

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3161/2013

ATAS/1116/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 novembre 2013

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PIRKER Christian

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. M. A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1955, originaire du Portugal, entré en Suisse en 1984, titulaire d'une autorisation d'établissement C, marié, a exercé la profession de maçon.
2. Le 2 juin 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant une incapacité de travail depuis décembre 2007 en raison d'un cancer de l'estomac.
3. L'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a accusé réception de cette demande le 4 juin 2008 et envoyé le même jour à X_____ SA le questionnaire pour l'employeur, reçu en retour le 20 juin 2008 et à la Fédération vaudoise des entrepreneurs une demande de copie de son dossier, laquelle a répondu le 13 juin 2008.
4. Le 11 juin 2008, un avis de la cellule de tri a été émis.
5. Le 12 juin 2008, l'OAI a reçu diverses pièces transmises par l'assuré.
6. Le 11 juillet 2008, l'OAI a requis du médecin-traitant, le Dr L_____, un rapport médical, retourné à l'OAI le 18 juillet 2008.
7. Le 22 juillet 2008, le SMR a observé qu'il convenait de demander un rapport médical en décembre 2008 avec les consultations oncologiques et un bilan radiologique.
8. Par communication du 24 juillet 2008, l'OAI a constaté que des mesures de réadaptation n'étaient pas possibles.
9. Le 13 novembre 2008, l'OAI a reçu le dossier de la part de la caisse-maladie PHILOS, assureur perte de gain de l'assuré.
10. Le 18 décembre 2008, l'OAI a reçu un rapport médical intermédiaire AI de la part du Dr L_____ mentionnant une opération prévue en janvier 2009.
11. Les 15 avril et 30 juin 2009, l'OAI a requis un rapport médical intermédiaire AI de la part du Dr L_____ ; le 22 juin 2009, celui-ci a mentionné une aggravation de l'état de santé.
12. Le 1^{er} décembre 2009, l'OAI a requis de PHILOS les pièces de son dossier postérieures au 10 août 2009, laquelle y a donné suite le 17 décembre 2009.
13. Le 16 décembre 2009, l'OAI a reçu un rapport médical intermédiaire de la part du Dr L_____ mentionnant une amélioration de l'état de santé de l'assuré.
14. Le 11 janvier 2010, l'OAI a requis de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) des renseignements concernant l'inscription de l'assuré à l'assurance-chômage.
15. Le 15 mars 2010, l'OAI a reçu, au cours d'une séance avec l'OCE, le préavis médical du médecin-conseil de l'OCE concluant à une réorientation professionnelle de l'assuré, l'ancienne activité n'étant plus exigible et un certificat du Dr L_____ de reprise à 100 % dès le 17 décembre 2009.

16. Le 6 mai 2010, l'OAI a estimé que le dossier devait être soumis au SMR, ce qui a été fait le 7 mai 2010. Le SMR a répondu le 11 mai 2010 que l'incapacité de travail était totale du 27 décembre 2007 au 30 novembre 2009 et nulle dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2009.
17. Le 11 mai 2010, l'OAI a requis de X_____ SA des renseignements concernant le salaire de l'assuré, laquelle a répondu le 18 mai 2010. Une nouvelle demande a été envoyée le même jour, à laquelle X_____ SA a répondu le 27 mai 2010.
18. Les 25 et 31 mai 2010, une note téléphonique de la gestionnaire du dossier relate deux entretiens avec la fille de l'assuré qui annonce une aggravation de l'état de santé de son père par la survenance d'une pneumonie.
19. Le 16 juin 2010, l'OAI a reçu un avis médical du Dr L_____ estimant que l'assuré était en incapacité de travail totale et que, vu la lenteur de la procédure AI, il avait dû s'inscrire au chômage.
20. Le 12 juillet 2010, une note de l'OAI mentionne que l'OCE a transmis le dossier aux PCM au vu de l'incapacité totale de l'assuré.
21. Le 21 juillet 2010, une note téléphonique de la gestionnaire relate un entretien avec la fille de l'assuré qui l'informe de l'état de santé de son père.
22. Le 5 août 2010, l'OAI a reçu un rapport médical intermédiaire du Dr L_____ attestant d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré, un rapport de consultation des HUG du 5 juillet 2010, un rapport des HUG concernant un séjour de l'assuré du 16 au 22 mai 2010 et du 26 au 28 mai 2010.
23. Le 24 août 2010, l'OAI a requis du Dr L_____ des renseignements complémentaires, lesquels ont été reçus le 17 novembre 2010.
24. Le 18 novembre 2010, le dossier a été soumis au SMR.
25. Le 4 janvier 2011, le SMR a requis des renseignements auprès du Dr L_____.
26. Le 28 février 2011, le SMR a requis d'autres renseignements auprès du médecin-traitant en faisant état d'une discussion avec celui-ci du 24 février 2011.
27. Le 10 avril 2011, le SMR a estimé que la capacité de travail était nulle comme maçon dès mai 2010 et de 50 % dans une activité adaptée dès juillet 2010.
28. Le 19 avril 2011, l'OAI a requis des renseignements auprès de X_____ SA concernant le salaire de l'assuré, lesquels ont été reçus le 12 mai 2011.
29. Le 19 avril 2011, l'OAI a reçu des renseignements de la part du Dr L_____ celui-ci indiquant que même à 50 % l'assuré subirait un absentéisme important.
30. Le 13 mai 2011, l'OAI a fixé le taux d'invalidité de l'assuré à 63,6 %.
31. Le 26 mai 2011, le SMR a estimé que l'atteinte à la santé n'était pas très claire et qu'il convenait de faire une expertise auprès du Dr M_____.

32. Le 26 mai 2011, la cellule monitoring a indiqué un téléphone avec l'assuré du 23 mai 2011 et avec la fille de celui-ci du 24 mai 2011.
33. Par communication du 30 mai 2011, l'OAI a ordonné une expertise auprès du Dr M_____, lequel a rendu son rapport le 28 septembre 2011, reçu à l'OAI le 7 octobre 2011, concluant à une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 16 juillet 2010 et à une incapacité de travail totale du 27 décembre 2007 au 16 décembre 2009 et du 15 mai au 15 juillet 2010.
34. Le 7 octobre 2011, l'OAI a reçu des pièces médicales de la part du Dr L_____.
35. Le 7 octobre 2011, l'OAI a requis l'avis du SMR.
36. Le 28 octobre 2011, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré, représenté par un avocat réclamant une décision rapide dès lors que depuis le 5 juillet 2011 il ne touchait plus aucune prestation.
37. Le 31 octobre 2011, l'OAI a informé l'assuré que son dossier était auprès du service médical.
38. Le 9 novembre 2011, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré faisant suite à un entretien téléphonique du 4 novembre 2011.
39. Le 2 décembre 2011, le SMR a estimé que l'incapacité de travail était totale du 27 décembre 2007 au 16 décembre 2009 et nulle dans une activité adaptée dès le 17 décembre 2009.
40. Le 7 décembre 2011, le gestionnaire du dossier a requis l'examen de mesures d'ordre professionnel.
41. Le 22 décembre 2011, la réadaptation professionnelle a estimé qu'il fallait revoir l'assuré et fixé à titre indicatif le degré d'invalidité à 21 %.
42. Le 12 janvier 2012, la réadaptation professionnelle a mentionné un entretien téléphonique avec l'assuré et a proposé un stage EPI OSER et un entraînement au travail de six mois environ.
43. Le 17 janvier 2012, l'assuré a requis une copie de son dossier.
44. Le 20 janvier 2012, l'OAI a requis des EPI une réservation pour un stage de trois mois.
45. Le 8 mars 2012, les EPI ont convoqué l'assuré pour un stage dès le 2 avril 2012.
46. Par communication du 20 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'un stage du 2 avril au 1^{er} juillet 2012.
47. Le 27 mars 2012, l'assuré, représenté par son avocat, a requis une décision sur l'indemnité durant le stage.
48. Le 11 avril 2012, l'OAI a reçu une annonce de stage pour l'assuré dès le 2 avril 2012.

49. Le 22 mai 2012, le gestionnaire du dossier a rédigé une note de travail relevant qu'étaient apparus des problèmes de vue, une paralysie provisoire des mains, et des douleurs abdominales nécessitant une investigation médicale. Le rendement était faible et la capacité d'apprentissage basse.
50. Le 22 mai 2012, le Dr L _____ a attesté d'une polyarthrose des deux mains et arthrose lombaire massive et un dumping syndrome tardif avec nausées/transpirations et douleurs abdominales, transmis à l'OAI par la fille de l'assuré, avec un bilan radiologique.
51. Le 29 mai 2012, le gestionnaire a relevé, dans une note de travail, qu'un complément d'instruction médicale était éventuellement envisagé.
52. Par courriel du 14 juin 2012, les EPI ont indiqué que le rendement était seulement de 35 % malgré la motivation du stagiaire. Il était passé à l'atelier nettoyage où il faisait un très bon stage mais son horaire avait dû être réduit de 12 heures à 6 heures.
53. Par courriel du 19 juin 2012, l'OAI a indiqué que la suite du stage pouvait objectiver une capacité de travail proche de 100 %.
54. Par communication du 29 juin 2012, l'OAI a prolongé la mesure OSER avec un stage en entreprise prévu du 2 juillet au 2 octobre 2012.
55. Le 3 juillet 2012, l'OAI a requis un certificat médical du Dr L _____ attestant d'une capacité de travail de 50 % du 3 juillet au 30 août 2012.
56. Le 11 juillet 2012, les EPI ont rendu un rapport d'observation professionnelle et proposé une prolongation de stage de trois mois sous forme d'un reclassement. L'activité d'ouvrier à l'établi n'était pas adaptée mais celle de nettoyeur convenait, sous réserve du taux de travail qui avait dû être réduit à 80 %.
57. Le 15 août 2012, une note téléphonique a relaté un entretien avec l'assurée.
58. Le 23 août 2012, le Dr L _____ a prolongé l'incapacité de travail à 50 % du 1^{er} au 30 septembre 2012.
59. Le 2 octobre 2012, une note téléphonique a relaté un entretien avec la fille de l'assuré.
60. Le 3 octobre 2012, l'OAI a reçu une prolongation de l'incapacité de travail à 50 % du Dr L _____ du 1^{er} au 31 octobre 2012 et requis de celui-ci des informations médicales ; l'OAI a reçu la réponse du Dr L _____ le 17 octobre 2012.
61. Le 16 octobre 2012, les EPI ont sorti l'assuré de leur effectif au 2 octobre 2012 et indiqué qu'une activité de nettoyeur à 50 % était adaptée.
62. Le 5 novembre 2012, la fille de l'assuré a demandé à l'OAI où en était le dossier de son père et transmis une prolongation de l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % signée par le Dr L _____ pour novembre 2012.

63. Le 7 novembre 2012, l'OAI a indiqué qu'il attendait un avis du Dr L_____.
64. Le 12 novembre 2012, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré indiquant qu'il consulterait le 27 novembre 2012 la Dresse N_____, FHM médecine générale, et transmettrait les conclusions de celle-ci à l'OAI, lequel était prié de surseoir à statuer.
65. Le 4 décembre 2012, l'OAI a reçu une attestation du Dr L_____ attestant d'une incapacité de travail de 100 % de l'assuré en décembre.
66. Le 5 décembre 2012, l'OAI a requis des renseignements de la part du Dr L_____ et de la Dresse N_____.
67. Le 21 décembre 2012, l'OAI a reçu le rapport médical du Dr L_____ attestant d'une incapacité de travail totale en raison de risques de malaises avec chutes et blocages lombaires.
68. Le 14 janvier 2013, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré requérant une décision rapide et indiquant que son médecin-traitant était dorénavant la Dresse N_____, ainsi qu'un rapport médical de celle-ci attestant d'une incapacité de travail totale depuis 2008 jusqu'à juillet 2012 et de 50 % depuis le 3 juillet 2012.
69. Le 23 janvier 2013, l'OAI a requis un avis du SMR, lequel a indiqué le 29 janvier 2013 qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.
70. Le 31 janvier 2013, la Dresse N_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} janvier au 28 février 2013.
71. Le 6 février 2013, la réadaptation a clôt le mandat de réadaptation professionnelle.
72. Le 12 février 2013, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge d'une expertise pluridisciplinaire.
73. Le 4 mars 2013, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré réclamant un traducteur pour l'expertise.
74. Selon une note du SMR du 5 mars 2013 l'inscription du dossier via la plateforme MED@P a été requise.
75. Le 26 mars 2013, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré réclamant un examen médical de toute urgence.
76. Le 26 mars 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il n'avait pas d'influence sur la procédure menée par le centre d'expertise.
77. Le 13 mai 2013, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré relevant que sa demande de prestation avait été déposée cinq ans auparavant et requis la désignation d'experts d'ici au 21 mai 2013, faute de quoi un recours pour déni de justice serait déposé.
78. Le 4 juin 2013, l'OAI a reçu un courrier de l'assuré le mettant en demeure de rendre une décision de rente d'invalidité totale d'ici au 10 juin 2013.

79. Le 19 juin 2013, l'OAI a informé l'assuré que les centres intégrés dans la plateforme MED@P étant surchargés, les délais d'attente étaient longs et que le mandat d'expertise avait été enregistré le 26 mars 2013 dans la plateforme.
80. Les 8 juillet, 20 août et 10 septembre 2013, l'OAI a reçu un certificat d'arrêt de travail de l'assuré à 100 % pour juin, juillet, août et septembre 2013, signé par la Dresse N_____ et le 3 septembre 2013, l'OAI a reçu une copie d'un courrier de l'OFAS à l'assuré selon lequel un délai d'attente d'une certaine importance existait pour les expertises en langue française.
81. Le 30 septembre 2013, l'assuré, représenté par son avocat, a déposé un recours pour déni de justice auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant à la condamnation de l'OAI à rendre une décision formelle sur la demande de prestations du 3 juin 2008, dans un délai de 30 jours, dès l'entrée en force du jugement.

Il fait valoir que sa demande datait de plus de 5 ans ; l'OAI avait indiqué le 28 juillet 2008 que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables et que le droit à une rente serait étudié mais tel n'avait pas été le cas jusqu'au 1^{er} décembre 2008 où seul un rapport médical avait été demandé au Dr L_____. Entre le 1^{er} décembre 2008 et le 1^{er} décembre 2009, l'OAI s'était limité à solliciter des renseignements auprès du Dr L_____ ; il en avait fait de même entre juin 2010 et février 2011.

Le 30 mai 2011, une expertise était ordonnée mais le rapport avait été rendu seulement 4 mois plus tard. Le 12 février 2013, une expertise pluridisciplinaire était décidée mais elle n'avait toujours pas eu lieu. Ainsi, entre août 2008 et mai 2011, l'OAI n'avait que sollicité, tous les 3 à 6 mois, l'avis du médecin-traitant sans instruire de manière efficace le dossier. En outre, depuis plus de 6 mois, la procédure était totalement à l'arrêt. L'OAI ne pouvait justifier la lenteur de la procédure par le recours à la plateforme SWISSMED@P. Enfin, le recourant ne recevait aucune prestation, même par l'Hospice général.

82. Le 30 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'instruction du dossier avait nécessité de recueillir de nombreux documents médicaux. Il n'était pas resté inactif puisque des renseignements médicaux avaient été demandés, une expertise effectuée et des mesures professionnelles ordonnées.

L'OAI avait procédé à une instruction fouillée du dossier, l'état de santé de l'assuré n'étant pas stabilisé et ayant connu des aggravations. Le 22 juin 2009 le médecin-traitant proposait une réévaluation à 6 mois. La nécessité d'une instruction complète l'emportait sur l'exigence de célérité. Enfin, l'OAI dépendait de la procédure SWISSMED@P et ne pouvait interférer.

83. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

2. A teneur de l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé auprès de la Cour de céans lorsque l'assureur ne rend pas de décision, malgré la demande de l'intéressé (cf. également ATF 130 V 90). En l'espèce, le recours pour déni de justice est recevable.
3. a) L'art. 29 al. 1 Cst. - qui a succédé à l'art. 4 al. 1 aCst. depuis le 1er janvier 2000 - dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit 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 119 Ib 311 consid. 5 p. 323; 117 Ia. 193 consid. 1b in fine et c p. 197; 107 Ib 160 consid. 3b p. 165). En droit fédéral des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est désormais consacré par l'art. 61 let. a LPGA, qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 61 consid. 4b). Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Sur ce point, la jurisprudence rendue avant l'entrée en vigueur de la loi demeure applicable, la LPGA n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (ATFA du 22 mars 2004, cause I 712/03).

Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale;

L'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05).

b) La loi sur l'assurance-invalidité ne fixe pas le délai dans lequel l'autorité doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Le laps de temps admissible pour qu'une autorité décide dépend notamment du degré de complexité de l'affaire, de l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que du comportement de ce dernier et des autorités compétentes (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références), mais aussi de la difficulté à élucider les questions de

fait. Il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure (ATF 125 V 375 consid. 2b/aa) ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 158 s. consid. 2b/bb et 2c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts; ceux-ci sont inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c déjà cité). Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 111 consid. I/4 et 107 Ib 165 consid. 3c). 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. Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Cela vaut notamment pour les recours en matière d'AVS/AI, pour lesquels la procédure doit être simple et rapide, ce qui est l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 126 V 249 consid. 4a et les références; cf. art. 61 let. a LPGa; ATFA du 23 avril 2003, I 819/02).

c) Dans un cas jurisprudentiel (ATFA du 15 juin 2006, I 241/04) où l'OAI, à la suite d'un jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 25 avril 2003, avait rendu de nouvelles décisions le 17 mars 2004, soit un peu moins de onze mois plus tard, le TFA a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice et qu'en conséquence des dépens ne se justifiaient pas en faveur du recourant. Il s'agissait d'un cas où le montant de la rente devait être calculé à nouveau par l'OAI, les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente.

Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité (ATFA du 23 avril 2003, cause I 819/02), le TFA a jugé que bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de 15 mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TFA n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré.

d) Dans un arrêt du 2 octobre 2006 (ATAS/859/2006), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis que la décision de l'OAI intervenue cinq mois après un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, était tardive, ledit retard constituant un déni de justice dès lors qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation.

Le Tribunal cantonal des assurances sociales a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'était pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement

(ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), dans celui d'un assuré qui avait attendu dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007) ou encore dans celui où l'OAI, 9 mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (arrêt du 10 mai 2005 ATAS/430/2005).

Un déni de justice enfin a également été admis dans le cas où l'OAI n'avait pas statué 48 mois après le dépôt de la demande de prestations alors même qu'il était en possession de tous les éléments médicaux lui permettant soit de statuer sur le droit à la rente soit de mettre en œuvre une expertise (arrêt du 17 avril 2013 ATAS/363/2013) et dans le cas où, plus de 3 ans s'étaient écoulés depuis la demande de révision de l'assuré alors que l'OAI avait laissé le dossier de l'assuré plusieurs fois en suspens pendant plusieurs mois, sans justification (arrêt du 5 juillet 2007 ATAS/786/2007).

Un déni de justice a été constaté dans le cas où l'OAI avait attendu 14 mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle la recourante avait conclu d'emblée, dès lors que cette mesure d'instruction devait être prise sans tarder, l'intimé reconnaissant d'ailleurs que la mise sur pied d'une expertise multidisciplinaire prendrait plusieurs mois (arrêt du 9 mai 2007 ATAS/484/2007) et dans le cas où l'OAI avait ordonné un complément d'expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (arrêt du 2 octobre 2006 ATAS/860/2006).

4. En l'espèce, le recourant a déposé une demande de prestations auprès de l'intimé le 2 juin 2008. Force est de constater qu'en n'ayant toujours pas rendu de décision plus de cinq ans après le dépôt de cette demande, l'intimé a commis un déni de justice.

En effet, si le dossier a été instruit correctement et avec diligence au début de son ouverture en juin 2008, par l'envoi immédiat du questionnaire pour l'employeur, de la demande de dossier auprès de l'institution de prévoyance professionnelle et d'un rapport médical auprès du médecin-traitant et du SMR ainsi que par la prise d'une décision relative à une éventuelle mesure de réadaptation professionnelle, tel n'a pas été le cas après le 18 décembre 2008, date à laquelle l'OAI a reçu un second rapport du médecin-traitant, comme cela avait été demandé par le SMR. En effet, dès ce moment-là et pendant toute une année l'OAI s'est contenté de requérir un rapport médical intermédiaire du médecin-traitant soit en avril, juin et décembre 2009.

Ensuite, dès la réception du dossier de l'OCE mentionnant une capacité de travail à 100 % depuis le 17 décembre 2009, il a obtenu un avis du SMR le 11 mai 2010,

lequel se prononçait sur la capacité de travail du recourant. Toutefois, aucune décision n'a été rendue suite à cet avis.

Par la suite, il a reçu le 16 juin 2010 un certificat du médecin-traitant attestant d'une incapacité de travail totale du recourant. Dès ce moment, l'OAI était en mesure d'instruire l'aggravation de l'état de santé du recourant et aurait pu requérir du médecin-traitant des renseignements concernant la date de la survenance de l'aggravation, afin de savoir si la reprise de travail à 100 % du 17 décembre 2009 était probante ou non. Or, le dossier n'a pas été instruit de façon efficace, l'OAI s'étant contenté de requérir des rapports médicaux en août et octobre 2010 pour soumettre à nouveau le dossier au SMR, lequel s'est prononcé en avril 2011 sur une capacité de travail du recourant, d'ailleurs curieusement fixée à 0 % comme maçon dès mai 2010 et à 50 % dès juillet 2010 dans une activité adaptée.

Encore une fois, dès cette date, soit en avril 2011, l'OAI avait en sa possession les renseignements nécessaires concernant la capacité de travail du recourant pour rendre une décision. Il a d'ailleurs fixé le degré d'invalidité du recourant à 63,6 % le 13 mai 2011.

Le SMR a toutefois estimé, en mai 2011, contrairement à son avis d'avril 2011, qu'une expertise était nécessaire. Or, une telle expertise aurait pu être ordonnée bien plus tôt, au vu des avis du médecin-traitant recueillis entre juillet 2008 et décembre 2009.

Enfin, si dès le mandat d'expertise après du Dr M_____, l'OAI a diligenté correctement son dossier, jusqu'à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, tel n'a plus été le cas dès le 16 octobre 2012, date de la sortie du recourant des effectifs des EPI avec la conclusion de ceux-ci quant à une capacité de travail du recourant réduite à 50 % dans une activité de nettoyeur. Dès cette date, l'intimé avait en sa possession des indications médicales en provenance du médecin-traitant, lesquelles rejoignaient les constatations des EPI quant à une incapacité de travail de 50 % du recourant, de sorte que, s'il entendait diligenter une expertise pluridisciplinaire, il aurait pu le faire à ce moment-là, sans attendre le 5 mars 2013 pour demander l'intégration du dossier dans la plateforme MED@P, ce d'autant que l'intimé connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise. Or, au jour de la réponse de l'intimé le 30 octobre 2013, la désignation d'un centre d'expertise n'avait apparemment pas encore eu lieu, soit plus de 8 mois après l'inscription du dossier du recourant dans la plateforme SWISSMED@P.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'OAI, en ne rendant aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestation du recourant, et, en particulier, en tardant à instruire médicalement le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, a commis un déni de justice, ce d'autant que le recourant a régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier, que ce soit en personne ou représenté par sa fille, son médecin-traitant ou son avocat (contacts téléphoniques ou épistolaires des 25, 31 mai, 16

juin, 21 juillet 2010, 23, 24 mai, 28 octobre, 4 et 9 novembre 2011, 15 août, 2 octobre, 5 novembre 2012, 14 janvier, 26 mars, 13 mai et 4 juin 2013).

5. Partant, le recours sera admis et l'intimé sera invité à rendre une décision dans les meilleurs délais.

Une indemnité de 1'500 fr. sera allouée au recourant à la charge de l'intimé ; un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI) sera également mis à la charge de l'intimé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Invite l'intimé à rendre une décision dans les meilleurs délais, au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 1'500 fr. au recourant.
5. Met un émolument de 200 fr. 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

La présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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