

GE_GERICHTE A/3752/2018 vom 2. Juli 2019

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3752_2018

FR: GE_GERICHTE A/3752/2018 du 2 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE A/3752/2018 del 2 luglio 2019

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François DUGAST recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'intéressé ou le recourant) est né le _____ 1993 à Genève, de nationalité suisse, fils de Madame B_____ (qui deviendra sa curatrice) et de Monsieur C_____ (qui décédera en 2008), alors domiciliés à Saint-Genis-Pouilly (France), où lui-même a vécu. De 2008 à 2011, il a suivi le collège Champittet à Lausanne, puis, en 2011 et 2012, au Lycée Rodolphe Töpffer à Genève, puis il a effectué, en 2012 et 2013, un séjour d'étude à Bristol, avant d'entrer, en 2013, à l'université Paul-Valéry à Montpellier (France) pour des études de sociologie. L'intéressé a souffert d'épilepsie dès l'enfance. 2. Le 27 novembre 2014, alors qu'il était étudiant en sociologie à Montpellier (France), l'intéressé a été hospitalisé en raison d'un infarctus cérébral, soit d'un AVC sylvien droit étendu, d'origine ischémique, probablement secondaire à la prise de toxiques. Il a quitté le Centre hospitalier régional universitaire (ci-après : CHRU) de Montpellier le 15 décembre 2014, en ayant récupéré cliniquement avec une persistance d'une paralysie faciale gauche et d'une hypophonie nécessitant une prise en charge en orthophonie. Dans ce contexte a été mise en évidence une communication inter-auriculaire, devant être fermée. 3. Le 29 décembre 2014, se trouvant chez sa mère en France voisine, l'intéressé a été hospitalisé en urgence aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) en raison d'une dyspnée aiguë avec détresse respiratoire, pour laquelle il a subi deux interventions chirurgicales, les 31 décembre 2014 et 5 janvier 2015. Il a quitté les HUG le 16 janvier 2015. En conclusion de leur lettre de sortie, les médecins ont retenu une surinfection en décours d'une fracture laryngée subaiguë d'origine peu claire ou indéterminée, et noté qu'un bilan cardiologique et neurologique était en cours pour prise en charge d'un foramen ovale perméable découvert lors du bilan initial à Montpellier. 4. En mars 2015, alors qu'il était en vacances avec sa mère en Thaïlande, l'intéressé a été hospitalisé en raison d'un état confusionnel aigu, avec agitation, propos incohérent et amnésie circonstancielle ; une crise d'épilepsie a été suspectée. L'intéressé a été rapatrié à Genève, où il a été hospitalisé aux HUG les 4 et 5 avril 2015, puis à nouveau, les 22 et 23 avril 2015, pour fermeture de sa communication inter-auriculaire de type ostium secundum par voie trans-fémorale. 5. L'intéressé a repris une formation en « Études de commerce - Mention marketing » à Genève en septembre 2015 et il s'est installé en Suisse le 2 mai 2016, à Genève, avec et chez sa mère. 6. Le 4 juillet 2016, l'intéressé s'est adressé au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) pour une décompensation psychotique aiguë avec un comportement désorganisé et des propos délirants. Il a été conclu à un épisode confusionnel aigu en cours de régression probablement d'origine toxique. L'intéressé a été transféré en psychiatrie à

l'Hôpital de Cery le 6 juillet 2016, puis, le 7 juillet 2016, compte tenu d'un état fébrile, ré-hospitalisé aux urgences du CHUV puis, le 8 juillet 2016, transféré aux HUG pour suite de prise en charge et, après stabilisation du tableau clinique, hospitalisé à Belle-Idée dès le 14 septembre 2016, d'où il est sorti définitivement le 14 décembre 2016. À teneur de la lettre de sortie (datée du 19 janvier 2017) des HUG, l'hospitalisation de l'intéressé avait été motivée par : - un état confusionnel aigu avec symptômes psychotiques d'origine probablement multifactorielle (sur toxiques, sur infection, sur atteinte neurologique) chez un patient connu pour un AVC deux ans plus tôt et qui, au moment de son admission, était en rupture de suivi neurologique et psychiatrique et en rupture de traitement psychotrope et anticoagulant ; - une proto-infection VIH mise en évidence au début de l'hospitalisation avec suspicion d'atteinte du système nerveux central ; - une consommation de multiples toxiques quotidiennement depuis l'âge de 16 ans et qui péjorait le tableau psychiatrique et neurocognitif. Avant cette hospitalisation, l'intéressé n'avait apparemment jamais réellement adhéré à un suivi et un traitement ambulatoire, raison pour laquelle son hospitalisation avait été prolongée afin de travailler la compliance globale aux soins, d'autant plus qu'une sortie prématurée était susceptible d'entraîner une sévère péjoration (neurologique, psychiatrique et infectieuse) en cas de rupture de soins ; cet objectif apparaissait avoir été atteint. Au vu du tableau clinique complexe sur le plan neuropsychiatrique, l'intervention médicale avait été articulée avec les consultations d'infectiologie, de neurologie et d'épileptologie, spécialités dans lesquelles un suivi était organisé pour la période après l'hospitalisation, en plus d'un suivi psychiatrique. Des examens complémentaires avaient été faits en août 2016 : - un EEG le 12 août, lors d'une crise épileptique temporale moyenne gauche ; - une IRM cérébrale neuro-crâne le 19 août, qui a mis en évidence une stabilité de la séquelle de l'AVC sylvien superficiel et profond à droite avec séquelle de transformation hémorragique, et la présence d'une deuxième localisation d'allure ischémique probablement plus ancienne en temporal inférieur et insulaire postérieure gauche pouvant être à l'origine des crises épileptiques.

7. Le 22 septembre 2016, alors qu'il avait obtenu, le 24 août 2016, un certificat d'assurance AVS-AI de la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) et était hospitalisé, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), remplie le 17 août 2016, auprès de l'office AI du canton de Genève (ci-après : OAI). L'intéressé avait été domicilié hors de Suisse de sa naissance au 30 avril 2016 (recte : 2 mai 2016). Au titre de ses atteintes à la santé, il faisait état d'un AVC avec séquelles persistantes et d'états confusionnels persistants depuis novembre 2014, et évoquait un suivi médical en neurologie pour de l'épilepsie et en « psychiatrie/somatique » pour une décompensation. 8. D'après un rapport médical établi le 28 septembre 2016 par le docteur D_____, neurologue FMH, l'intéressé avait une capacité de travail nulle dans toute activité, à la suite d'un AVC sylvien droit d'origine cardio-embolique et d'un trait de personnalité schizotypique. Il avait été suivi par ledit médecin depuis le 22 décembre 2014, après l'avoir été par le docteur E_____ de la clinique de neurologie des HUG et l'être, depuis le 13 juin 2016, par le docteur F_____ à Gex (France). À l'anamnèse étaient mentionnés un trouble psychotique aigu en Thaïlande en avril 2015 et un AVC sylvien droit d'origine cardio-embolique en novembre 2014 ; ledit médecin constatait une persistance des troubles attentionnels et exécutifs et un hémisyndrome gauche et une parésie faciale centrale gauche. Une prise en charge psychiatrique permettrait une amélioration de la capacité de travail. 9. L'extrait de compte individuel établi le 12 octobre 2016 par la CCGC pour l'intéressé ne fait état d'aucune cotisation. 10. Dans un rapport médical du 12

octobre 2016, le docteur G_____ du département de santé mentale et de psychiatrie des HUG a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'AVC sylvien droit en 2014, de crises épileptiques temporales moyennes gauches en 2016, d'un état confusionnel aigu à répétition (en 2015 et 2016) avec symptômes psychotiques et d'autres troubles mentaux spécifiés dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou une affection physique (AVC, épilepsie, VIH), ainsi que - sans effet sur la capacité de travail - une dépendance à des substances psycho-actives multiples (cocaïne, amphétamines, actuellement abstinente mais dans un environnement protégé). L'intéressé était suivi depuis 2014 par le neurologue D_____ et de mai à septembre 2015 par le psychiatre H_____. L'anamnèse relevait une consommation quasi quotidienne de cocaïne et d'amphétamines depuis l'âge de 16 ans, un AVC sylvien droit en 2014, une communication inter-auriculaire fermée en 2015, un état confusionnel aigu en 2015 d'origine indéterminée, un trouble dépressif récurrent et une personnalité schizotypique en 2015, un état confusionnel aigu en juillet 2016 sur intoxication par cocaïne et proto-infection VIH et une proto-infection VIH mise en évidence le 9 juillet 2016. Ledit médecin constatait des troubles cognitifs et des troubles du comportement importants, un état confusionnel, des crises épileptiques temporales et une dépendance à la cocaïne et aux amphétamines. Les traitements alors en cours consistaient en la prise de médicaments antiépileptique et stabilisateur de l'humeur, d'un neuroleptique et d'anxiolytiques, en un traitement anticoagulant prophylactique et en un traitement antirétroviral. L'intéressé n'avait pas eu d'activité professionnelle et avait interrompu des études à deux reprises, en 2014 et 2016. Il ne pouvait pas, en raison de ses troubles cognitifs, poursuivre une formation ou avoir un travail exigeant dans un milieu non-protégé. Suite à une longue période d'adhésion au traitement, d'abstinence aux toxiques et de réhabilitation (idéalement dans un foyer spécialisé), il pourrait reprendre une activité adaptée à 100 % dans un milieu où il serait étayé et surveillé. La confusion et les troubles du comportement pourraient s'améliorer de façon significative, et les troubles cognitifs s'améliorer mais, vu les lésions cérébrales existantes, sans récupération importante. Une amélioration de la capacité de travail était envisageable jusqu'à 100 % après une longue période de réadaptation. 11. Compte tenu d'une suspicion d'épilepsie focale lésionnelle suite à plusieurs épisodes de perte de contact, hypersalivation et automatismes gestuels avec enregistrement d'une crise électrique de départ temporal gauche, l'intéressé a subi aux HUG, les 3 et 4 janvier 2017, un vidéo-EEG prolongé, qui s'est avéré dépourvu d'anomalie significative : pas de foyer lent, en particulier dans la région temporale gauche, pas non plus d'éléments irritatifs, aucune crise électrique ou clinique et aucun évènement suspect rapporté par l'intéressé. 12. À teneur d'un rapport du 7 mars 2017 du Dr D_____, l'évolution de l'état de santé neurologique de l'intéressé était très satisfaisante. Les séquelles neurologiques de l'AVC de 2014 étaient des lésions visualisées à l'IRM d'un AVC ischémique sylvien droit d'origine cardio-embolique sur le foramen ovale perméable en 2014 avec épilepsie focale lésionnelle plutôt d'allure ischémique temporale inférieure et insulaire postérieure gauche, mais il n'y avait pas de séquelles sur les voies longues, et l'intéressé était capable de marcher sans aide auxiliaire et la motilité fine des doigts n'était que légèrement diminuée au niveau du membre supérieur droit. Les limitations fonctionnelles sur le plan neurologique et neuropsychologique étaient des épisodes parfois de perte de contact, des automatismes manuels et des états confusionnels variables, également des troubles attentionnels, une lenteur d'idéation chez un patient toujours globalement ralenti, mais à nouveau orienté dans le temps et l'espace. L'intéressé pourrait reprendre une formation professionnelle et un emploi probablement dans une capacité de

travail progressive, dès juin 2017, en commençant à 25 %, puis à 50 % et peut-être à 80 %, dans un environnement adapté à ses troubles attentionnels. 13. D'après une note de consultation du 23 mars 2017 du Dr D_____, l'état de l'intéressé s'était nettement amélioré depuis la prise en charge globale de son AVC sylvien droit d'origine cardio-embolique de novembre 2014, de la fermeture de sa communication inter-auriculaire d'avril 2015, de sa séroposivité HIV diagnostiquée en juillet 2016 et de sa décompensation psychotique du 4 juillet 2016 dans un contexte de prise de toxiques. L'EEG de la veille était parfaitement normalisé sans aucune asymétrie inter-hémisphérique ni foyer stable décelable ; l'hyperventilation et la SLI ne modifiaient pas le tracé. 14. D'après un rapport du 4 juillet 2017 du Dr D_____, les séquelles neurologiques de l'AVC de 2014 étaient importantes, avec notamment des troubles cognitifs et des troubles de la mémoire épisodique, nécessitant un suivi régulier par un psychiatre et un neurologue. Sur le plan psychiatrique, l'intéressé était connu pour un trouble schizotypique avec des épisodes dépressifs récurrents, et sur le plan neurologique son épilepsie était de type temporal, insulaire postérieure gauche contrôlée par le médicament pris. L'intéressé ne pouvait être autonome ; il vivait chez sa mère. Il ne pouvait reprendre ni formation professionnelle, ni emploi ; son incapacité de travail était totale. 15. Selon un rapport du 8 août 2017 du service des maladies infectieuses des HUG, l'état confusionnel aigu que l'intéressé avait présenté en juillet 2016 avait été mis sur le compte d'une primo-infection VIH, le bilan initial n'ayant pas retrouvé d'autre cause à cet état, et l'évolution avait été favorable suite à la mise en place d'un traitement antirétroviral. En juillet 2017, un état confusionnel aigu et l'hospitalisation en étant résulté étaient clairement liés à la primo-infection VIH ; les symptômes neuro-psychiatriques avaient progressivement diminué avec la suppression de la charge virale, mais l'intéressé conservait des troubles cognitifs, notamment dans les domaines de l'orientation temporelle et de la mémoire. Il était cependant difficile d'affirmer, dans un contexte neuropsychiatrique (antécédents d'AVC, épilepsie, trouble schizotypique), que de tels symptômes étaient en lien avec l'infection chronique ; il lui fallait s'adresser à la plate-forme neuro-VIH du CHUV afin de bénéficier d'un bilan neuro-psychiatrique complet (IRM, bilan cognitif, évaluation psychiatrique et neurologique), après quoi seulement l'auteur dudit rapport pourrait se prononcer sur la possibilité de reprendre une formation professionnelle ou un emploi. 16. À teneur d'un rapport de consultation du 18 septembre 2017 du Dr D_____, la situation médicale de l'intéressé s'était bien stabilisée ; la tolérance et l'adhérence au RAV étaient optimales et la compliance médicamenteuse était bonne. L'EEG était parfaitement normalisé. Sous médicament, l'intéressé n'avait pas refait de crise et son trouble schizotypique était bien équilibré ; il se sentait beaucoup mieux, avait un poids stable et avait repris de l'appétit. Il serait intéressé à une formation professionnelle à 50 % dans une situation adaptée à sa résistance diminuée à l'effort. 17. Le 17 janvier 2018, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a estimé qu'un rapport médical devait être demandé au psychiatre traitant de l'intéressé et qu'un bilan neuropsychologique devait être effectué par Monsieur I_____, psychologue spécialisé en neuropsychologie et psychothérapie. 18. L'OAI a mandaté ce dernier le 13 février 2018 en vue d'effectuer une expertise neuropsychologique. 19. Le psychologue I_____ a rendu son rapport d'expertise le 11 avril 2018 (de 10 pages) après avoir pris connaissance du dossier et rencontré l'intéressé les 22 mars et 6 avril 2018 durant respectivement deux heures et une heure trois quarts. L'expert a relaté l'anamnèse personnelle, psychosociale et neuropsychologique de l'intéressé (1 page et demi), décrit ses attentes professionnelles et son comportement (2/3 de page), ses plaintes (1/5 de page), ses traitements et suivis

médicaux ainsi que ses activités de la vie quotidienne (1/2 page). Il a relaté les résultats des tests effectués, dans les domaines de son efficacité intellectuelle, des fonctions exécutives, de l'attention, de la mémoire (2 pages et demi). En résumé, le bilan neuropsychologique met en évidence une fatigabilité importante, un quotient intellectuel peu valide car inhomogène, de façon générale des performances nettement moins bonnes dans les tâches à composante spatiale et visuelle que dans les tâches verbales, des troubles exécutifs intéressant prioritairement la planification testée par des tâches visuo-spatiales, un trouble attentionnel affectant l'attention soutenue, l'attention divisée et une tâche d'attention sélective, un trouble de la mémoire de travail dans une tâche informatisée et un fléchissement du rappel différé en mémoire épisodique verbale et un déficit en mémoire visuelle. L'intéressé souffrait de troubles visuo-constructifs compatibles avec une atteinte cérébrale droite, présentait des difficultés exécutives (particulièrement marquées dans des tâches visuo-graphiques), et manifestait une fatigabilité importante. Ces troubles cognitifs étaient cohérents avec l'atteinte vasculaire, mais probablement multifactoriels, liés tant à cette atteinte qu'à l'épilepsie, voire au VIH, à ses troubles psychiques ou encore aux conséquences de la consommation de toxiques ; en amélioration par rapport aux descriptions antérieures figurant au dossier, ils constituaient toujours des troubles neuropsychologiques moyens à graves. L'intéressé était abstinent de produits illicites depuis deux ans, à l'exception du cannabis et de l'alcool consommés selon lui épisodiquement et à faibles quantités. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient des troubles neuropsychologiques moyens à graves, avec des troubles visuo-spatiaux et constructifs, des troubles exécutifs, une probable détérioration intellectuelle limitée aux capacités de raisonnement non verbal, des troubles attentionnels et en mémoire de travail, à quoi s'ajoutait une importante fatigabilité contribuant à péjorer le tableau cognitif. Ces troubles devaient être mis en relation avec l'ensemble des troubles diagnostiqués (dépendance aux toxiques, trouble de la personnalité schizotypique et épisodes dépressifs récurrents, infection au VIH, épilepsie et AVC ischémique sylvien droit). Une capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était pour l'heure inexistante dans l'économie normale, et, dans une activité adaptée aux aptitudes de l'intéressé, seule une remise en activité très progressive dans un milieu protégé apparaissait possible, avec la possibilité d'envisager, en cas d'évolution positive, des mesures de réinsertion structurées ; l'incapacité de travail était totale dans toute activité depuis novembre 2014. 20. Dans un rapport du 28 mai 2018, après avoir décrit l'évolution de la situation médicale de l'intéressé sur le plan psychiatrique depuis son hospitalisation du 4 juillet 2016, la psychiatre traitante de l'intéressé (la docteure J_____) a relevé que celui-ci ne présentait pas de signes de la lignée thymique ni psychotique et était compliant à son suivi psychiatrique et à son traitement psychotrope. Au titre des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, elle a noté d'autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique (F06.8), pour relever ensuite que l'intéressé ne présentait pas d'éléments en faveur d'une maladie psychiatrique mais plutôt des séquelles de ses maladies physiques. La reprise d'une activité professionnelle adaptée dans un environnement peu stressant et approprié à ses capacités pourrait être envisagée et fortement conseillée après contact avec son neurologue et son infectiologue. 21. Dans un avis médical du 5 juillet 2018 - retenant comme atteinte principale à la santé un déficit neuropsychologique moyen à grave d'origine multiple avec diverses pathologies associées (status post-AVC sylvien droit d'origine cardio-embolique sur foramen ovale [I 69.4], épilepsie traitée, infection HIV, trouble de la personnalité de type schizo-affectif [F 21], trouble dépressif récurrent épisode non spécifié

[F 33.9], troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples actuellement abstinent en environnement protégé [F 19.21] hormis pour le cannabis) -, le SMR a noté une incapacité totale de travail depuis le 24 novembre 2014 et une capacité de travail exigible nulle dans toute activité, avec, pour limitations fonctionnelles, une fatigabilité, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles exécutifs avec manque d'autonomie, des troubles de la mémoire de travail source d'erreurs potentielles, la nécessité d'éviter toute tâche à composition visuo-spatiale, une limitation des capacités adaptatives, de la planification, de la flexibilité, un trouble de la motricité et motilité de la main gauche. 22. Le 16 juillet 2018, après qu'il eut relevé que l'intéressé était arrivé en Suisse en mai 2016 et ne pouvait avoir le même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet de décision de rejet de sa demande de prestations, pour le motif que son incapacité de travail durable était fixée au 24 novembre 2014 alors qu'il était résident sur le territoire français et l'est resté jusqu'au 2 mai 2016, si bien qu'il ne pouvait avoir le même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge, car il aurait dû arriver en Suisse avant le 1^{er} janvier 2014, année de ses 21 ans. Les conditions d'assurances pour l'octroi d'une rente ordinaire ou extraordinaire d'invalidité n'étaient pas remplies. 23. Le 5 août 2018, l'intéressé a consulté les urgences psychiatriques des HUG pour des hallucinations audio-visuelles après consommation de LSD et MDMA. Il a décliné la proposition qui lui a alors été faite d'être hospitalisé et, en l'absence de critère pour une hospitalisation contre son gré, il a regagné son domicile, rassuré d'être accueilli par sa mère et ayant pris l'engagement de consulter le psychiatre chez lequel il avait débuté très récemment un suivi (le docteur K_____) ou au besoin les urgences psychiatriques. 24. Le 18 septembre 2018, l'intéressé, désormais représenté par un avocat, a déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI, estimant que son incapacité de travail ne s'était pas produite alors qu'il était domicilié sur le territoire français. 25. Par décision du 25 septembre 2018, reprenant les termes et le dispositif du projet de décision précité, l'OAI a nié tout droit de l'intéressé à une rente. Celui-ci était certes invalide à 100 %, mais depuis le 24 novembre 2014, soit alors qu'il était encore résident sur le territoire français ; il était arrivé en Suisse invalide et ne pouvait avoir le même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge ; il ne remplissait pas les conditions d'assurance pour l'octroi d'une rente ordinaire ou extraordinaire. 26. Par acte du 24 octobre 2018, l'intéressé a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations de l'AI « dès son enfance ou à défaut dès le 4 juillet 2016 ». Né en Suisse et ressortissant suisse, il avait souffert de troubles épileptiques dès son enfance. Il s'était complètement rétabli de son AVC sylvien droit du 27 novembre 2014 ; il avait même repris des études en septembre 2015 à Genève, où il s'était installé avec sa mère le 2 mai 2016, avant que, le 4 juillet 2016, il ne présente une décompensation psychotique aiguë. De l'avis de ses médecins traitants, il était clairement invalide à 100 %, mais il n'était pas possible d'attribuer son invalidité à son seul accident vasculaire cérébral du 27 novembre 2014. Il était vraisemblablement invalide à plus de 40 % depuis son enfance, soit depuis qu'il souffrait d'épilepsie ; rien n'expliquait que l'OAI n'ait pas examiné s'il n'avait pas de ce fait droit à une rente extraordinaire d'invalidité. Il s'était établi en Suisse en mai 2016, deux mois avant sa crise de décompensation psychotique aiguë très probablement à l'origine de son invalidité et avait droit à une rente d'invalidité complète. D'après le dossier médical, il s'était rétabli sur le plan neurologique après son AVC de novembre 2014, au point qu'il avait pu reprendre des études. Le délai

d'attente d'une année à compter du dépôt de la demande de prestations AI était largement échu. L'intéressé produisait le rapport d'intervention psychiatrique d'urgence des HUG du 5 juin 2018 et le compte-rendu d'hospitalisation du CHRU de Montpellier du 15 décembre 2014. 27. Par mémoire du 20 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Sur la base des pièces du dossier, le SMR avait estimé que la capacité de travail de l'intéressé était nulle depuis le 24 novembre 2014 en raison d'un déficit neurologique moyen à grave d'origine multiple. Les pièces produites à l'appui du recours n'amenèrent pas le SMR à modifier son appréciation de la situation, à teneur d'un avis médical du 7 novembre 2018. Le rapport d'intervention psychiatrique d'urgence du 5 juin 2018 décrivait simplement une péjoration de l'état de santé de l'intéressé dans les semaines précédant la consultation aux urgences. Le rapport d'hospitalisation du CHRU de Montpellier du 15 décembre 2014 décrivait déjà des troubles exécutifs et mnésiques à réévaluer ; l'épilepsie de l'intéressé était en lien avec les séquelles d'une lésion ischémique temporale inférieure et insulaire postérieure gauche mise en évidence par l'IRM cérébrale du 19 août 2016 et non décrite lors de l'IRM cérébrale du 27 novembre 2014 ; d'après la première consultation d'épileptologie du 1^{er} décembre 2016, l'intéressé avait souffert de convulsion fébrile dans l'enfance, ce qui arrivait fréquemment chez les enfants ayant une température supérieure à 39°, soit d'une affection bénigne n'équivalant pas à une épilepsie. 28. Par réplique du 20 décembre 2018, l'intéressé a persisté dans les termes et conclusions de son recours. Le rapport médical du Dr D_____ du 28 septembre 2016 faisait état d'une capacité de travail nulle dès le 13 juin 2016. L'« avis médical permanence » de l'OAI du 12 octobre 2016 évoquait des mesures de réadaptation professionnelle, ce qui ne serait pas compatible avec une totale incapacité de travail dès le 24 novembre 2014, et il faisait mention de causes multiples à l'incapacité de travail de l'intéressé (AVC sylvien droit en 2014, crises épileptiques temporales moyennes en 2016, état confusionnel aigu à répétition en 2015 et 2016 avec symptômes psychotiques, autres troubles mentaux spécifiés dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique [AVC, épilepsie, VIH]). Les séquelles de l'AVC de 2014 que le Dr D_____ décrivait dans un rapport du 7 mars 2017 étaient compatibles avec la reprise progressive d'une formation professionnelle et d'un emploi à compter du 1^{er} juin 2017, en contradiction avec une capacité de travail nulle depuis le 24 novembre 2014. Le rapport d'expertise neuropsychologique de M. I_____ du 11 avril 2018 n'attribuait pas l'incapacité de travail de l'intéressé au seul AVC de 2014, mais à l'ensemble des troubles dont celui-ci souffrait. Le SMR lui-même, le 5 juillet 2018, avait noté que l'étiologie était probablement multifactorielle, liée aux diverses pathologies de l'intéressé. Dans une attestation médicale du 11 décembre 2018, le Dr D_____ indiquait que l'intéressé s'était remis de son AVC de novembre 2014 et, malgré plusieurs hospitalisations subséquentes pour détresse respiratoire avec crise d'épilepsie probable, il avait pu, en septembre 2015, reprendre des études ; médicalement, il n'était pas possible de dire que l'intéressé n'était plus capable de travailler ou de subvenir à ses besoins depuis le 27 novembre 2014 ; il était plus probable que les diverses crises que celui-ci avait subies avaient causé une dégradation de son état de santé psychique et physique au point qu'il était devenu incapable de travailler, depuis l'épisode de décompensation psychotique du 4 juillet 2016. 29. Par duplique du 15 janvier 2019, l'OAI a persisté à conclure au rejet du recours, en s'appuyant sur un avis médical du SMR du 14 janvier 2019, aux termes duquel le Dr D_____, dans son attestation médicale du 11 décembre 2018, relevait que les crises d'épilepsie de l'intéressé étaient secondaires à l'AVC du 27 novembre 2014, si bien que l'incapacité totale de travailler de l'intéressé devait être reconnue à partir de novembre 2014. 30. Dans des observations du 7 février 2019,

l'intéressé a relevé que le dossier comportait plusieurs pièces faisant état de troubles épileptiques depuis l'enfance, si bien que ceux-ci n'étaient pas secondaires à l'AVC de 2014, et que, au demeurant, ils n'étaient pas la cause de son invalidité, celle-ci étant d'origine multifactorielle. Le Dr D _____ faisait remonter l'incapacité totale de travailler de l'intéressé au 4 juillet 2016. L'OAI s'entêtait à faire remonter son invalidité au 27 novembre 2014. 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 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. 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. 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 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). 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 1^{er} janvier qui suit l'accomplissement de sa 20^{ème} 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 1^{er} 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). 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 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). 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 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 LPGA, 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). Les art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5^{ème} 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 oeuvre 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 conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 1^{er} 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. 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 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). 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. 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 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 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.-. * * * * * 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.