

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3450/2025

ATAS/290/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2026

Chambre 15

En la cause

A _____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, présidente ; Yves MABILLARD et Christine
TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A _____ (ci-après : l'intéressé), né le _____ 1985, ressortissant de Côte d'Ivoire, est arrivé en Suisse en 2011.

b. Depuis le mois de mai 2017, l'intéressé souffre de diverses atteintes à la santé invalidante (diabète de type II, hypertension artérielle sévère, insuffisance rénale chronique avec protéinurie, asthme sévère, syndrome de l'apnée du sommeil, état anxio-dépressif).

c. À la suite d'une demande de rente déposée par l'intéressé le 14 octobre 2019, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a retenu, dans une décision du 1^{er} juillet 2022, que l'intéressé présentait un degré d'invalidité de 100% dès le 1^{er} mai 2018, soit à l'issue du délai d'attente légal d'un an. Cela étant, il a nié à l'assuré le droit à une rente, au motif qu'au moment de l'invalidité, le 1^{er} mai 2018, ce dernier ne comptait pas trois années de cotisations.

Cette décision a été confirmée par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) dans un arrêt du 2 juillet 2024 (ATAS/554/2024). Cet arrêt avait la teneur suivante :

4.2 Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

La condition de durée minimale de cotisations de trois années s'applique à tous les assurés, quelle que soit leur nationalité, en particulier aux ressortissants d'un État avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale, tel que la Côte d'Ivoire, pays dont le recourant est ressortissant.

La date de survenance de l'invalidité est ainsi 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. Les conditions d'assurance doivent être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 126 V 5 consid. 2c, 114 V 13 consid. 2b et 111 V 110 consid. 3d, ATAS/622/2022).

5. En l'espèce, il est incontesté que le recourant est totalement invalide depuis le 1^{er} mai 2018.

À cette date, le recourant avait été affilié à une caisse de compensation en Suisse uniquement du mois de janvier 2016 au mois de septembre 2016, alors qu'il était considéré comme personne sans activité lucrative. Aucune autre inscription figurait dans son extrait de compte individuel lors du prononcé de la décision attaquée. Le 1^{er} mai 2018, soit à la date de la survenance de l'invalidité, le recourant ne comptait pas trois années de cotisations.

Aucune cotisation sociale antérieure à l'année 2016 n'avait été fixée par voie de décision lors de la survenance de l'invalidité et ce, jusqu'au prononcé de la décision attaquée du 1^{er} juillet 2022, de sorte qu'à cette dernière date, il n'était plus possible de fixer les cotisations pour les années antérieures à juillet 2017 (délai de cinq ans). Aussi, quand une association est venue en aide au recourant pour payer ses cotisations sociales impayées, au mois d'août 2022, cette dernière n'a payé que les cotisations des années 2017 à 2022.

Le recourant n'ayant pas été affilié à des caisses de compensation les années antérieures à 2016, ce qui ressort des pièces produites par son conseil, il ne remplissait pas la condition de la durée des cotisations au moment de la survenance de l'invalidité.

Il ne peut dès lors pas prétendre à une rente d'invalidité ordinaire avec effet au 1^{er} mai 2018.

Âgé de plus de 20 ans lors de son invalidité (soit en l'occurrence 32 ans), le recourant ne peut en outre pas prétendre à une rente extraordinaire (art. 39 al. 3 LAI a contrario).

6. La décision attaquée ne peut ainsi qu'être confirmée.

7. Enfin, s'il ne l'a pas encore fait, le recourant doit déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI s'il veut faire valoir son droit à des prestations dès que la condition des trois années de cotisations est remplie ».

- B.**
- a.** Le 20 août 2024, l'intéressé a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI en indiquant qu'il pouvait justifier désormais de trois ans de cotisations.
 - b.** Les pièces médicales produites par l'intéressé ont été soumises au SMR lequel a rendu son avis le 26 juin 2025 à teneur duquel sur la base des informations médicales au dossier, l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis le dernier rapport. Les diagnostics et les limitations fonctionnelles restaient inchangés.
 - c.** Par décision du 5 septembre 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette demande au motif que l'intéressé n'avait pas rendu plausible que sa situation s'était notablement modifiée depuis la dernière décision de refus. Les documents médicaux produits ne montraient aucun changement.
- C.**
- a.** Par acte du 3 octobre 2025 complété les 19 et 27 novembre 2025, l'intéressé a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision. S'appuyant sur l'arrêt du 2 juillet 2024, il faisait valoir qu'il avait déposé une nouvelle demande de prestations car il pouvait justifier de trois années de cotisations.
 - b.** Par acte du 22 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'intéressé ne pouvait pas justifier de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Le droit à la rente avait été nié à raison dans la décision de 2022 et les conditions du droit ne pouvaient pas être remplies dans le futur. L'intéressé avait

été induit en erreur par l'arrêt rendu le 2 juillet 2024. Une nouvelle demande ne pouvait être déposée que si l'état de santé de l'intéressé changeait de manière à modifier son droit aux prestations, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

c. L'intéressé a répliqué le 15 janvier 2026 en indiquant que sa situation médicale n'avait pas changé, il était toujours invalide à 100%.

d. Par acte du 12 février 2026, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

e. Par écriture spontanée du 6 mars 2026, l'intéressé a persisté dans ses conclusions.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du recourant.

3.

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

3.2 A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne

durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 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).

3.4 Lorsque la première décision de refus est fondée sur le fait que l'assuré ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité (cf. art. 6 et 36 LAI), il ne peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité qu'en relation avec un nouveau cas d'assurance, à savoir la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du premier refus et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année (ATF 136 V 369 consid. 3.1). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2).

Une aggravation de l'état de santé ne justifie pas en principe un nouveau cas d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2 et 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.2).

Par ailleurs, il n'y a pas d'interruption notable de l'invalidité justifiant un nouveau cas d'assurance lorsque la personne concernée présente une invalidité (partielle) qui, même si elle varie dans le temps, ne disparaît pas entièrement pendant une période donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2018 du 19 décembre 2018 consid. 4.2.3).

3.5 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 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait

statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

4. En l'espèce, par décision du 14 octobre 2019, entrée en force, l'intimé a nié au recourant, qui présentait une incapacité de travail complète, le droit à une rente d'invalidité ordinaire, au motif qu'il ne satisfaisait pas aux conditions d'assurance, faute de trois années de cotisations au moment de la survenance de l'invalidité. Le droit à une rente extraordinaire lui a également été refusé, dans la mesure où il était âgé de plus de 20 ans lors de son invalidité (soit en l'occurrence 32 ans).

Il s'ensuit que, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, le recourant ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité que si l'on pouvait admettre un nouveau cas d'assurance, ce que le recourant n'a pas prétendu.

L'état de santé du recourant ne s'est pas modifié à teneur du dossier.

C'est dès lors à raison de que l'intimé a refusé d'entrer en matière.

Les considérants qui précèdent conduisent ainsi à la confirmation de la décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et au rejet du recours.

Cela étant, le recourant a vraisemblablement adressé une nouvelle demande de prestations en se fondant sur la formulation malheureuse et lacunaire du considérant 7 de l'ATAS/554/2024 rendu par la chambre de céans le 2 juillet 2024, considérant dans lequel la chambre a omis d'indiquer au recourant qu'outre la condition des trois années de cotisation, il devait - pour pouvoir déposer une nouvelle demande - également présenter un nouveau cas d'assurance et justifier de la modification de son état de santé.

Dans ces conditions, l'émolument restera à la charge de l'État.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Laisse l'émolument à charge de l'État.
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

Nathalie KOMAISKI

Marine WYSSENBACH

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