

GE_GERICHTE ATAS/625/2019 vom 2. Juli 2019

GE Cour de justice, 2019-07-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_625_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/625/2019 du 2 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/625/2019 del 2 luglio 2019

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la CJCAS 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. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Ayant été partie à la procédure ayant abouti à la décision attaquée, étant touché par cette dernière et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si les conditions d'assurance ouvrant droit à une rente ordinaire ou extraordinaire d'invalidité sont remplies. L'intimé le nie, en retenant pour date déterminante de survenance de l'invalidité le 27 novembre 2014, date à laquelle le recourant a eu un AVC sylvien droit étendu, d'origine ischémique, probablement secondaire à la prise de toxiques, étant précisé que, de façon incontestée, le recourant a été domicilié en France depuis sa naissance jusqu'au 2 mai 2016, date à laquelle il s'est installé en Suisse, à Genève, avec et chez sa mère.

E. 3

a. Le droit aux prestations de l'AI est régi par les dispositions du chap. III intitulé « Les prestations » de la première partie de la LAI, soit les art. 4 à 51 LAI (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 2 ad art. 6). Il se fonde sur la notion d'invalidité figurant à l'art. 8 al. 1 LPGA (auquel renvoie l'art. 4 al. 1 LAI), soit sur une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident, soit une 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA), étant précisé que pour les personnes sans activité rémunérée aussi couvertes par la LAI, la loi substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). b. La date de survenance de l'invalidité est déterminante pour fixer la naissance du droit aux prestations et pour juger, notamment, si les conditions de la durée minimale de cotisation

ouvrant droit à la rente sont réalisées. Aux termes de l'art. 4

A/3752/2018 - 12/21 - al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et 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 son atteinte à la santé peut lui ouvrir droit à des prestations. Il n'est pas forcément le même pour chaque catégorie de prestations (Michel VALTERIO, op. cit., n. 36 ad art. 6). Pour l'octroi d'une rente (ordinaire ou extraordinaire) d'invalidité, l'art. 28 LAI exige, pour qu'il y ait invalidité (autrement dit qu'une invalidité survienne), que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins, la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demi-rente, un trois-quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (Michel VALTERIO, op. cit., n. 39 ad art. 6, n. 2 ss ad art. 28). c. Encore l'assuré doit-il, pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité, compter à ce moment-là (donc lors de la survenance de l'invalidité) au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI). Par application des principes figurant aux art. 29 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) et 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), cette condition de durée minimale de cotisations est réalisée lorsque l'intéressé a été assuré obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total. Elle est considérée comme réalisée lorsque, durant cette période, l'intéressé a versé la cotisation minimale, ou, en tant que personne sans activité lucrative, il était marié ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne ayant versé au moins le double de la cotisation minimale, ou encore il a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance. La condition de durée minimale de cotisations de trois années s'applique à tous les assurés, quelle que soit leur nationalité. Pour les citoyens suisses et les ressortissants d'un État de l'Union européenne (ci-après : UE) ou de l'Association européenne de libre échange (ci-après : AELE), il faut prendre en compte les périodes de cotisations accomplies au sein d'un État respectivement de l'UE ou de l'AELE, étant toutefois précisé qu'il faut au moins qu'il y ait une année de cotisation en Suisse (art. 6 et 57 du règlement [CE] n° 883/2004).

A/3752/2018 - 13/21 - d. Si la durée minimale de cotisation n'est pas réalisée, une rente extraordinaire d'invalidité peut, suivant les cas, entrer en considération. Selon l'art. 39 al. 1 LAI (que réserve d'ailleurs l'art. 6 al. 1 phr. 2 LAI), le droit aux rentes extraordinaires de l'AI est déterminé conformément aux dispositions de la LAVS. Ainsi, à teneur de l'art. 42 al. 1 LAVS, il est ouvert aux ressortissants suisses ayant leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse qui comptent le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins. Donc, en plus de n'avoir pas cotisé pendant les trois années requises pour une rente AI, il faut que l'intéressé présente, au moment de la survenance du cas d'assurance (donc in casu de l'invalidité), une durée d'assurance complète (Michel VALTERIO, op. cit., n. 1 ss ad art.

39). Comme le résumant les Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale édictées par l'office fédéral des assurances sociales (ci-après : DR), la rente extraordinaire est octroyée lorsque la condition de durée minimale de cotisations exigible pour l'octroi d'une rente ordinaire n'est pas remplie, mais que le bénéficiaire de la prestation a néanmoins été assuré pendant le même nombre de mois que sa classe d'âge (ch. 7001 DR). La condition de la durée d'assurance complète est réalisée lorsqu'une personne a été assurée obligatoirement ou facultativement sans interruption depuis le 1er janvier qui suit l'accomplissement de sa 20ème année jusqu'à la survenance de l'événement assuré ; il n'est par contre pas nécessaire que la personne ait séjourné en Suisse depuis sa naissance (ch. 7004 DR). Sont mises au bénéfice de la rente extraordinaire d'invalidité les personnes invalides de naissance ou dès leur enfance qui sont domiciliées en Suisse ; il s'agit des personnes invalides depuis leur naissance ou qui sont devenues invalides selon un taux justifiant l'octroi d'une rente avant le 1er décembre de l'année suivant celle au cours de laquelle elles ont atteint 22 ans révolus, mais qui n'ont pas acquis le droit à une rente ordinaire (ch. 7006 DR).

E. 4

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD [éd.], Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences

A/3752/2018 - 14/21 - de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi ci-dessous consid. 5b et c ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 5

a. Pour juridique qu'elle soit, en tant qu'elle met l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, la notion d'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

A/3752/2018 - 15/21 - le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. c/aa. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). De façon générale, une pleine valeur probante peut être attribuée aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. Selon l'art. 59 al. 2bis LAI, les services médicaux

régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPG, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. L'art. 49 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2).

A/3752/2018 - 16/21 - Les art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5ème révision de la LAI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leurs connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, il est possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences ; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR. Ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des pièces médicales au dossier ; le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 du 14 juillet 2009). Leurs rapports ne posent alors pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent une appréciation sur celles déjà existantes ; aussi ne doivent-ils pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/dd. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion

contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les

A/3752/2018 - 17/21 - conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 6

a. En l'espèce, il est admis par les parties que le recourant est invalide, mais il y a divergence sur le moment de la survenance de cette invalidité. b. Le recourant évoque en premier lieu l'hypothèse – plutôt qu'il n'affirme – qu'il était invalide à plus de 40 % dès son enfance. Toutefois, si des rapports médicaux font mention, sommairement, de troubles épileptiques susceptibles d'avoir existé depuis l'enfance (cf. rapport d'intervention psychiatrique d'urgence des HUG du 5 juin 2018, lettre de sortie du service de neurologie des HUG du 9 avril 2015, lettre de sortie du service de cardiologie des HUG du 28 avril 2015), force est de relever qu'ils se bornent à répéter une telle mention, quand ils ne la présentent pas au conditionnel, et surtout qu'il n'en est aucun qui établisse la fréquence et la gravité de tels troubles dans l'enfance, ni même laisse entendre qu'ils auraient été invalidants. La lettre de sortie du service des spécialités psychiatriques des HUG du 19 janvier 2017 situe « l'apparition des problèmes de santé chez [le recourant] en 2014 ». Il ne peut, dans ces conditions, qu'être accordé du crédit à l'avis médical du SMR du 7 novembre 2018 en tant qu'il relève que la première consultation d'épileptologie du 1er décembre 2016 indiquait que le recourant avait souffert de convulsion fébrile dans l'enfance, soit – explique le SMR de façon convaincante – d'une affection bénigne arrivant fréquemment chez les enfants ayant une température supérieure à 39°, n'équivalant pas à une épilepsie. L'hypothèse que le recourant était invalide, à au moins 40 %, dès son enfance doit être écartée.

E. 7

a. Sous la réserve non pertinente précitée, le dossier ne fait pas état de problèmes de santé antérieurs à l'AVC que le recourant a eu le 27 novembre 2014 à Montpellier, alors que – indice plaidant au demeurant pour une capacité de travail antérieure, donc en défaveur de toute invalidité antérieure – il y faisait des études universitaires depuis plus d'une année. b. Il n'est dès lors pas compréhensible que l'intimé situe la survenance de l'invalidité du recourant à cette date-ci (en mentionnant d'ailleurs plusieurs fois dans ses écrits le 24 novembre 2014, sans doute par inadvertance), alors que si cet AVC a très certainement causé une incapacité de travail, il n'est pas établi qu'il a engendré une invalidité, à savoir une incapacité de gain d'au moins 40 % en moyenne durant une année. En tout état, s'il fallait retenir que c'est cet AVC qui a causé l'invalidité du recourant, ce n'est qu'au 27 novembre 2015 qu'il faudrait situer la survenance de l'invalidité. Or, le recourant a certes rencontré de nouveaux problèmes de santé le 29 décembre 2014 et a été hospitalisé et opéré deux fois depuis cette date-ci jusqu'au 16 janvier 2015, puis en mars 2015 lors de vacances en Thaïlande puis encore en avril 2015. Il appert toutefois qu'il avait pu quitter le CHRU de Montpellier moins de trois semaines après son AVC précité en ayant récupéré cliniquement quoiqu'avec une persistance d'une paralysie faciale gauche

A/3752/2018 - 18/21 - et d'une hypophonie, dont rien ne permet de retenir qu'il s'agissait d'affections invalidantes, d'une part, et qu'en septembre 2015 le recourant avait pu reprendre des études, d'autre part. Des avis médicaux situent le début de l'incapacité de

travail du recourant à d'autres dates que le 27 novembre 2014. En particulier, dans son rapport du 28 septembre 2016, le Dr D_____ fait mention d'une totale incapacité de travail, dans toute activité, dès le 13 juin 2016, tout en citant, il est vrai, le début d'une longue maladie en novembre 2014. Le 7 mars 2017, le même médecin – certes médecin traitant du recourant (dont l'avis peut, de ce fait, devoir être pris avec réserve, mais dont il faut néanmoins relever qu'il est un spécialiste en neurologie et connaît bien le recourant pour l'avoir suivi dès décembre 2014) – estimait, après avoir évoqué les séquelles de l'AVC de novembre 2014, que le recourant pourrait reprendre une formation professionnelle et un emploi probablement dans une capacité de travail progressive, dès juin 2017, d'abord à 25 % puis à 50 % puis peut-être à 80 %, certes dans un environnement adapté à ses troubles attentionnels. Il faut aussi mentionner qu'un vidéo-EEG prolongé pratiqué dans l'intervalle, soit les 3 et 4 janvier 2017, n'avait pas mis d'anomalie significative en évidence. c. À ce stade, la chambre de céans ne peut qu'à la fois contredire l'intimé en tant que celui-ci a retenu le 27 novembre 2014 comme date de survenance de l'invalidité du recourant, mais aussi – au regard de l'hypothèse que la date pertinente serait le cas échéant le 27 novembre 2015 – confirmer que sa décision serait fondée sous l'angle des conditions devant être réalisées pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité, à savoir – s'agissant d'une rente ordinaire d'invalidité – qu'au 27 novembre 2015 (pas davantage au demeurant qu'au 27 novembre 2014), le recourant ne pouvait se prévaloir d'au moins trois années de cotisations (art. 36 al. 1 LAI), dont une au moins en Suisse, et – s'agissant d'une rente extraordinaire d'invalidité – qu'à cette même date il ne présentait pas une durée d'assurance complète (cf. ci-dessus consid. 3).

E. 8

a. D'après l'attestation médicale du Dr D_____ du 11 décembre 2018, l'incapacité totale de travailler du recourant remonterait au 4 juillet 2016, soit à la date à laquelle celui-ci a fait une décompensation psychique à la suite de laquelle il n'a plus recouvré de capacité de travail. b. Il faudrait en déduire que l'invalidité du recourant serait survenue un an plus tard, soit le 4 juillet 2017. Or, à cette date-ci, le recourant était domicilié en Suisse depuis 14 mois, et pouvait donc compter au moins une année de cotisation en Suisse. L'intimé n'a nullement examiné si le recourant ne pourrait se prévaloir, en plus, de périodes de cotisations au sein d'un État de l'UE (a priori en France) ou de l'AELE, qui, s'ajoutant à ces quatorze mois de cotisation en Suisse, feraient qu'il remplirait la condition de compter, au moment de la survenance de son invalidité, au moins trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), ce qui lui ouvrirait le droit à une rente ordinaire d'invalidité.

A/3752/2018 - 19/21 - c. À ce premier motif de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il instruisse la cause sous cet angle (au demeurant non abordé par le recourant lui-même), comme d'ailleurs sur le suivi effectif des études que ce dernier avait reprises en septembre 2015 (cours et examens), s'ajoute le constat que le dossier n'est pas suffisamment instruit, sur le plan médical, sur les questions pertinentes pour fixer la date de la survenance de l'invalidité du recourant. Pour susciter un doute suffisant sur la date retenue par l'intimé, l'attestation précitée du Dr D_____ ne saurait cependant emporter à elle seule la conviction qu'aucune invalidité n'était survenue avant le 4 juillet 2017 (ou même d'ailleurs 2016), car non seulement elle a été produite en cours de procédure en vue d'influer sur l'issue de cette dernière, mais aussi elle s'harmonise mal avec des avis contradictoires que le même médecin a émis au cours de la procédure non contentieuse. Après avoir soutenu, les 7 et 23 mars 2017, que l'état de santé du recourant permettait respectivement

d'envisager une reprise progressive d'une formation professionnelle et d'un emploi et qu'il s'était nettement amélioré, un EEG du 22 mars 2017 étant parfaitement normalisé, il a relevé, le 4 juillet 2017, que les séquelles neurologiques de l'AVC de novembre 2014 étaient importantes, avec notamment des troubles cognitifs et des troubles de la mémoire épisodique, au point que le recourant ne pouvait reprendre ni formation professionnelle ni emploi et que son incapacité de travailler était totale. Si elle apparaît certes satisfaisante globalement aux réquisits relatifs à une expertise, l'expertise neuropsychologique du psychologue I_____ du 11 avril 2018, qui fait remonter l'incapacité de travail totale du recourant dans toute activité à novembre 2014 (donc à l'AVC du 27 novembre 2014), doit être comprise comme relevant de la spécialité de neuropsychologie, et elle n'explique pas la continuité (ou l'absence d'interruption notable) qu'il y aurait eu d'une incapacité de travail depuis ledit AVC, et elle ne se prononce pas sur la capacité qu'a eue le recourant de reprendre des études en septembre 2015. Quant à elle, la psychiatre traitante du recourant (la Dre J_____) ne s'est pas prononcée, dans son rapport du 28 mai 2018, sur la début et l'éventuelle continuité de l'incapacité de travail du recourant, évoquant même l'absence d'une maladie psychiatrique mais plutôt des séquelles de maladies physiques et envisageant la reprise d'une activité professionnelle. d. Plusieurs pièces médicales figurant au dossier attribuent l'invalidité du recourant à la conjonction de plusieurs facteurs s'étant échelonnés dans le temps, à savoir notamment l'AVC de novembre 2014, des crises épileptiques temporales en 2016, un état confusionnel aigu à répétition en 2015 et 2016 (cf. « l'avis médical permanence » du SMR du 12 octobre 2016, l'expertise neuropsychologique de M. I_____ du 11 avril 2018, l'attestation médicale du Dr D_____ du

E. 11

décembre 2018). Mais elles ne précisent pas l'impact, le cas échéant progressif, que ces différentes affections ont eues sur la capacité de travail du recourant, en

A/3752/2018 - 20/21 - particulier dans leur intensité et leur durée, si bien qu'il manque des éléments déterminants pour fixer la date de la survenance de l'invalidité du recourant. e. En conclusion, il s'avère que l'intimé n'a pas instruit suffisamment le dossier, sur les plans administratifs et médicaux. Il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, au sens des considérants, sans qu'une expertise médicale ne s'impose forcément, le SMR devant être en mesure d'interroger les médecins compétents sur les questions pertinentes, en plus d'élucider la question de savoir si le recourant peut justifier de périodes de cotisations au sein d'un État membre de l'UE ou de l'AELE qui feraient qu'il remplirait, à partir d'une certaine date qui s'avérerait être celle de la survenance de son invalidité, les conditions prévues par l'art. 36 al. 1 LAI pour avoir droit à une rente ordinaire d'invalidité. 9. a. Le recours doit donc être partiellement admis. b. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), en dérogation au principe, posé par l'art. 61 let. a LPGA, de la gratuité des procédures devant le tribunal cantonal des assurances. Aussi un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé. Dès lors qu'il a partiellement gain de cause, le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA), qui sera fixée à CHF 1'000.-. * * * * *

A/3752/2018 - 21/21 - 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.