

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/329/2026

ATAS/393/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1972, de nationalité somalienne, est arrivée en Suisse le 24 novembre 2008. Elle émarge à l'Hospice général et a déposé une demande de prestations invalidité en raison d'une schizophrénie paranoïde, qui a été reçue le 28 août 2025 par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (ci-après : l'OAI).
- b.** La docteure B_____, médecin praticien, a complété un rapport médical en date du 9 septembre 2025, confirmant le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F 20.0) ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 7 avril 2025 et exposant qu'en raison de sa symptomatologie psychiatrique persistante, l'assurée n'était pas en mesure de suivre une réadaptation professionnelle en raison de la méfiance, de l'isolement, des troubles cognitifs et relationnels et de l'absence de réseau professionnel qui faisaient tous obstacles à une telle réadaptation.
- c.** Dans un rapport du 5 novembre 2025, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a considéré qu'après examen de la totalité des pièces versées au dossier l'invalidité était totale et aucune capacité de travail ne pouvait être exigée. Le début de l'invalidité de travail totale était difficile à établir mais depuis, au plus tôt 2013, date de diagnostic de la psychose, l'assurée n'était pas en mesure de travailler dans le premier marché.
- B.** **a.** Par projet du 7 novembre 2025, l'OAI a informé l'assurée qu'elle n'avait aucun droit à la rente, qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis 2013, mais que les conditions d'assurance n'étaient pas réunies car seule avait droit à une rente ordinaire l'assurée qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptait trois années au moins de cotisations, ce qui n'était pas son cas.
- b.** L'assurée n'a pas réagi dans le délai de 30 jours et le projet a été confirmé par décision du 15 décembre 2025.
- c.** Par courrier de son mandataire, daté du 15 décembre 2025 mais reçu le 16 décembre par l'OAI, l'assurée a contesté le projet de décision, faisant valoir qu'elle remplissait les conditions d'assurance et qu'elle ne manquerait pas d'adresser les éléments allant dans ce sens, une fois que le dossier aurait pu être consulté.
- d.** Par courrier du 18 décembre 2025, le dossier a été envoyé sous forme numérisée au mandataire de l'assurée.
- C.** **a.** Par acte de son mandataire déposé au greffe universel en date du 29 janvier 2026, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 15 décembre 2025, par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle considérait que la date à partir de laquelle l'invalidité s'était déclarée n'avait pas été précisément investiguée par l'OAI, étant précisé

qu'elle avait commencé un suivi « avec sa psychiatre » depuis le 7 avril 2025 et avec son médecin généraliste depuis le mois de septembre 2021. Il était donc demandé à l'OAI d'instruire la question de la survenance de l'incapacité de travail de façon plus poussée, interpellier les médecins sur le suivi antérieur des hôpitaux sur les hospitalisations psychiatriques ou, cas échéant, diligenter une expertise. La recourante concluait à l'annulation de la décision querellée et au renvoi à l'OAI pour instruction complémentaire, sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 26 février 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que la psychiatre traitante avait indiqué que la patiente avait présenté plusieurs hospitalisations depuis 2013 et que cette date pouvait donc être retenue, au degré de la vraisemblance prépondérante.

c. Par réplique du 9 avril 2026, l'assurée a fait valoir qu'il était indispensable qu'elle puisse accéder à son dossier médical et que les hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) avaient répondu que dans le cadre de leur système récemment mis en place, une demande d'accès à un dossier médical prenait maintenant un à deux mois.

d. Par écriture de son mandataire intitulée « complément de recours » du 27 avril 2026, la recourante a répété les arguments selon lesquels l'OAI n'avait pas investigué suffisamment la question de la date exacte du début de l'incapacité de travail et a conclu, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique soit ordonnée et principalement à ce que la décision litigieuse soit annulée et à ce qu'une rente entière ordinaire lui soit octroyée.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

f. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38

al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la réalisation de la condition d'avoir au moins cotisé pendant trois années au moment de la survenance de l'invalidité.

- 3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706).

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

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

3.3 Selon 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. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b ; 126 V 157 consid. 3a ; 118 V 79 consid. 3a et les références). En matière de rentes d'invalidité, l'invalidité est réputée survenue lorsque les conditions de l'art. 28

al. 1 LAI sont réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_510/2020 du 2 novembre 2020 consid. 2.2).

Contrairement à l'assurance-invalidité, l'assurance-accidents est chargée du traitement de l'atteinte à la santé (cf. art. 10 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20) et le droit à une rente de cette assurance ne dépend pas de la durée de l'incapacité de travail, mais du moment à partir duquel il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et du terme d'éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité. Les offices AI n'ont, quant à eux, pas à attendre l'issue des mesures thérapeutiques, ni la stabilisation du cas, mais sont tenus d'évaluer la capacité de gain des assurés bien avant, soit à l'aune des conditions de l'art. 28 al. 1 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 8.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_438/2011 du 31 juillet 2012 consid. 4.3).

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

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

3.5 La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

3.6 L'évaluation de l'invalidité s'effectue à l'aune d'un marché équilibré du travail. Cette notion, théorique et abstraite, sert de critère de distinction entre les cas relevant de l'assurance-chômage ou de l'assurance-invalidité. Elle présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (ATF 110 V 273 consid. 4b). Le caractère irréaliste des possibilités de travail doit alors découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance de l'invalidité (art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de

l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 6.1 et la référence).

4.

4.1 Sous la note marginale « conditions d'assurance », l'art. 6 LAI dispose que les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions ci-après. L'art. 39 est réservé (al. 1). Les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9 al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPG) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse (al. 2).

Selon l'art. 36 LAI, le droit à une rente ordinaire naît seulement si l'assuré compte au moins trois années de cotisation au moment de la survenance de l'invalidité.

La jurisprudence précise qu'en tant que l'art. 36 LAI subordonne l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité à une durée minimale de cotisations (depuis le 1^{er} janvier 2008 : trois années de cotisations au lieu d'une année de cotisations avant cette date), il s'agit d'une condition qui s'applique quelle que soit la nationalité de la personne assurée. Il convient donc de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 15 *ad* art. 6 LAI).

L'art. 6 al. 2 LAI constitue une règle de droit interne qui s'applique sous réserve des dispositions de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) avec l'UE, de la Convention AELE et des autres conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse. Demeure également réservé l'arrêté fédéral du 4 octobre 1962 concernant le statut des réfugiés et apatrides dans l'assurance-vieillesse et survivants et dans l'assurance-invalidité (Michel VALTERIO, *op. cit.*, n. 5 *ad* art. 6 LAI).

4.2 En application des principes figurant aux art. 29 al. 1 et 29^{ter} de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS – RS 831.10) et de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS – 831.101), la condition de durée minimale de cotisations de trois années – prévue par l'art. 36 LAI – est réalisée lorsque la personne a été assurée obligatoirement ou facultativement pendant plus de deux années et onze mois au total. Cette condition est considérée comme étant réalisée lorsque durant cette période, la personne :

- a versé la cotisation minimale ;
- ou en tant que personne sans activité lucrative, était mariée ou vivait sous le régime du partenariat enregistré avec une personne qui a versé au moins le double de la cotisation minimale ;
- ou encore, a droit à la prise en compte de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (ATAS/349/2025 du 15 mai 2025 consid. 6.2).

La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449), y compris en cas de modifications du degré d'invalidité concernant le même cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1). Si au moment où l'invalidité est réputée survenue (art. 28 al. 1 LAI), la personne assurée ne présente pas une durée de cotisation suffisante, la possibilité de bénéficier des cotisations de son conjoint, ayant versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 3 al. 3 LAVS), n'est possible que pour la période à partir de laquelle la personne assurée était assujettie à l'assurance-invalidité suisse (art. 1b LAI cum art. 1a al. 1 LAVS ; ATF 125 V 253 consid. 2). Cela s'explique par le fait que ce n'est qu'à partir de cet assujettissement que la personne assurée est réputée avoir payé elle-même des cotisations par l'intermédiaire de son conjoint (art. 2 LAI cum art. 3 al. 3 LAVS ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_287/2024 du 17 décembre 2024 consid. 3.2.5 *in fine*).

S'agissant des mesures de réadaptation, le droit à celles-ci prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement (art. 9 al. 1^{bis} LAI). Conformément à cette disposition, dès que la personne concernée n'est plus couverte par l'assurance obligatoire ou facultative, son droit aux prestations s'éteint ; elle perd donc son droit aux mesures de réadaptation en même temps qu'elle cesse d'être assurée (au sens de l'art. 1b LAI en relation avec les art. 1a et 2 LAVS). En d'autres termes, la condition d'assurance doit être réalisée dès et aussi longtemps que la personne concernée entend bénéficier de mesures de réadaptation (ATF 143 V 261 consid. 5.2.1).

4.3 Selon le site <https://www.zas.admin.ch/fr/nationalite-dun-pays-avec-convention-de-securite-sociale-avs>, il n'existe pas de convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République fédérale de Somalie.

5.

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

5.1 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

5.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.3 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351

consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.4 On ajoutera qu'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 n. 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6.

6.1 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.2 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la

nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n. U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

7.

7.1 En l'espèce, la recourante considère que l'OAI n'a pas suffisamment instruit la cause, en ce sens qu'elle aurait dû investiguer plus précisément le moment de la survenance de l'invalidité, cet élément était déterminant au regard de la condition d'avoir cotisé pendant au moins trois ans au moment de la survenance de l'invalidité.

L'OAI, de son côté s'est fondé sur une information fournie par le médecin traitant de l'assuré pour fixer la date de début de l'invalidité.

La recourante ne fournit aucun rapport médical mais considère qu'il appartenait à l'OAI de faire des recherches auprès des HUG afin de découvrir quand et pourquoi elle avait été hospitalisée.

Dans ses dernières conclusions du 24 avril 2026, elle demande qu'une expertise judiciaire psychiatrique soit ordonnée afin de clarifier ce point.

7.2 Dans son rapport médical du 9 septembre 2025, le Dr B_____ mentionne sous ch. 1.1 qu'il suit la recourante depuis le 7 avril 2025 mais que cette dernière a eu « un suivi depuis 2013 en psychiatrie avec plusieurs hospitalisations » ; sous chiffre 1.4, le médecin précise qu'avant lui, la recourante était suivie par le docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et avait subi plusieurs hospitalisations par le passé, en 2013, 2014, 2020 et 2021 aux HUG.

Le rapport médical du 23 octobre 2023, complété par le docteur D_____, spécialiste en médecine interne, mentionne qu'il suit la recourante depuis le 27 septembre 2021, qu'elle souffre de psychose, de schizophrénie et a une capacité de travail nulle, tout en précisant qu'elle est suivie par les HUG pour son diabète. Il n'y a aucune indication concernant le passé de la recourante.

En l'absence d'autres éléments, on ne peut reprocher au SMR de s'être fondé sur les indications données par le psychiatre traitant de la recourante.

Néanmoins, la décision de l'OAI ne repose que sur les indications données par le Dr B_____ et on ne peut écarter la possibilité que l'hospitalisation de 2013

concernait une autre morbidité, voire qu'en dépit de cette hospitalisation, la recourante n'était pas encore totalement invalide à ce moment.

S'ajoute à cela que la spécialisation du médecin traitant n'est pas claire, il est présenté par la recourante comme son psychiatre mais le timbre apposé sur son rapport médical indique « médecin praticien ».

Le doute subsiste ; bien que la prise de position du SMR ne soit pas critiquable au vu des documents médicaux qui lui ont été fournis, les conséquences rattachées à la fixation précise de la date de commencement de l'invalidité sont importantes dès lors qu'elles vont permettre d'établir l'existence, ou non, du droit à des prestations ; partant, il sied de compléter l'instruction du dossier sur ce point.

La cause sera donc renvoyée à l'OAI afin qu'il complète l'instruction, par tous moyens qu'il juge appropriés, notamment la quête d'information auprès des HUG et/ou du précédent médecin traitant et/ou de l'assureur maladie, voire la mise en place d'une expertise psychiatrique, afin de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, la date de l'invalidité de la recourante en raison de ses troubles psychiques.

Il va de soi qu'une participation active de la recourante pour obtenir les informations idoines est nécessaire.

8.

8.1 Il s'ensuit que le recours est admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction.

8.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

8.3 Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 15 décembre 2025.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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