

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2424/2025

ATAS/891/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 novembre 2025**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Antonio Massimo  
DI TULLIO, juges assesseurs.**

---

## **EN FAIT**

- A.**   **a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1997 à Genève, est de nationalité portugaise et titulaire d'une autorisation d'établissement (permis C).
- b.** En 2018, l'assuré était inscrit en troisième année en vue de l'obtention d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'employé de commerce.

- B.**   **a.** Le 12 décembre 2018, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI ou l'intimé), en indiquant être atteint d'un TDAH depuis le 28 mai 1997.

**b.** Selon un rapport établi le 31 mai 2019 par le docteur B\_\_\_\_\_, médecin interne auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré était atteint de schizophrénie (F20.9) et présentait une perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0 - TDAH inattentif prédominant), ainsi qu'un trouble dépressif récurrent (F33.0).

Il avait eu un parcours scolaire sans particularité jusqu'à ses 14-16 ans, moment où ses résultats avaient chuté, en raison de difficultés de concentration et d'un absentéisme important. À la fin de l'année 2015, alors qu'il avait 18 ans, il avait présenté une première décompensation psychotique floride, qui avait nécessité une hospitalisation et il avait dû interrompre ses études. À la fin de l'année 2017-2018, il n'avait pas obtenu la moyenne pour obtenir son CFC et il lui avait été proposé de refaire certaines branches l'année suivante. Cependant, il avait présenté en octobre 2018 une deuxième décompensation psychotique floride nécessitant une nouvelle hospitalisation. Après cette dernière, il avait interrompu ses études jusqu'à l'été 2019, afin de consolider son état psychique et diminuer les facteurs de stress pendant sa convalescence.

L'assuré était en mesure de reprendre une activité scolaire ou de formation, celle-ci devant toutefois, au moins dans un premier temps, se restreindre à quatre heures par jour, afin de limiter la charge de stress qui lui était associée. D'autres mesures de réadaptation pouvaient s'avérer nécessaires. Une mesure de soutien pour la poursuite de la formation de l'assuré était préconisée (par exemple, un réaménagement des horaires ou un élargissement du temps accordé pour un examen).

**c.** Le 24 août 2020, l'assuré a signé un contrat d'apprentissage avec PRO Entreprise Sociale Privée (ci-après : PRO).

**d.** Par communication du 21 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais supplémentaires de la formation professionnelle initiale, sous forme de CFC employé de commerce en troisième année auprès de PRO, du 24 août 2020 au 29 août 2021.

**e.** Selon un rapport de surveillance MOP du 23 février 2021, la formation de l'assuré en CFC employé de commerce n'avait plus de sens. En effet, son employeur PRO constatait que ce qui avait été mis en place pour accompagner l'assuré n'avait pas eu d'impact significatif (accompagnement par son maître d'apprentissage, encadrement par un conseiller en formation, soutien scolaire hebdomadaire doublé et individualisé avec un ancien infirmier psychiatrique et ancien enseignant). Malgré ceci, il n'y avait eu aucune amélioration des aptitudes professionnelles de l'assuré et tout ce qui était appris un jour n'était pas retenu le lendemain. Ses chances de réussir des examens étaient quasi nulles, en CFC comme en attestation fédérale de formation professionnelle (AFP). Afin de lui permettre de se présenter une nouvelle fois aux examens dans le futur, la division de réadaptation professionnelle avait décidé, avec le réseau médico-psycho-social de l'assuré, d'arrêter sa formation et de passer à une mesure de réinsertion de type entraînement à l'endurance. Ainsi, l'assuré gardait le lien avec PRO et était accompagné dans une activité à définir, adaptée à son état de santé. Une démarche de formation pourrait être envisagée lorsque cela serait le moment.

**f.** Selon une note de travail MOP du 29 septembre 2022, la situation s'était nettement améliorée. L'assuré avait encore quelques symptômes (un peu de paranoïa, un peu de fatigue, mais pas comparable à avant). Il se sentait prêt à recommencer une mesure de réadaptation à hauteur de deux heures par jour, quatre jours par semaine chez PRO (en polymécanique ou logistique).

**g.** Par communication du 3 février 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les frais pour une mesure de réinsertion (MR) de type entraînement à l'endurance auprès de PRO, du 9 janvier au 9 avril 2023.

**h.** L'assuré a interrompu la mesure le 3 février 2023.

**i.** Dans un rapport du 16 juin 2023, le service médical régional (ci-après : SMR) a retenu que la santé psychique de l'assuré n'était pas compatible avec une activité. Une éventuelle stabilisation de la maladie, une reprise de formation et une activité dans la vie professionnelle n'étaient pas exclues. Il proposait de réévaluer la situation dans deux ans. Entretemps, il était souhaitable que l'assuré soit pris en charge en matière psychiatrique et psychothérapeutique, selon le schéma que le psychiatre traitant proposait. Il n'était pas contraindre d'essayer une activité dans un milieu protégé à un taux lentement progressif. Le SMR a conclu à une incapacité de travail à 100% dès l'adolescence, et à une capacité de travail de 0% dans toutes les activités dès l'adolescence.

**j.** Par décision du 14 novembre 2023, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente extraordinaire d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2019.

**C. a.** Le 11 mars 2025, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.

**b.** Le 12 mars 2025, l'OAI a accordé à l'assuré un délai de 30 jours pour lui transmettre les documents médicaux permettant d'admettre une aggravation ou

amélioration de son état de santé. En l'absence de réponse de sa part dans le délai, il recevrait un projet de décision de non-entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

**c.** Dans un projet de décision du 24 avril 2025, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations. L'assuré devait rendre plausible par des documents adéquats que sa situation s'était notablement modifiée. Comme il n'avait pas donné suite au courrier du 12 mars 2025, l'examen du dossier n'avait pas pu montrer un tel changement.

**d.** Par courrier daté du 21 avril 2025, reçu par l'OAI le 13 mai 2025, l'assuré a déclaré qu'il autorisait sa mère à gérer en son nom toutes les démarches administratives auprès de l'OAI.

**e.** Par décision du 10 juin 2025, l'OAI a confirmé le projet de décision et rejeté la demande de prestations.

**f.** Par courrier daté du 20 juin 2025, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a informé l'OAI que l'assuré avait fait l'objet d'un signalement et qu'il instruisait l'opportunité d'instaurer une mesure de protection à son égard.

**D. a.** Par acte du 9 juillet 2025, l'assuré a recouru contre la décision du 10 juin 2025 devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), faisant valoir qu'il avait été hospitalisé pendant la période impartie pour répondre au courrier de l'intimé du 12 mars 2025, ce qui l'avait empêché de fournir à temps les documents médicaux requis. Il sollicitait donc la réouverture et le réexamen de sa demande, en proposant de fournir les pièces médicales exigées, notamment des rapports médicaux récents, diagnostics mis à jour, limitations fonctionnelles et capacités de travail résiduelles.

Il joignait à son recours une attestation du service de psychiatrie des HUG, indiquant qu'il avait été hospitalisé du 16 avril au 28 mai 2025.

**b.** Par réponse du 7 août 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours.

**c.** Par réplique du 1<sup>er</sup> septembre 2025, le recourant a persisté dans les termes de son recours. Il a ajouté que depuis sa sortie de l'hôpital, son état de santé s'était stabilisé grâce à un suivi médical spécialisé et à un traitement adapté. Il était actuellement en mesure d'assumer une activité professionnelle adaptée, dans le cadre d'un projet entrepreneurial dans le domaine du *trading*. Il précisait qu'il n'avait à ce jour pas encore reçu de la part du centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (CAPPI) de la Servette le rapport médical psychiatrique post-hospitalisation, ainsi que le certificat d'aptitude à la reprise d'activité professionnelle. Il concluait à ce que la chambre de céans reconnaisse le caractère légitime de l'empêchement ayant motivé l'absence de réponse initiale, qu'elle accepte l'intégration des pièces médicales complémentaires dès réception, et qu'elle procède à une réévaluation complète et équitable de son dossier.

**d.** Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** 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.

**1.3** Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA et art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

### **2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 11 mars 2025.

### **3.**

**3.1** L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré : subit une modification d'au moins 5 points de pourcentages, ou (let. a) atteint 100% (let. b).

Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; 130 V 343 consid. 3.5).

Les constatations et conclusions médicales dans le cadre d'une révision doivent porter précisément sur les changements survenus par rapport à l'atteinte à la santé

et à ses effets depuis l'appréciation médicale antérieure déterminante. La valeur probante d'une expertise réalisée dans le cadre de la révision du droit à la rente dépend donc essentiellement de la question de savoir si elle contient des explications suffisantes sur la mesure dans laquelle une modification de l'état de santé a eu lieu. Demeurent réservées les situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé s'est modifié (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_385/2023 du 30 novembre 2023 consid. 4.2.3 et les références).

L'examen du juge est limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1).

Comme la chambre de céans l'a rappelé encore récemment (ATAS/1067/2021 du 20 octobre 2021 consid. 4), cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (*cf.* art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 a RAI (*cf.* art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en

d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 *in fine*). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS, 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

**3.2** Selon l'art. 40 al. 1 LPGA, un délai légal ne peut en principe pas être prolongé.

Selon l'art. 40 al. 2 LPGA, si l'assureur fixe un délai pour une action déterminée, il indique en même temps les conséquences d'un retard. Celui-ci ne peut avoir d'autres conséquences que celles mentionnées dans l'avertissement.

Cependant, en vertu de l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

La preuve de l'empêchement ainsi que du moment où il a pris fin incombe à l'assuré. On admet que l'empêchement a pris fin lorsque la cause invoquée par l'assuré pour justifier son inaction n'existe plus (par exemple, l'assuré guérit de la maladie qui l'incapacitait), ou à tout le moins ne l'empêche plus d'agir ou d'instruire un tiers pour agir à sa place. Le fait de reconnaître que l'on a omis de procéder à temps fait aussi partir le délai de trente jours pour demander la restitution du délai initial (ATAS/269/2023 du 13 avril 2023 consid. 4.2.1 ; Anne-Sylvie DUPONT, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 12, *ad* art. 41).

L'art. 41 al. 1 LPGA subordonne la restitution du délai à l'absence de toute faute, laquelle n'est admise que de façon restrictive par la jurisprudence.

Par empêchement non fautif d'accomplir un acte de procédure, il faut comprendre non seulement l'impossibilité objective ou la force majeure, par exemple en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement

(ATF 108 V 226 consid. 4 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral I 468/05 du 12 octobre 2005 consid. 3.1), mais également l'impossibilité subjective due à des circonstances personnelles ou une erreur excusable (ATF 96 II 262 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral C 204/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.1). Un accident ou une maladie peut constituer, selon les circonstances, une cause légitime de restitution du délai au sens des dispositions précitées (ATF 108 V 109 consid. 2c). En revanche, l'ignorance du droit n'est en principe pas une excuse valable pour se voir accorder une restitution de délai (arrêt du Tribunal fédéral C 63/01 du 15 juin 2001 consid. 2).

La maladie peut être considérée comme un empêchement non fautif et, par conséquent, permettre une restitution d'un délai de recours, si elle met la partie recourante ou son représentant légal objectivement ou subjectivement dans l'impossibilité d'agir par soi-même ou de charger une tierce personne d'agir en son nom dans le délai (ATF 119 II 86 consid. 2a ; 112 V 255 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_767/2008 du 12 janvier 2009 consid. 5.3.1). Seule la maladie survenant à la fin du délai de recours et empêchant la partie de défendre elle-même ses intérêts ainsi que de recourir à temps aux services d'un tiers constituerait un empêchement non fautif (ATF 112 V 255 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_767/2008 du 12 janvier 2009 consid. 5.3.1).

Les circonstances doivent toutefois être appréciées objectivement : est non fautive toute circonstance qui aurait empêché un plaideur (respectivement un mandataire) consciencieux d'agir dans le délai fixé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2017 du 2 juin 2017 consid. 2.2).

La jurisprudence en matière de restitution de délai est ainsi très restrictive et n'admet un empêchement à agir que lorsqu'il existe un obstacle objectif rendant pratiquement impossible l'observation du délai ou un obstacle subjectif mettant le recourant hors d'état de s'occuper de ses affaires ou de charger un tiers de s'en occuper pour lui, comme la survenance d'un accident nécessitant une hospitalisation d'urgence ou une maladie grave (ATF 119 II 86 consid. 2 ; 112 V 255 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_767/2008 du 12 janvier 2009 consid. 5.3.1).

**3.3** En l'espèce, la chambre de céans constate que le recourant n'a pas donné suite au courrier de l'intimé du 12 mars 2025 qui lui octroyait un délai de 30 jours pour rendre vraisemblable une modification de son état de santé.

Il a fait valoir qu'il n'avait pas pu donner suite à cette demande, car il avait été hospitalisé du 16 avril au 28 mai 2025.

Il n'a toutefois produit qu'un certificat médical non motivé, attestant d'une hospitalisation du 16 avril au 28 mai 2025, ce qui ne démontre pas qu'il était dans l'incapacité de donner suite à la demande de pièces du 12 mars 2025 avant son hospitalisation, ni même pendant celle-ci, en demandant l'aide d'un tiers par exemple.

La question de son état de santé pendant le délai imparti le 12 mars 2025 peut toutefois rester ouverte, car même si l'on admettait que le recourant a pu être empêché de donner suite à la demande précitée, il a retrouvé une capacité d'agir à la suite de son hospitalisation. Son recours du 4 juillet 2025 démontre qu'il était, à tout le moins à cette date, en capacité d'agir. Or, si l'on peut admettre que ce recours constitue une demande de restitution du délai octroyé le 12 mars 2025, il faut constater que le recourant n'a pas produit de pièces répondant à cette demande dans le délai de 30 jours dès la fin de l'empêchement, de sorte que les conditions d'une restitution de délai de l'art. 41 LPGA ne sont pas remplies. En effet, la restitution du délai ne peut avoir lieu que si, dans les 30 jours depuis que l'empêchement a cessé, le requérant a déposé une demande de restitution et a accompli l'acte omis.

Le recourant peut encore déposer une nouvelle demande s'il s'y estime fondé.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
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

Janeth WEPF

Catherine TAPPONNIER

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