
EN FAIT

1. Le 17 décembre 2018, Madame A_____ (ci-après : la recourante), née le _____ 1956, mariée et bénéficiaire d'une rente d'assurance-invalidité pour un degré d'invalidité de 50%, perçoit des prestations complémentaires du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé).
2. Par décision du 17 août 2015, l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a augmenté de CHF 330.- la rente ordinaire mensuelle de la recourante. Elle est ainsi passée de CHF 695.- à CHF 1'025.-, à partir du 1^{er} septembre 2015.
3. Par décision du 17 décembre 2018, suite à la mise à jour du dossier de la recourante, le SPC a recalculé son droit aux prestations complémentaires. Ce calcul laissait apparaître un trop versé de CHF 11'220.- pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2018. Ce montant devait être remboursé dans les trente jours.
4. Le 14 janvier 2019, la recourante a formé opposition contre la décision précitée. Elle ne s'expliquait pas les raisons de la décision du SPC et précisait qu'elle était dans l'impossibilité de restituer une telle somme au moyen d'un seul bulletin de versement. Afin d'étayer son opposition, la recourante a demandé au SPC de lui faire parvenir une copie complète du dossier.
5. Par courrier du 5 février 2019, le SPC a transmis à la recourante un CD-ROM contenant son dossier. En outre, il lui a imparti un délai au 18 février 2019 pour compléter son opposition.
6. Par courrier du 6 février 2019, la recourante a informé le SPC que le CD-ROM transmis dans le courrier précité était illisible. Elle a demandé le renvoi de son dossier par le biais du support USB joint à son courrier. Par ailleurs, au vu des circonstances, elle a prié le SPC de bien vouloir lui accorder un délai supplémentaire afin de compléter son opposition.
7. Par courrier du 4 novembre 2019, la recourante a indiqué n'avoir toujours pas reçu de réponse. Elle avait appelé le SPC le 6 mars 2019 afin de s'enquérir de l'état de son dossier. On lui avait répondu que son message serait transmis au service juridique. Malgré cela, aucune nouvelle ne lui était parvenue, pas plus qu'une décision sur opposition. Elle a imparti au SPC un ultime délai au 15 novembre 2019 pour qu'une copie de son dossier lui soit remise ou qu'une décision sur opposition soit rendue. Faute de quoi, elle saisirait la juridiction compétente en raison d'un déni de justice.
8. Le 5 décembre 2019, la recourante a formé un recours pour déni de justice auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Mise à part l'accusé de réception du 14 janvier 2019 et la remise d'un CD-ROM défectueux, le SPC n'avait communiqué aucune prise de position, demande de complément ou décision. Avant de déposer son recours, la recourante avait adressé plusieurs relances, dont une comprenant un délai. Enfin, l'affaire n'était pas particulièrement complexe.

9. Le 18 décembre 2019, l'intimé a rendu une décision sur opposition par laquelle il a confirmé la décision du 17 décembre 2018 et rejeté l'opposition du 14 janvier 2019.
10. Par courrier du même jour, l'intimé a communiqué à la chambre de céans la décision sur opposition précitée. Le recours du 5 décembre 2019 était en conséquence vidé de son objet. Par ailleurs, le SPC a déclaré qu'il transmettrait en consultation, dans les meilleurs délais, une version papier du dossier à la recourante.
11. Par réplique du 27 janvier 2020, la recourante a relevé que le recours n'était pas devenu sans objet car les conclusions en constatation du déni de justice et en paiement d'une indemnité équitable à titre de dépens gardaient toute leur pertinence. En outre, elle souhaitait ajouter une nouvelle conclusion à son recours, à savoir l'annulation de la décision sur opposition du 18 décembre 2019.
12. Le 27 janvier 2020, la chambre de céans a ouvert une nouvelle procédure (A/353/2020), soit un recours déposé par la recourante à l'encontre de la décision du SPC du 18 décembre 2019.
13. Dans sa duplique du 19 février 2020, l'intimé a relevé que les conclusions prises par la recourante en relation avec un prétendu déni de justice apparaissaient totalement infondées, à teneur de la jurisprudence fédérale rendue en la matière.
14. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 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 les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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-GE). 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'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

3. a. 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).

b. Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 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 mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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; ATF 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; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2).

c. 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 et 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). 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.

4. Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige.

Lorsqu'en cours de procédure, l'autorité intimée rend une décision, le recours devient sans objet, sous réserve de l'examen du droit aux dépens, lequel doit tenir compte de l'issue probable du litige (ATF 125 V 373).

5. a. À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où :
- la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006);
 - aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015);
 - l'OAI, neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005);
 - l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007);
 - aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018);
 - l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006);
 - une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007);

- plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018);

- un recourant qui était sans nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

- l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme SuisseMED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013).

En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où :

- la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018);

- la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction n'était pas terminée et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012);

- onze mois s'étaient écoulés entre la date à laquelle le recourant avait fait opposition et la date à laquelle le SPC avait formellement rendu une décision; le curateur du recourant ne s'était pas montré très actif et la décision du SPC avait statué non pas sur une mais sur quatre oppositions (ATAS/683/2018 du 9 août 2018).

- l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014).

b. De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où :

- l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de

chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006);

- 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-accidents, 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 attermoissements 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 y avait eu un intervalle d'environ vingt 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 oeuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014).

En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où :

- il s'était écoulé un délai de vingt-quatre mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010);

- un tribunal cantonal avait laissé s'écouler vingt-cinq mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011);

- une cause était pendante depuis trente-trois mois et en état d'être jugée depuis vingt-sept mois (ATF 125 V 373).

6. En l'espèce, le recours pour déni de justice est devenu sans objet suite à la reddition par l'intimé de la décision sur opposition du 18 décembre 2019.

La recourante étant toutefois représentée par un conseil, il sied d'examiner si les chances de succès du procès justifient le remboursement de ses frais et dépens.

En l'occurrence, il apparaît qu'il s'est écoulé un peu plus de onze mois entre l'opposition de la recourante le 14 janvier 2019 et la décision sur opposition du SPC le 18 décembre 2019. Par ailleurs, il est vrai que le dossier ne revêt pas une complexité particulière.

Toutefois, on constatera que la recourante a attendu presque 8 mois pour relancer le SPC par courrier du 4 novembre 2019, depuis son entretien téléphonique du 6 mars 2019.

Par conséquent, bien qu'un délai de onze mois soit assez long, il n'est pas constitutif en l'espèce d'un déni de justice (à cet égard, arrêt ATAS/683/2018 du 9 août 2019).

Enfin, l'art. 52 al. 1 LPA prévoit un délai de 60 jours pour statuer sur opposition. Il s'agit toutefois là d'un simple délai d'ordre. Qui plus est, aucun délai similaire ne ressort ni de la LPGA, ni de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021).

Partant, un déni de justice n'est pas réalisé. Il n'y a dès lors pas lieu d'allouer de dépens à la recourante.

7. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

1. Déclare le recours sans objet.
2. Raye la cause du rôle.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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 (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

Julia BARRY

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