pouvait se prévaloir d'une durée minimale de cotisations lors de la survenance de son invalidité en 2010.

    Sur le plan médical, la décision de l'intimé se fonde sur l'avis du 4 août 2020 du SMR. Le fait que ce dernier n'ait pas examiné personnellement la recourante n'est pas de nature à discréditer son avis, puisqu'il a été établi sur la base des appréciations médicales figurant au dossier, qui, elles, se fondent sur un examen personnel de la recourante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.81/06 du 2 juin 2006 consid. 4.1).

    Il ressort de ces documents que la recourante, qui rapportait ses premiers antécédents psychiatriques en 2007 (rapport des Hôpitaux universitaires de Genève [HUG] du 9 août 2012), a souffert d'une première décompensation psychique ayant nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique en octobre 2009, suivie d'un état dépressif sévère, et en particulier des idées délirantes de persécution persistantes malgré le traitement médicamenteux (rapport des HUG des 9 août 2012 et 8 novembre 2019). Elle a ensuite été hospitalisée en 2010 (elle présentait le même tableau clinique qu'en 2009), en 2012 (pour une décompensation maniaque) et en 2015 (pour une symptomatologie dépressive et tentamen). Son trouble dépressif sévère persistait avec des symptômes psychotiques de culpabilité délirante, ainsi que des idées délirantes de persécution. Elle est depuis l'été 2016 suivie à l'unité des troubles de l'humeur aux HUG. Ses limitations fonctionnelles sont l'instabilité thymique et une très grande vulnérabilité au stress. Lorsqu'elle est

en phase dépressive ou maniaque, la recourante ne peut pas effectuer ses activités de la vie quotidienne (repli socio-affectif, désinhibition comportementale, ralentissement psychomoteur, tachypsychie). Son incapacité de travail est totale dans toute activité (rapport des HUG des 8 novembre 2019 et 28 avril 2020).

Compte tenu de ces éléments, il y a lieu d'admettre, avec le SMR, que la recourante souffre d'une grave atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie et que l'incapacité de travail durable totale dans toute activité remonte à octobre 2009, date de la première décompensation psychotique qui s'est succédée par l'installation rapide d'épisodes dépressifs sévères, dont les symptômes s'amendent progressivement depuis mai 2019 (rapport des HUG des 8 novembre 2019 et 28 avril 2020).

Au stade de son recours, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2009, alléguant avoir exercé une activité salariée à un taux de 40 % au minimum en février et mars 2016, en sus de son travail d'indépendante à temps partiel, si bien que sa capacité de travail serait presque entière en début d'année 2016, mais de 20 % environ à l'heure actuelle.

Les allégations de la recourante ne reposent sur aucun rapport médical. Or, l'administration ou le juge, en cas de recours, s'appuie sur des rapports médicaux probants pour pouvoir établir le droit à des prestations, et non pas sur l'appréciation subjective de l'assurée sur son état de santé et son incapacité de travail (voir consid. 9 ci-dessus). L'avis du SMR étant fiable, il est superflu de mettre en œuvre une mesure d'instruction complémentaire (ATF 122 II 464 consid. 4a).

Aussi convient-il de retenir que l'invalidité de la recourante (perte de gain totale) est survenue en octobre 2010, à l'échéance du délai d'attente d'un an (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Quoi qu'il en soit, l'évolution, cas échéant, de la capacité de travail de la recourante depuis 2016 n'est pas pertinente, dès lors que c'est le moment de la survenance de l'invalidité qui est décisif pour la réalisation des conditions d'assurance.

b. À cet égard, l'invalidité de la recourante étant survenue en octobre 2010, après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de la LAI le 1er janvier 2008, la durée minimale de cotisations est de trois années, comme retenu par l'intimé.

Or, la recourante, qui a quitté le canton de Genève en septembre 1997, alors âgée de 20 ans, pour étudier à Strasbourg (France) jusqu'à juin 2002 (attestation du 16 novembre 2016, demande de prestations du 13 septembre 2019, rapport des HUG du 8 novembre 2019), puis vivre à Paris, est revenue en Suisse en septembre 2011 (rapport précité des HUG, extrait Calvin), après la survenance de son invalidité en octobre 2010. On peut se demander si, durant son séjour à Strasbourg en vue d'y faire des études, la recourante a conservé son domicile en Suisse et est, partant, demeurée assujettie à la LAVS (art. 1a al. 1 let. a LAVS; dans l'affirmative, comme on le verra plus loin, cela n'a aucune incidence sur l'issue du

litige). En tout cas, à teneur de son extrait de compte individuel, la recourante n'a pas payé de cotisations (art. 29ter al. 2 let. a LAVS) avant 2012.

En outre, les éventualités envisagées à l'art. 29ter al. 2 let. b et c LAVS ne sont pas déterminantes, dès lors que la recourante est célibataire et n'a à l'évidence pas de conjoint qui aurait versé au moins le double de la cotisation minimale. Des bonifications pour tâches éducatives ne peuvent pas être prises en compte suite à la naissance de sa fille, le 26 juillet 2009, et ce jusqu'à octobre 2010 – date pertinente de la survenance de l'invalidité −, car la recourante, qui vivait à ce moment à Paris, n'était pas domiciliée en Suisse et n'était pas assurée conformément à la LAVS durant cette période (art. 29sexies al. 1 LAVS ; art. 52f al. 1 RAVS ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances H.248/03 du 16 juin 2004 consid. 4.2.2).

Force est ainsi de constater que la durée minimale de cotisations pour ouvrir le droit à une rente ordinaire n'était pas remplie au moment de la survenance de l'invalidité de la recourante.

Par ailleurs, même à considérer que la recourante était assurée à titre obligatoire et tenue de s'acquitter des cotisations à compter du 1er janvier suivant l'accomplissement de ses 20 ans (art. 3 al. 1 LAVS), motif pris qu'elle était domiciliée en Suisse en dépit de ses études à l'étranger (de 1997 à 2002), les cotisations arriérées étaient de toute manière prescrites au moment du dépôt de la demande de prestations en 2019 (art. 16 al. 1 LAVS, cf. consid. 6c ci-dessus), de sorte qu'elles ne peuvent pas être prises en compte pour déterminer si la condition de la durée minimale de cotisations est réalisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_145/2019 du 29 mai 2019 consid. 4.2). En ce qui concerne la période durant laquelle la recourante vivait à Paris (après ses études) jusqu'à son retour en Suisse en septembre 2011, le paiement de cotisations arriérées ne se pose pas, puisque celle-ci, non-assujettie à l'AVS/AI, n'était pas tenue de s'acquitter des cotisations.

c. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente ordinaire. On relèvera, à toutes fins utiles, que, dans ce cas, seule une rente extraordinaire d'invalidité peut entrer en considération, pour autant que les conditions de l'art. 42 LAVS (auquel renvoie l'art. 39 al. 1 LAI) soient remplies, ce qui n'est toutefois pas le cas de la recourante. En effet, cette dernière, en quittant la Suisse (à tout le moins du 1er août 2008 au 1er septembre 2011 – période durant laquelle elle était domiciliée à Paris), compte une lacune d'assurance du fait de son non-assujettissement à l'AVS/AI pendant une certaine période de sa vie à compter du 1er janvier 1997 (soit dès le 1er janvier qui suit la date où elle a eu 20 ans révolus [art. 3 al. 1 LAVS]). Aussi ne bénéficie-t-elle pas du même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge (cf. dans ce sens : ATAS/944/2018 du 17 octobre 2018 consid. 8-10).

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let g LPGA a contrario).

Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique.
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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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