

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/490/2013

ATAS/363/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 avril 2013

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame W_____, domiciliée à AIRE-LA-VILLE,
représentée par APAS-Association de permanence pour la défense
des patients et des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame W _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) née en 1951, a exercé la profession d'infirmière à 60 % auprès de X _____ jusqu'à son arrêt complet de travail à compter du 16 mars 2007.
2. Le 5 décembre 2008, l'assurée a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison de troubles vestibulaires et de dépression.

Le dossier de l'assurée comporte notamment les documents suivants:

- *Compte-rendu d'hospitalisation (27 janvier 1999 au 19 février 1999) de l'Hôpital de Belle-Idée daté du 18 mars 1999* : le Dr A _____, chef de clinique, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F31.1), une anxiété généralisée (F41.1) et un état de stress post-traumatique (F43.1).
- *Rapport médical du Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne oncologie-hématologie, daté du 5 décembre 2007* : le médecin a attesté qu'après un arrêt de travail prolongé de l'assurée depuis le 15 mars 2007, la reprise du travail à temps partiel était inadéquate sans mesure d'allègement, ni modification du cahier des charges.
- *Compte-rendu d'hospitalisation (4 juillet 2007 au 11 août 2007) du Centre de Thérapie brèves des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: HUG) daté du 17 août 2007* : la Dresse C _____, médecin cheffe de clinique, a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10).
- *Rapport psychiatrique du Dr D _____, médecin adjoint agrégé, Responsable de secteur au Département de Psychiatrie des HUG daté du 9 juin 2008* ; le praticien a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.1).
- *Rapport médical du Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin conseil des HUG du 11 décembre 2008* : ce médecin a considéré l'assurée inapte à remplir le cahier des charges d'une infirmière, même à temps partiel. Une reprise du travail à fin juin 2009 lui a paru hautement improbable.
- *Certificat médical émanant de la Dresse F _____, spécialiste FMH en médecine interne, du 10 février 2009* : atteste une incapacité de travail totale à partir du 24 avril 2008, pour une durée indéterminée.
- *Rapport médical de la Dresse F _____, spécialiste FMH en médecine interne du 7 mars 2009*, : ce médecin a diagnostiqué un surmenage avec trouble du sommeil, une dysthymie anxio-dépressive depuis le printemps 2007 et des vertiges secondaires à un syndrome vestibulaire depuis de nombreuses années. Elle a attesté qu'une reprise du travail n'était pas possible à ce moment mais que

la patiente exprimait le désir d'essayer une reprise de travail à 50% d'ici l'été 2009.

- *Rapport psychiatrique du Dr G_____*, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 25 mars 2009 : le psychiatre a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.1) depuis 1998. Le pronostic était très réservé.
 - *Rapport médical de la Dresse F_____*, spécialiste FMH en médecine interne, du 7 juillet 2009 ; elle a relevé que l'état de la patiente était stationnaire depuis 2009, qu'elle présentait un trouble anxio-dépressif décompensé à l'occasion d'un surmenage avec troubles du sommeil et des attaques de panique, ainsi qu'un trouble vestibulaire avec vertiges. Concernant les limitations fonctionnelles, la Dresse a considéré qu'en raison de ses troubles, la patiente n'arrivait pas à avoir une activité suivie, vu sa très mauvaise tolérance au stress. La patiente doutait beaucoup de ses capacités et avait tendance à s'isoler. La reprise du travail comme infirmière était impossible en raison du stress et des horaires irréguliers inhérents à la profession. La Dresse a relevé que la patiente formulait le souhait de travailler à 50% comme aide de soins. Toutefois, le pronostic restait très réservé vu la persistance des troubles. En outre, les incapacités de travail de la patiente ont été résumées comme suit:
 - a. 100% du 26 mars 2007 au 9 décembre 2007
 - b. 50% du 10 décembre 2007 au 10 février 2008
 - c. 0% du 11 février 08 au 23 avril 2008
 - d. 100% à partir du 24 avril 2008
 - *Rapport psychiatrique du Dr H_____*, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 2 septembre 2010. Il a diagnostiqué une dysthymie (F34.1) depuis trois - quatre ans en évolution progressive et un trouble obsessionnel compulsif avec pensées obsédantes (F42) en évolution depuis l'adolescence. Il a précisé que le diagnostic était de plus en plus lourd avec le temps et que la dépression était devenue chronique. De plus, il a rappelé que tous les traitements psychotropes, en particulier les anti-dépresseurs, ont produit beaucoup plus d'effets secondaires, que d'effets thérapeutiques. Il a estimé sa capacité de travail nulle en relation avec sa très envahissante symptomatologie obsessionnelle. Psychologiquement incapable à 100%, l'activité précédemment exercée n'était pas exigible. Il a attesté que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise du travail ni à une amélioration de la capacité de travail. Le pronostic était très réservé.
3. Par communication du 3 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme de mesure dite d'intervention précoce n'était possible actuellement en raison de son état de santé.
4. L'OAI a mandaté son Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) pour un examen clinique psychiatrique qui a eu lieu le 12 janvier 2011.

Pour le passé, le Dr I_____, psychiatre FMH, a retenu les incapacités de travail attestées par les médecins traitants, à savoir :

- a. 100% du 16 mars 2007 au 9 décembre 2007
- b. 50% du 10 décembre 2007 au 10 février 2008
- c. 0% du 11 février 08 au 23 avril 2008
- d. 100% à partir du 24 avril 2008

Dès juillet 2009, date de la prise en charge de l'assurée par un nouveau médecin (le Dr H _____), le Dr I _____ a conclu à une pleine capacité de travail de l'assurée considérant qu'elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4) et d'anxiété généralisée (F41.1). Il a exclu une maladie invalidante, en l'absence des trois critères majeurs d'un trouble dépressif. Le médecin du SMR a conclu que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail et n'a reconnu aucune limitation fonctionnelle.

5. L'OAI a rendu, le 4 avril 2011, un projet de décision de refus de rente.

Il a considéré qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 16 mars 2008, l'assurée ne présentait aucune incapacité de travail tant dans la sphère professionnelle que dans celle des tâches habituelles du ménage.

La nouvelle incapacité de travail survenue dès le 24 avril 2008 a été retenue comme début de la longue maladie. Suivant l'examen psychiatrique du SMR, l'OAI a retenu une incapacité totale de travail du 24 avril 2008 au 2 juillet 2009, puis une pleine capacité de travail dans la sphère professionnelle à partir du 3 juillet 2009, début de la prise en charge du Dr H _____. Aucune incapacité concernant les tâches habituelles de ménage n'était ressortie du dossier.

Dès le 24 avril 2009, un degré d'invalidité de 60% a été retenu, de sorte que l'assurée avait un droit théorique à une rente du 24 avril 2009 au 30 juin 2009. Cependant, étant donné que le versement effectif de la rente ne pouvait intervenir que six mois après le dépôt de la demande, soit le 1^{er} juillet 2009, et qu'à cette date l'assurée ne présentait plus aucune incapacité de travail, la rente a été refusée.

6. L'assurée s'est opposée à ce projet par deux courriers datés respectivement du 17 avril et du 5 mai 2011, motif pris qu'elle était totalement incapable de travailler et que son état de santé s'était aggravé depuis février 2011.
7. Par communication du 18 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée que le dossier était « resoumis » au SMR.

L'avis médical du SMR daté du 10 juin 2011 a conclu que la nécessité d'une hospitalisation psychiatrique durant un mois (après l'examen SMR psychiatrique et avant la notification du projet de décision du 4 avril 2011), puis d'une prise en charge spécialisée intensive actuellement ont étayé l'aggravation attestée. Après réception du rapport médical du Dr. J _____ du Centre de thérapie brève des HUG, il a proposé de réexaminer le dossier.

8. Par courrier du 15 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il reprenait l'instruction du dossier.
9. Le 16 mai 2011, l'OAI a reçu le rapport psychiatrique du Dr J_____ daté du 6 mai 2011 qui a attesté de la nécessité d'une hospitalisation de l'assurée en psychiatrie du 2 février 2011 au 4 mars 2011 dû à un nouvel épisode dépressif sévère avec des idées suicidaires et des symptômes psychotiques (F33.3) et à un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9).
10. Le 19 décembre 2011, le SMR s'est déterminé sur ce rapport médical en considérant que l'état de la patiente n'était pas stabilisé. Il a préconisé de contacter le nouveau médecin de l'assurée, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'il rende un rapport médical intermédiaire et un rapport médical initial après une prise en charge de trois mois.
11. Le 19 décembre 2011, le Dr K_____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur à sévère (F 32.2) depuis 2008.
12. Par courrier du 28 mars 2012 l'assurée a, par l'intermédiaire de son mandataire, sommé l'OAI de statuer dans les meilleurs délais.
13. Par courrier du 30 mars 2012, l'OAI a répondu qu'il venait de prendre possession des derniers documents et qu'il avait enjoint le SMR de se positionner le 1^{er} février 2012.
14. Le 14 mai 2012, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a informé l'OAI de son séjour aux HUG, au sein du Département de santé mentale et psychiatrique, du 3 octobre 2011 au 21 février 2012. Elle a transmis le rapport de sortie établi par les HUG en date du 9 mars 2012, ainsi que le rapport du Dr K_____ du 10 mai 2012, qui confirmait le diagnostic d'épisode dépressif majeur, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et attestait de l'incapacité de travail totale de l'assurée.
15. Le rapport du SMR daté du 19 septembre 2012 a été formulé comme suit: "De toute évidence, l'assurée a présenté une aggravation manifeste de son état de santé (épisode dépressif majeur, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques nécessitant une hospitalisation de 5 mois!) survenu après l'examen du SMR. Selon le Dr K_____ l'état n'était pas stabilisé. Les HUG retiennent un trouble dépressif récurrent avec symptômes psychotiques. Il est nécessaire de demander un nouveau rapport médical au Dr K_____ et au programme de dépressions des HUG afin que le SMR puisse se prononcer."
16. Par courrier du 3 octobre 2012, le mandataire de l'assurée rendait attentif l'OAI au fait que l'assurée ne saurait attendre une décision indéfiniment vu que le projet de

décision datait d'un an et demi en arrière. Un délai au 2 novembre 2012 a été imparti à l'intimé afin qu'il s'exécute.

17. Le 12 décembre 2012, le mandataire de l'assurée a mis une nouvelle fois l'OAI en demeure de rendre une décision d'ici au 23 janvier 2013.
18. Le SMR lors de son dernier avis médical datant du 31 janvier 2013, constatait suite à la réception des rapports médicaux des HUG et des médecins de l'assurée que son état était stationnaire, qu'elle présentait un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (sans symptômes psychiatriques) de longue date et que l'état était inchangé depuis l'entrée au Programme Dépression en date du 2 mai 2012. Ses rapports étant en contradiction avec l'examen réalisée en janvier 2011, le SMR a conclu à la nécessité d'une expertise psychiatrique auprès du Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, afin d'objectiver une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Les questions posées à l'expert étaient les suivantes "Cette assurée présente-t-elle une aggravation de son état de santé depuis l'examen clinique du 12 janvier 2011 ? Si cette assurée présente une aggravation de son état de santé, merci de préciser les diagnostics, les limitations fonctionnelles, les répercussions sur la capacité de travail depuis le 12 janvier 2011 ?".
19. Le 8 février 2013, sans nouvelles de l'OAI, le mandataire de l'assurée a déposé un recours pour déni de justice auprès de la Cour de céans. La recourante a invoqué une violation du principe de célérité, sa demande de prestations ayant été déposée il y a plus de quatre ans et le projet de décision datant du 4 avril 2011. Depuis, l'OAI ne rend pas de décision. La recourante, qui se trouve à deux ans de la retraite, se refuse à attendre indéfiniment une décision.
20. Par courrier daté du même jour, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale psychiatrique auprès du Dr L_____ était nécessaire.
21. Par écriture du 19 février 2013, la recourante considère que la demande d'expertise est une mesure dilatoire. Elle ne voit pas la nécessité d'une telle expertise complémentaire dans le sens où l'aggravation de son état de santé était déjà en juin 2012 considérée comme manifeste par le SMR.
22. Dans sa réponse du 7 mars 2013, l'intimé conteste avoir commis un déni de justice. Il considère avoir procédé à une analyse fouillée du cas de l'assurée et avoir interrogé plusieurs fois les médecins vu son état de santé non stabilisé. Certes, l'aggravation de son état de santé était établi dès le rapport du SMR du 16 mai 2012, mais ce fait n'était pas suffisant pour qu'il se détermine sur sa capacité de travail et éventuellement sur le degré d'invalidité. Une expertise est ainsi nécessaire de ce point de vue.
23. 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. La Cour de céans est saisie d'un recours pour déni de justice au sens de l'art. 56 al. 2 LPGA.
3. a) L'art. 56 al. 2 LPGA vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Le caractère raisonnable d'une procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Il faut notamment prendre en considération l'ampleur et la difficulté de celle-ci, ainsi que le comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, 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 (cf. KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 10, 13 et 14 *ad* art. 56).

b) L'autorité viole le principe de célérité 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; Jörg Paul MÜLLER, Grundrechte in der Schweiz, Berne 1999, p. 505 s.; Georg MÜLLER, Commentaire de la Constitution fédérale, n. 93 *ad* art. 4 aCst.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die Europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, p. 200 ss).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 al. 1 Cst. - mais qui conserve toute sa valeur sous l'angle de l'art. 29 al. 1 Cst. - le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause. Il convient de se fonder à ce propos sur des éléments objectifs. 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 292 et la note

n°699 ; ATF C 53/01 du 30 avril 2001). 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 249 consid. 4a). Il appartient par ailleurs 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 ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 155 consid. 2b et c p. 158 s.). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 203-204; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II, n. 1243).

La durée du délai raisonnable n'est pas influencée par des circonstances étrangères au problème à résoudre; si on ne saurait reprocher à une autorité quelques temps morts, inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références citées), une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure car il appartient à l'Etat de donner aux autorités judiciaires les moyens organisationnels et financiers suffisants pour garantir aux citoyens une administration de la justice conforme au droit constitutionnel, sous réserve qu'à l'impossible nul n'est tenu (ATF 126 V 249 consid. 4a; voir à propos de l'art. 29 al.1 Cst. et de la garantie correspondante déduite auparavant de l'art. 4 al. 1 aCst.: ATF 125 V 191 consid. 2a, 375 consid. 2b/aa, 119 Ib 325 consid. 5b; ATF 122 IV 103 consid. I/4 p. 111; ATF 119 III 1 consid. 3 p. 3; Jörg Paul MÜLLER, op. cit., p. 506 s.; HAEFLIGER/SCHÜRMAN, op. cit., p. 204 s.; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, op. cit., nos 1244 ss). 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 C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c).

c) Cela étant, 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 (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05, consid. 6). La constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 Arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4).

d) La Cour de céans a pour sa part jugé qu'un déni de justice doit être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'est 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 qui avait été traitée diligemment dans un premier temps (ATAS/860/2006), et dix-

huit mois après que la cause a été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007).

4. En l'espèce, la Cour de céans constate que l'intimé a collecté de nombreux rapports médicaux émanant du médecin traitant, de divers médecins spécialistes, de médecins psychiatres, du CTB, de consultations spécialisées des HUG, du médecin-conseil des HUG, ainsi que plusieurs rapports d'hospitalisations établis par les HUG. Ces documents font mention des diagnostics et les médecins se prononcent sur la capacité de travail de la recourante. Le SMR a procédé à un examen clinique et pris positions à plusieurs reprises. A priori, l'on ne saurait reprocher à l'intimé d'être resté inactif.

Cela étant, il convient de relever que la demande de prestations de la recourante date du 5 décembre 2008 soit il y a plus de quatre ans et un projet de décision a été rendu le 4 avril 2011, auquel la recourante s'est opposée en date des 17 avril et 5 mai 2011, certificats médicaux à l'appui. Elle a invoqué une aggravation de son état de santé et de nouveaux rapports médicaux circonstanciés ont été produits, dont deux rapports relatifs à des hospitalisations en hôpital psychiatrique de mars 2011 à fin juillet 2011 et du 3 octobre 2011 au 21 février 2012.

Selon l'intimé, concernant l'allégation d'aggravation de l'état de santé de l'assurée dès février 2011, il existe une contradiction entre le rapport d'examen du SMR daté du 12 janvier 2011 sur lequel se fonde le projet de décision et tous les avis précédents et consécutifs des divers médecins ayant suivi la recourante en consultation ou en milieu hospitalier, de sorte qu'il a repris l'instruction du dossier. La Cour de céans constate toutefois que dans son avis médical du 10 juin 2011, le SMR a admis que la nécessité d'une hospitalisation psychiatrique d'un mois et la prise en charge spécialisée intensive étayent l'aggravation attestée et, dans son avis du 19 septembre 2012, il a retenu ce qui suit : « de toute évidence, l'assurée a présenté une aggravation manifeste de son état de santé (épisode dépressif majeur, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques nécessitant une hospitalisation de 5 mois!) ». Ainsi, il était déjà clair en juin 2011 et en tout cas le 19 septembre 2012 au plus tard que l'état de santé de la recourante s'était bel et bien aggravé, ce que l'intimé admet d'ailleurs dans ses écritures. Il lui incombait par conséquent de faire diligence s'il entendait procéder à un complément d'instruction.

Dans le cas particulier, il convient de constater que l'intimé était en possession de tous les éléments nécessaires pour statuer dès l'opposition de la recourante et en tout cas à partir du 19 septembre 2012 au plus tard, que ce soit sur le droit aux prestations ou sur la nécessité de mettre en œuvre une expertise, étant rappelé que quoi qu'il en soit, la mise en œuvre d'une expertise administrative doit, en cas de contestation, faire l'objet d'une décision incidente.

Au vu de ces circonstances, la Cour de céans considère qu'en ne statuant toujours pas au 8 février 2013 (date de dépôt du recours) soit plus de vingt-deux mois après le projet de décision daté du 4 avril 2011 et plus de quarante-huit mois après le dépôt de la demande de prestations, l'intimé n'a pas agi avec toute la célérité attendue dans une procédure en assurances sociales. Partant, il a commis un déni de justice.

5. Bien fondé, le recours est admis et l'intimé invité à statuer dans les plus brefs délais.
6. Au vu de la nature du litige, la procédure est gratuite (cf. art. 69 al.1bis LAI a contrario).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Invite l'OAI à rendre une décision dans les plus brefs délais, dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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