

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4050/2025

ATAS/452/2026

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 mai 2026

Chambre 5

En la cause

A_____ agissant par ses parents B_____ et C_____
représentés par l'ASSUAS

recourant

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.** Les parents A_____ (ci-après : l'intéressé), né en _____ 2015, originaires du Kosovo et titulaires d'un titre de séjour N pour requérants d'asile, ont complété, avec l'aide de l'Hospice général, une demande de prestations pour mineur, qui a été reçue par l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ le 3 avril 2025.
- b.** Il était fait mention d'une pancréatite chronique SPINK1, en traitement depuis le 1^{er} septembre 2023 auprès du service de pédiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- c.** En date du 22 juillet 2025, l'OAI a reçu un rapport médical de la docteure D_____, cheffe de clinique auprès du service de gastro-entérologie pédiatrique des HUG. Cette dernière confirmait, pour A_____, le diagnostic de pancréatite chronique avec épisode aigu à répétition sur pancréas *divisum* type 1, mentionnant plusieurs hospitalisations en 2023 et 2024 en raison de pancréatites aiguës et en précisant que la cause en était une malformation congénitale, soit un pancréas divisé, selon compte rendu IRM. La médecin observait qu'il n'y avait pas de douleurs actuellement, depuis la mise en place des *stents* en regard de la tête du pancréas, après la sphinctérotomie réalisée à E_____.
- B.** **a.** Par projet du 22 juillet 2025, l'OAI a informé les parents de l'intéressé de son intention de refuser des mesures médicales en raison du fait que la condition d'avoir résidé en Suisse de manière ininterrompue pendant au moins un an, avant que les mesures médicales n'aient été objectivement indiquées pour la première fois, n'était pas remplie. Il était spécifié que la date à laquelle la prestation demandée était objectivement indiquée pour la première fois était considérée comme étant la date de la survenance de l'invalidité. Dès lors que le diagnostic avait été posé et nécessitait un suivi avant l'entrée en Suisse, ladite condition n'était pas remplie.
- b.** Par courrier du 11 septembre 2025, les parents, représentant l'intéressé, ont contesté le projet de décision, après consultation des médecins des HUG, précisant que ces dernières, soit les docteurs F_____ et G_____ (*recte* : G_____), prendraient contact avec l'OAI.
- c.** Les parents de l'intéressé ont transmis à l'OAI un rapport médical du 18 septembre 2025 et du 22 juillet 2025 de la Dre G_____, médecin-chef de clinique auprès du service de pédiatrie des HUG, qui a déclaré se joindre à la « demande de recours des parents » au motif que la raison pour laquelle les mesures médicales avaient été refusées, soit que le diagnostic avait été posé et nécessitait un suivi avant l'entrée en Suisse, était inexacte. En effet, elle alléguait que le diagnostic de malformation pancréatique avait été posé dans le pays d'origine, mais les récives multiples d'épisodes de pancréatites et les complications avaient mené les spécialistes des HUG à de nombreuses investigations complémentaires, car le diagnostic de cette maladie génétique grave

et rare avait été long et difficile (mutation génétique rare SPINK1). Ce diagnostic avait ainsi confirmé l'hypothèse que la malformation anatomique n'était pas la cause principale des pancréatites à répétition et que cette mutation génétique n'était pas connue avant l'arrivée de l'enfant en Suisse.

d. Par courrier du 22 septembre 2025, l'OAI a informé les parents de l'intéressé que les éléments apportés n'étaient pas suffisants pour modifier ses conclusions et qu'il appartenait à ces derniers de lui faire parvenir des objections dûment documentées et circonstanciées dans un délai de 15 jours. Il était demandé aux parents de prendre contact avec les HUG, afin qu'ils transmettent tous les documents médicaux et diagnostics depuis l'arrivée en Suisse de l'enfant.

e. Par décision du 27 octobre 2025, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 juillet 2025 au motif qu'aucune information complémentaire n'avait été transmise après le courrier du 22 septembre 2025.

C. a. Par attestation médicale du 14 novembre 2025, postée le 17 novembre 2025, la médecin-chef de clinique des HUG H_____ a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après la chambre de céans), faisant valoir que le refus des mesures médicales était injustifié et que l'intéressé avait subi deux épisodes de pancréatite aiguë en 2022 au Kosovo, mais qu'en raison de l'impossibilité de prendre en charge une telle pathologie dans le pays en question, la famille avait fait une demande d'asile humanitaire en Suisse, après quoi elle s'était retrouvée, pour des raisons non explicables, à I_____ où le diagnostic de pancréas *divisum* type 1 avait été confirmé par IRM. Suite à cela, la famille s'était rendue en Suisse et l'intéressé avait présenté plusieurs épisodes de récurrence de pancréatites aiguës, en septembre 2023, janvier 2024, février 2024, juillet 2024, août 2024, octobre 2024 et février 2025. En avril 2025 il avait bénéficié d'une intervention chirurgicale complexe, réalisée à E_____ et était suivi par une gastro-entérologue, la Dre F_____, par un endocrinologue, le docteur J_____ et par une diététicienne, K_____. La médecin confirmait que les épisodes de pancréatites et le diagnostic de pancréas *divisum* étaient connus avant l'arrivée en Suisse, mais que celui de maladie génétique ne l'était pas et n'avait été posé que le 2 août 2024. Elle ajoutait que la malformation anatomique n'était pas la cause principale des pancréatites à répétition, mais bien les anomalies fonctionnelles du pancréas, en lien avec la mutation.

b. Par courrier du 18 novembre 2025, la chambre de céans a accusé réception du rapport médical du 14 novembre 2025 et a fixé un délai aux parents pour faire parvenir une procuration donnant pouvoir à la Dre H_____ de les représenter, sous peine d'irrecevabilité. Par courrier du 27 novembre 2025 un délai supplémentaire au 18 décembre 2025 a été octroyé aux parents du recourant pour compléter le recours, en formulant les prétentions exactes qu'il faisait valoir.

Par courrier du 17 décembre 2025, l'ASSUAS s'est constituée pour la défense des intérêts du recourant, confirmant la motivation fondée sur le rapport médical du

14 novembre 2025 et concluant à l'annulation de la décision du 27 octobre 2025 et à ce qu'il soit dit que le recourant avait droit aux prestations de l'assurance invalidité et notamment aux mesures médicales, le tout sous suite de frais et dépens.

c. Par réponse du 19 février 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours. Lorsque des mesures médicales étaient en cause, l'invalidité était réputée survenue au moment où l'infirmité constatée rendait objectivement nécessaire, pour la première fois, un traitement médical ou un contrôle permanent, étant précisé que les conditions d'assurance devaient être remplies au moment de la survenance de l'invalidité. Le recourant était arrivé en Suisse le 7 novembre 2022 et selon l'avis médical du service médical régional (ci-après : SMR) du 20 janvier 2026 joint, le diagnostic avait déjà été posé et avait nécessité un suivi, avant l'entrée de l'enfant en Suisse.

d. Par réplique de son mandataire du 14 avril 2026, le recourant a considéré qu'il ressortait clairement du dossier que, préalablement à l'arrivée en Suisse, l'enfant n'avait présenté que deux épisodes de pancréatite aiguë, en 2022, lesquels avaient été interprétés dans le contexte d'un pancréas *divisum* sans qu'aucune étiologie génétique ne soit identifiée, ni même suspectée. Dès lors, aucune prise en charge spécialisée lourde, ni aucune indication des mesures médicales de réadaptation n'était alors posée. Ce n'était qu'après son arrivée en Suisse, le 13 juillet 2023, que l'état de santé de l'enfant avait connu une évolution marquée par la répétition des épisodes de pancréatites aiguës et la mise en place d'un suivi spécialisé auprès des HUG. À la suite d'investigations approfondies il avait finalement été possible de poser le diagnostic génétique déterminant de mutation SPINK1 le 2 août 2024, lequel constituait la cause médicale principale de la pathologie chronique dont souffrait l'enfant. Ce n'était que par la mise en place d'une prise en charge lourde et durable avec une équipe spécialisée, que le diagnostic avait pu être posé, en Suisse, ce qui s'opposait à l'analyse de l'OAI selon laquelle l'invalidité était survenue antérieurement à l'arrivée en Suisse. Considérant que la maladie causant l'invalidité n'avait été objectivement identifiée, dans sa cause et sa gravité, que postérieurement à l'arrivée du recourant en Suisse, les conditions d'octroi des mesures médicales étaient remplies. À cet égard, l'avis médical du SMR se fondait sur un état de fait lacunaire, des considérations hypothétiques sur une prise en charge antérieure et n'établissait pas, de manière probante, que les conditions d'une invalidité juridiquement pertinente avaient été réalisées avant l'arrivée en Suisse.

e. Par duplique du 28 avril 2026, l'OAI a estimé que les arguments développés dans la réplique ne leur permettaient pas de modifier leur appréciation des faits, rappelant que le recourant avait déjà été traité, pour son atteinte pancréatique combinée, au Kosovo et en France.

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

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

2.

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant remplit, ou non, les conditions d'assurance lui donnant droit à des mesures médicales, plus particulièrement en ce qui concerne la date de la survenance de l'invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, 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) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel 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). 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).

En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée en avril 2025 de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

3.2 En vertu de l'art. 6 al. 1 LAI, les ressortissants suisses et étrangers, ainsi que les apatrides, ont droit aux prestations de l'assurance invalidité conformément aux dispositions légales. L'alinéa 2 de cette même disposition précise que 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 LPGA) 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.

3.3 Dans le cadre du nouveau droit, les mesures médicales, selon le nouvel art. 12 LAI, diffèrent désormais de celles en vertu du nouvel art. 13 LAI (cf., à ce sujet, Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [Développement continu de l'AI] du 15 février 2017, FF 2017 2363, en particulier p. 2409 et 2474 à 2479, [ci-après : Message]).

Notamment, le nouvel art. 12 LAI a pour titre « droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation » et le nouvel art. 13 LAI « droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales » ; en outre, conformément au nouvel art. 14ter LAI, le Conseil fédéral – en particulier dans le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) – détermine : les conditions auxquelles doivent satisfaire les mesures médicales de réadaptation au sens de l'art. 12 al. 3 LAI (let. a) ; les infirmités congénitales donnant droit à des mesures médicales en vertu de l'art. 13 LAI (let. b) ; les prestations de soins dont le coût est pris en charge (let. c).

À teneur du Message précité, le titre du nouvel art. 12 LAI est adapté afin de préciser que les mesures médicales visées ici ont pour but la réadaptation professionnelle ; cette adaptation met également en évidence la distinction avec les mesures médicales pour le traitement de l'affection en tant que telle (à savoir l'infirmité congénitale), qui sont réglées à l'art. 13 LAI ; le titre « droit en cas d'infirmité congénitale » est quant à lui remplacé, dans le nouvel art. 13 LAI, par « droit à des mesures médicales pour le traitement des infirmités congénitales », afin de préciser que cet article porte uniquement sur le traitement médical et non sur les mesures médicales de réadaptation (art. 12 LAI ; FF 2017 2474 et 2475).

3.4 Selon l'art. 9 al. 3 LAI, qui vise les ressortissants étrangers âgés de moins de 20 ans qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, il faut, pour pouvoir bénéficier de mesures médicales, que lors de la survenance de l'invalidité, leur père ou mère compte, s'il s'agit d'une personne étrangère, ait effectué au moins une année entière de cotisations ou 10 ans de résidence non interrompue en Suisse (let. a), ou que l'enfant étranger de moins de 20 ans soit né invalide en Suisse ou résidait en Suisse sans interruption depuis une année au moins, ou depuis sa naissance, lors de la survenance de l'invalidité (let. b).

C'est le lieu de rappeler que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni 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 9 consid. 2b et références y citées).

4. 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

4.1 Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

4.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

4.3 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 ; 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).

4.4 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 (cf. 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.** 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 donc 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).
- 6.** En l'espèce, il est établi que ni le père, ni la mère du recourant ne remplissent les conditions de l'art. 9 al. 3 let. a LAI. S'agissant de la let. b, le recourant n'est pas né invalide en Suisse et la seule condition lui permettant d'obtenir des prestations invalidité, soit le droit à des mesures médicales dès lors qu'il est de nationalité étrangère et âgé de moins de 20 ans, est la condition d'avoir résidé en Suisse, sans

interruption, depuis une année au moins, lors de la survenance de l'invalidité, étant rappelé que le recourant est arrivé en Suisse le 13 juillet 2023.

6.1 Les parties s'opposent à ce sujet ; le recourant considère que le diagnostic fondant l'invalidité, soit la découverte d'une malformation génétique SPINK1, est l'élément déterminant et que ce point n'a été découvert qu'à l'issue d'un examen approfondi, avec la pose du diagnostic génétique déterminant le 2 août 2024.

L'intimé, quant à lui, estime que le diagnostic fondant l'invalidité est celui de pancréas *divisum*, connu et établi bien avant l'arrivée en Suisse.

6.2 Les médecins traitants du recourant précisent l'origine génétique et la date du diagnostic. Ainsi, la déclaration de maladie rare du 4 décembre 2024 établie par le docteur L_____, confirme l'existence d'une pancréatite chronique héréditaire, avec un âge des premiers symptômes de six à douze ans, lors des années scolaires et une date du diagnostic fixée au 2 août 2024, soit un diagnostic de génétique moléculaire.

Dans son attestation médicale du 14 novembre 2025, la Dre H_____ confirme que les épisodes de pancréatite et le diagnostic de pancréas *divisum* était connu avant l'arrivée du recourant en Suisse, mais que celui de mutation génétique ne l'était pas et qu'il n'a été posé qu'en date du 2 août 2024.

Le rapport médical du 2 avril 2026 de la Dre G_____ précise que l'étiologie génétique était suspectée par les spécialistes après les épisodes récidivant de pancréatite de janvier et février 2024 et que les analyses ont été demandées le 26 mars 2024 mais que ce n'est que le 2 août 2024 que le diagnostic a confirmé que la malformation anatomique n'était pas la cause des pancréatites à répétition, mais bien les anomalies fonctionnelles du pancréas en lien avec la mutation.

Le rapport du SMR du 1^{er} janvier 2026 est concis ; la docteure M_____ se contentant de confirmer l'existence d'une malformation pancréatique du recourant correspondant à l'IC 296 et une pancréatite aiguë récidivante sur mutation du gène SPINK1 pouvant correspondre à l'IC 459, soit les infirmités congénitales figurant dans l'ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (RS 831.232.211- OIC-DFI) qui énumère les infirmités congénitales pour le traitement desquelles des mesures médicales sont accordées en vertu de l'art. 13 LAI. En cela, quel que soit le diagnostic retenu, on peut partir du principe qu'il entre dans la liste des diagnostics pour lesquels les mesures médicales sont octroyées. La médecin du SMR confirme, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur les déclarations de la docteure H_____, que le recourant avait déjà été suivi et traité auparavant, au Kosovo et en France pour son atteinte pancréatique combinée qui, à cette époque, n'avait pas encore été complètement précisée.

Ce faisant, la médecin du SMR ne donne aucune indication permettant de déterminer si l'invalidité était déjà présente et connue en raison du diagnostic de pancréas *divisum* ou si ce n'est qu'à l'issue des investigations génétiques et de la

découverte, le 2 août 2024 du problème de mutation génétique SPRINK1, que l'invalidité s'est trouvée établie.

6.3 Dans l'état actuel du dossier, la chambre de céans ne dispose pas des informations médicales pertinentes permettant de trancher cette question.

Au vu des appréciations médicales et concordantes de plusieurs médecins spécialistes des HUG, le préavis du SMR ne présente pas une valeur probante suffisante.

Conformément à la jurisprudence citée supra sous chiffre 4.1, la divergence entre l'avis du SMR et les appréciations des médecins traitants aurait dû conduire l'intimé à mandater une expertise pluridisciplinaire.

Il paraît en effet absolument indispensable de déterminer si la survenance de l'invalidité provient du diagnostic de pancréas *divisum*, posé antérieurement à l'arrivée du recourant en Suisse, ou au contraire provient du diagnostic de mutation génétique SPRINK1, datant de plus d'une année après l'arrivée du recourant en Suisse.

7.

7.1 Ce point étant resté non instruit, jusqu'ici, la décision sera annulée et la cause sera renvoyée à l'OAI afin qu'il mandate des experts, avec, probablement, un volet en gastro-entérologie et un volet en endocrinologie, ainsi que toute autre discipline médicale qui sera considérée comme appropriée, pour réaliser une expertise pluridisciplinaire permettant de répondre à cette question et rendre une nouvelle décision.

7.2 Le recourant, assisté par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement 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).

7.3 Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire au sens des considérants, mise en place d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.
4. Alloue au recourant, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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