

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/970/2026

ATAS/369/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 avril 2026

Chambre 9

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, présidente ; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN , juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Le 23 septembre 2024, A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, a déposé une demande de prestations d'invalidité, en mentionnant un épisode dépressif depuis plus de dix ans dans le cadre d'une bipolarité diagnostiquée depuis le 29 février 2024. Il était suivi par les docteurs B_____, C_____, D_____ et E_____.
- b.** À la demande de l'OAI :
- l'employeur a rempli un questionnaire le 31 octobre 2024 ;
 - le Dr C_____ a rempli un rapport médical le 4 décembre 2024 ;
 - le Dr D_____ a rempli un rapport médical le 6 décembre 2024 ;
 - la Dre B_____ a rempli un rapport médical le 8 décembre 2024.
- c.** Le 27 février 2025, l'OAI a été informé par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : GROUPE MUTUEL) que l'assuré avait été convoqué à une expertise médicale LAMal.
- d.** Le 16 mai 2025, l'OAI a invité le GROUPE MUTUEL à lui transmettre une copie de l'expertise médicale, ainsi que le détail des incapacités de travail répertoriées.
- e.** Sur demande de l'OAI, le docteur F_____ a rempli un rapport médical le 3 juin 2025.
- f.** Le 5 juin 2025, GROUPE MUTUEL a transmis le rapport d'expertise du 1^{er} mai 2025.
- g.** Sur demande de l'OAI, la Dre B_____ a rempli un rapport médical le 7 août 2025.
- h.** Par courrier du 14 août 2025, l'OAI a informé l'assuré avoir adressé une demande de renseignements au Dr D_____. Aucune réponse ne lui était parvenue, si bien qu'il ne pouvait se prononcer sur son droit aux prestations. L'assuré était invité à demander à son médecin de lui retourner le rapport médical dans un délai de 30 jours.
- i.** Sur demande de l'OAI, la Dre B_____ a rempli un rapport médical le 3 décembre 2025.
- j.** Par courrier du 12 janvier 2026, l'OAI a informé l'assuré avoir adressé une demande de renseignements à son médecin au Centre médical G_____. Aucune réponse ne lui était parvenue, si bien qu'il ne pouvait se prononcer sur son droit aux prestations. L'assuré était invité à demander à son médecin de lui retourner le rapport médical dans un délai de 30 jours.
- k.** Le 10 février 2026, l'OAI a reçu le rapport de H_____, psychologue.

l. Le jour même, un mandat a été adressé au service médico-régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR).

m. Dans un courrier du 10 mars 2026 adressé à l'OAI, l'assuré s'est plaint d'un retard inexcusable dans le traitement de son dossier. Son assurance perte de gain avait cessé les versements au terme des 720 jours. L'instruction du dossier auprès de l'OAI subissait des délais excessifs, étant précisé que son dossier était complet depuis septembre 2025 et son état était stable depuis mai 2025. Pourtant, le transfert au « médecin cantonal » (*sic*) n'avait eu lieu qu'en février 2026. Il sollicitait l'octroi d'une rente d'invalidité et des mesures d'accompagnement adaptées à sa pathologie, ainsi que le versement immédiat d'acomptes provisionnels conformément à l'art. 19 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

n. Le SMR a rendu son rapport le 11 mars 2026. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité actuelle à compter du 1^{er} février 2024. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 40% dès le 3 décembre 2025, et de 50% dès janvier 2026. Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé à 50% au 1^{er} mai 2025.

Un mandat au service de réadaptation avait été effectué le jour même.

o. Par courrier du 11 mars 2026, reçu par l'assuré le 17 mars 2026, l'OAI a informé ce dernier qu'après avoir soumis son dossier pour étude au SMR, il avait transmis le dossier auprès du spécialiste en réadaptation.

p. Dans une note de travail du 17 mars 2026, l'OAI a relevé que le grief de retard injustifié était infondé. Il avait agi de manière diligente et conforme aux règles de procédure sans temps mort injustifié. Aucune violation du principe de célérité ne pouvait être retenue. L'instruction médicale et professionnelle avait été menée de manière complète. Dans un premier temps, les médecins traitants avaient été sollicités et les pièces médicales nécessaires avaient été recueillies. Dans son rapport médical du 8 décembre 2024, la Dre B_____ avait estimé que le cas n'était pas stabilisé et que le patient était apte à suivre une mesure de réinsertion professionnelle à un taux partiel dans un délai de six mois. En août 2025, la Dre B_____ avait conclu à une capacité de travail de l'assuré, avec une reprise à 20% assortie d'une augmentation progressive de 10% toutes les trois semaines. L'OAI avait donc suivi activement la mise en œuvre de cette reprise progressive. Plusieurs contacts téléphoniques avaient été pris avec l'assuré afin d'évaluer l'évolution concrète de sa situation et de sa capacité de travail et adapter l'instruction en conséquence, cette démarche s'inscrivant pleinement dans l'obligation de collaborer et le principe de réadaptation prioritaire. Au mois de novembre 2025, l'assuré avait indiqué qu'il convenait d'interroger le centre G_____ à la suite de sa quatrième séance. Cette démarche avait été effectuée en novembre 2025. Parallèlement, la médecin traitante avait à nouveau été sollicitée au mois de décembre 2025 pour actualiser les éléments au dossier. Le rapport de

la psychologue avait été reçu le 10 février 2026 et le jour même, un mandat avait été adressé au SMR pour analyse. Dès réception de l'avis du SMR, un mandat avait été immédiatement transmis au service de réadaptation, ce qui démontrait la continuité et la réactivité du traitement du dossier. Chaque étape de la procédure avait donc été traitée sans délai injustifié, en fonction de la réception des éléments nécessaires à la prise de décision. Enfin, la procédure présentait un certain degré de complexité, notamment en raison de l'évolution de la capacité de travail de l'assuré et de la mise en œuvre d'une reprise progressive, ce qui justifiait un suivi dans la durée.

q. Par courrier du 24 mars 2026 adressé à l'OAI, l'assuré a sollicité l'attribution immédiate de son dossier à un spécialiste ainsi que la convocation à un entretien.

- B. a.** Le 17 mars 2026, A_____ a saisi la chambre de assurances sociales de la Cour de justice d'un recours pour déni de justice, en faisant valoir que le 10 mars 2026, il avait mis l'OAI en demeure. Il sollicitait l'audition du Conseiller d'État, Thierry APOTHÉLOZ et celle de son gestionnaire de dossier, ainsi que la production de diverses pièces.

Depuis le 1^{er} février 2026, il était en rupture totale de revenus. En raison de son incapacité de travail de 60%, il ne percevait les indemnités de l'assurance-chômage qu'à hauteur de 40%. Il se trouvait dans « une détresse financière absolue ». Il avait appris que l'OAI avait annoncé un « délai supplémentaire de deux à trois semaines » pour désigner un conseiller en réadaptation. Ce nouveau report, purement administratif, s'ajoutait à des mois d'inaction sur un dossier médicalement complet. Cela rendait la prise en charge de son père, dont il était le curateur, impossible. L'OAI disposait de deux expertises approfondies, réalisées par des experts certifiés SIM pour le compte de l'assurance perte de gains. Utiliser le temps de latence du service médical pour laisser un assuré sans aucune ressource, alors que les diagnostics étaient posés et stabilisés, constituait une méthode dilatoire que la chambre de céans se devait de sanctionner pour éviter la précarisation des assurés. Plus grave encore, l'OAI lui avait conseillé de s'adresser à l'Hospice général, banalisant sa propre carence administrative. Ce comportement violait son droit à la dignité.

b. Le 24 mars 2026, l'assuré a produit des pièces nouvelles. Il a ajouté qu'il avait appris, lors d'une conversation téléphonique du 23 mars 2026, qu'aucun numéro de dossier n'avait encore été attribué au service de réadaptation.

c. Le 14 avril 2026, l'assuré a invité la chambre de céans à constater formellement le déni de justice et à ordonner des mesures provisionnelles par le biais d'un versement immédiat d'un acompte sur indemnités journalières, basé sur son gain assuré de CHF 10'406.-. Il a déclaré avoir reçu une convocation avec le service de réadaptation de l'OAI le 5 mai 2026. Ce rendez-vous ne réglait en rien l'urgence vitale et financière actuelle. Il avait donc dû introduire une réquisition de poursuite contre l'OAI le 6 avril 2026. Le préjudice était irréparable : si les

arriérés n'étaient pas versés immédiatement, il risquait l'exclusion de l'école supérieure d'informatique (IDEC) à laquelle il était inscrit, faute de payer la mensualité requise. L'urgence était également vitale, puisqu'il était titulaire d'une police d'assurance prévoyant une franchise annuelle de CHF 2'500.-.

d. Le 14 avril 2026, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que le dossier était en cours d'instruction et que vu les mesures ordonnées et l'instruction médicale effectuée, la durée de l'instruction n'était pas abusive. Un mandat au service de réadaptation avait été effectué le 11 mars 2026 afin d'évaluer si des mesures d'ordre professionnel étaient nécessaires et une convocation avait été envoyée au recourant le 2 avril 2026 pour une séance avec le service de réadaptation.

e. Le 22 avril 2026, l'assuré a souligné « l'urgence financière » qui avait été ignorée par l'OAI. Ce dernier justifiait le retard par l'entretien prévu le 5 mai. Or, cet entretien n'apportait aucune solution à son absence de revenus. Il a invité la chambre de céans à se prononcer de toute urgence sur sa demande de mesures provisionnelles afin de garantir son minimum vital et celui de son père et sollicité une décision immédiate sur mesures provisionnelles d'ici le 30 avril 2026, condamnant l'intimé à lui verser un acompte financier lui permettant de couvrir son minimum vital.

f. Le 27 avril 2026, le recourant a informé la chambre de céans qu'il retirait sa conclusion subsidiaire portant sur le versement d'acomptes provisionnels. Il maintenait toutefois sa conclusion en déni de justice formel.

g. Cette écriture a été transmise à l'OAI.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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.

- 2.

2.1 En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA).

Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité

concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4 (art. 62 al. 6 LPA).

2.2 En l'espèce, le recourant a formellement sollicité la prise d'une décision par l'OAI par courrier du 10 mars 2026, avant de recourir pour déni de justice le 17 mars 2026. Compte tenu du délai – très bref – qui s'est écoulé entre la mise en demeure de l'OAI et le recours devant la chambre de céans, la question se pose de savoir si, conformément à l'art. 62 al. 6 LPA, l'autorité n'a pas donné suite rapidement à la mise en demeure. La question de la recevabilité du recours pour déni de justice peut toutefois demeurer indécise, pour les motifs qui suivent.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable.

Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en œuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) – qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) –, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2).

3.2 L'art. 29 al. 1 Cst. consacre notamment le principe de la célérité ou, en d'autres termes, prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 144 I 318 consid. 7.1 et les références ; 131 V 407 consid. 1.1 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 143 IV 373 consid. 1.3.1 et les références) mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par ex. ; arrêt du Tribunal fédéral C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2

et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133 ; 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 ; C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

Il y a notamment un retard injustifié si l'autorité reste inactive pendant plusieurs mois, alors que la procédure aurait pu être menée à son terme dans un délai beaucoup plus court. Des périodes d'activités intenses peuvent cependant compenser le fait que le dossier a été laissé momentanément de côté en raison d'autres affaires et on ne saurait reprocher à l'autorité quelques temps morts, qui sont inévitables dans une procédure ; lorsqu'aucun d'eux n'est d'une durée vraiment choquante, c'est l'appréciation d'ensemble qui prévaut. Un certain pouvoir d'appréciation quant aux priorités et aux mesures à prendre pour faire avancer l'instruction doit aussi être reconnu à l'autorité. Selon la jurisprudence, apparaissent comme des carences choquantes une activité de treize ou quatorze mois au stade de l'instruction ou encore un délai de dix ou onze mois pour que le dossier soit transmis à l'autorité de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 5.1 et les références).

3.3 La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 ; 129 V 411 consid. 1.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2022 du 9 août 2022 consid. 4.2 et les références). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives.

3.4 Le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans un cas où il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la Caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance accident, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes : capacité résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine

complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A.8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la Caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces atermoiements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2).

Il en a fait de même dans un cas où il y avait eu un intervalle d'environ 21 mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en œuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014)

3.5 En l'occurrence, le recourant reproche à l'intimé un retard à rendre une décision, à la suite de sa demande de prestations du 23 septembre 2024, ce que l'intimé conteste.

Il ressort du dossier du recourant que l'intimé a mené l'instruction du cas, depuis le dépôt de la demande de prestations du 23 septembre 2024 jusqu'à ce jour, de telle manière qu'on ne saurait lui reprocher un retard intolérable.

En effet, dès réception de la demande, l'intimé a sollicité des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assuré. Dans son rapport médical du 8 décembre 2024, la Dre B_____ a estimé que le cas n'était pas stabilisé et que le patient était apte à suivre une mesure de réinsertion professionnelle à un taux partiel dans un délai de six mois. En février 2025, l'OAI a été informé que l'assuré avait été convoqué à une expertise médicale LAMal. En mai 2025, il a invité l'assurance à lui faire parvenir une copie de l'expertise médicale, ainsi que le détail des incapacités de travail répertoriées, ce qui a été fait le 5 juin 2025. L'OAI a ensuite sollicité des renseignements médicaux complémentaires des Drs B_____ et D_____. En août 2025, la Dre B_____ a conclu à une capacité de travail de l'assuré, avec une reprise à 20% assortie d'une augmentation progressive de 10% toutes les trois semaines. Ensuite, plusieurs contacts téléphoniques ont été échangés avec le recourant afin d'évaluer l'évolution concrète de sa situation et de sa capacité de travail. Au mois de novembre 2025,

l'assuré a notamment indiqué qu'il convenait d'interroger le centre G_____, soit en particulier sa psychologue H_____, ce que l'OAI a fait sans délai. Parallèlement, il a à nouveau sollicité la médecin traitante du recourant afin d'actualiser les éléments au dossier. Dès réception du rapport de la psychologue, qui avait été relancée à plusieurs reprises, l'OAI a transmis le dossier pour avis au SMR. Les différents renseignements recueillis ont ensuite permis au SMR de se prononcer dans un avis du 11 mars 2026, soit un mois après réception du rapport de la psychologue traitante du recourant. Le jour-même, un mandat a été transmis au service de réadaptation.

Dans ces conditions, aucun retard, ou temps mort, au sens de la jurisprudence précitée ne peut être imputé à ce jour à l'intimé, lequel a par ailleurs indiqué que le recourant serait reçu par le service de réadaptation le 5 mai 2026.

4. Partant, le recours ne peut qu'être rejeté, en tant qu'il est recevable. Les faits de la cause étant suffisamment établis par les pièces au dossier, il ne sera pas donné suite aux demandes d'audition de témoins et de production de pièces. Enfin, le recourant a retiré sa demande de mesures provisionnelles. Celle-ci aurait, quoi qu'il en soit, été sans objet compte tenu du prononcé du présent arrêt.

La chambre de céans relèvera, à toutes fins utiles, que si la situation financière du recourant est certes précaire, il lui est loisible de demander des prestations d'aide sociale à l'Hospice général s'il est sans revenu pour des raisons de santé. Dans l'intervalle, il appartiendra à l'intimé d'agir avec diligence et conformément au principe de célérité, en vue de rendre une décision relative à la demande de prestations dans les meilleurs délais.

Eu égard à la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 69 al. 1^{bis} de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - 831.20] *a contrario*).

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

Statuant

1. Rejette le recours en tant qu'il est recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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