

## **GE\_GERICHTE ATAS/1014/2014 vom 17. September 2014**

GE Cour de justice, 2014-09-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1014\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1014_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1014/2014 du 17 septembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1014/2014 del 17 settembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

Le 20 août 2008, l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique par le Docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un trouble dysthymique d'une intensité légère à moyenne. Un tel trouble n'était habituellement pas responsable d'une incapacité de travail. Toutefois, l'expert a préconisé la mise en place d'une expertise neurologique.

#### **E. 5**

Le 27 février 2009, le Docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a procédé à une expertise neurologique et a mis en évidence des troubles neuropsychologiques diminuant la capacité de travail de 50 % dans l'activité exercée préalablement. Dans une activité adaptée, soit simple et répétitive, la capacité de travail était de 75%. Compte tenu de l'âge et de l'attitude de l'assuré, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, car vouées à l'échec immédiat.

#### **E. 6**

Selon le rapport du 14 mai 2009 du département psychiatrie, programme dépression, des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Il avait été envoyé au programme dépression par le psychiatre traitant dans le cadre d'une évaluation de diagnostics et pour avis sur le traitement.

#### **E. 7**

Dans son avis médical du 7 juillet 2009, la Dresse D\_\_\_\_\_ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a résumé les expertises des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. Elle a considéré que les anomalies mises en évidence au bilan neuropsychologique étaient des items fortement dépendants de la collaboration de l'assuré. D'un point de vue strictement neurologique, la discrète atteinte cérébelleuse vermienne et éventuellement la polyneuropathie ne présentaient pas une cause d'incapacité de travail significative. Toutefois, il existait vraisemblablement une perte de rendement pouvant aller jusqu'à 50% dans l'activité d'informaticien. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était au moins de 75%, ce qui devait cependant être vérifié par un stage, afin de déterminer la diminution de rendement liée aux limitations fonctionnelles.

A/1734/2014 - 3/12 -

#### **E. 8**

Le 30 juillet 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'un stage d'évaluation professionnelle allait être mis en place. Le 7 septembre 2009, l'assuré a été reçu à la division de réadaptation professionnelle de l'OAI pour un premier entretien. Il se plaignait alors de la longue

instruction du dossier, alors qu'il n'était plus apte à travailler dans le circuit économique normal. Son psychiatre traitant l'avait adressé à l'unité de dépression sévère des HUG afin qu'il suivît un programme sur deux ans à plein temps pour l'aider à s'en sortir. Il ne s'opposait pas au stage d'évaluation professionnelle préconisé par le SMR, mais souhaitait que ledit service évalue le rapport de l'unité de dépression sévère des HUG avant toute autre mesure. Cela étant, le stage d'évaluation professionnelle a été suspendu.

#### **E. 9**

Dans son rapport du 20 septembre 2009, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait des changements de diagnostics et a ajouté le diagnostic de troubles amnésiques persistants induit par l'alcool et par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques. Elle a en outre fait état du changement du traitement antidépresseur qui avait amené une légère amélioration depuis septembre 2009. La capacité de travail était de 100% (recte 0%) depuis janvier 2005. Une reprise du travail n'était pas envisageable tant qu'il n'y avait pas de résolution du problème amnésique. Etaient annexés à son rapport ceux du 17 avril 2008 de la consultation de la mémoire des HUG et du 29 avril 2009 du programme dépression des HUG, dont il ressort que le recourant présentait notamment des troubles dépressifs sévères et des troubles mnésiques.

#### **E. 10**

A la demande de l'OAI, la Dresse E\_\_\_\_\_, psychiatre, a confirmé le 1er décembre 2009 que la capacité de travail (sic) de l'assuré était de 100%, raison pour laquelle la Dresse D\_\_\_\_\_ du SMR n'a plus retenu une diminution de rendement, dans son avis médical du 14 décembre 2009.

#### **E. 11**

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique pour déterminer le revenu sans invalidité de l'assuré, considérant qu'il avait été indépendant. Le 13 janvier 2010, celui-ci a été établi à CHF 116'418.-.

#### **E. 12**

Le 19 janvier 2010, l'assuré a transmis à l'OAI une copie de l'expertise privée du

#### **E. 15**

Dans son avis médical du 25 juin 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur l'expertise du 15 octobre 2009 et s'est déclarée surprise par les diagnostics posés, vu qu'il était rapporté dans celle-ci que le visage de l'assuré se détendait et se déridait à deux ou trois reprises pendant les deux évaluations, lorsqu'on parlait de sujets

A/1734/2014 - 4/12 - agréables du passé. Elle n'a pas non plus admis la validité du test MADRS, concluant à un état dépressif sévère, au motif qu'il s'agissait d'un test subjectif. Le status objectif décrit était superposable à celui décrit par les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, selon le médecin du SMR, de sorte que les conclusions du 7 juillet 2009 dudit service restaient valables.

#### **E. 16**

Le 19 août 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui accordait une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités d'insertion.

#### **E. 17**

Le 19 août 2010, l'assuré a rendu attentif l'OAI au fait que la Dresse E\_\_\_\_\_ n'avait jamais retenu une capacité de travail entière, mais avait, bien au contraire, délivré chaque mois un certificat d'incapacité de travail totale.

#### **E. 18**

Le 13 septembre 2010, l'assuré a sollicité une décision formelle concernant l'octroi d'une orientation professionnelle, afin de pouvoir y recourir, dès lors qu'il contestait toute possibilité de réinsertion professionnelle. Il a en outre jugé que le travail du SMR était insuffisant, en mettant en exergue que les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ainsi que tous les médecins traitants étaient unanimes à considérer qu'il était totalement incapable de travailler. Seuls les Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ avaient un avis contraire. Par conséquent, il a invité l'OAI à examiner son cas de façon plus approfondie.

#### **E. 19**

Par décision du 15 septembre 2010, l'OAI a confirmé l'octroi d'une orientation professionnelle. Le recours de l'assuré contre cette décision a été déclaré irrecevable, par arrêt du 9 janvier 2011 de la chambre de céans. En raison du recours, le mandat de réadaptation professionnelle a été fermé.

#### **E. 20**

Le 9 juin 2011, l'assuré a invité l'OAI à lui faire savoir si le service de réadaptation s'était prononcé sur le droit à une orientation professionnelle.

#### **E. 21**

Après qu'un premier rendez-vous avec la division de la réadaptation professionnelle a été reporté au 28 juillet 2011, à la demande de l'assuré, ladite division a proposé une expertise professionnelle COPAI d'un mois aux établissements publics d'intégration (EPI), afin d'objectiver les aptitudes professionnelles de l'assuré, soit notamment la répercussion des limitations neuropsychologiques sur la capacité résiduelle de travail. Par communication du 12 septembre 2011, l'OAI a suivi cette proposition. Selon la note de travail de l'OAI du 29 septembre 2011, le Docteur H\_\_\_\_\_, médecin-conseil des EPI, lui a indiqué que l'assuré avait d'importantes angoisses liées au stage COPAI et était de ce fait en phase de décompensation dépressive avec consommation d'alcool. Selon ce médecin, un tel stage ne faisait pas de sens, l'assuré n'ayant pas de capacité résiduelle de travail, de sorte que le stage n'apporterait rien de nouveau. Il a confirmé cette appréciation par courrier du 8 octobre 2011. La Dresse E\_\_\_\_\_ a également confirmé, en date des 12 et 13 octobre 2011, une péjoration de l'état psychique à cause de l'appréhension du stage. Cela étant, la division de réadaptation a procédé, le 29 novembre 2011, à une évaluation médico-théorique de l'invalidité et a retenu un taux d'invalidité de 67 %, sur la base d'une capacité de travail de 75% dans une activité simple et répétitive,

A/1734/2014 - 5/12 - tout en procédant à une réduction supplémentaire de 10% sur le salaire statistique pris en considération à titre de salaire avec invalidité.

#### **E. 22**

Dans son avis médical du 8 novembre 2011, la Dresse D\_\_\_\_\_ a jugé nécessaire de demander au Dr C\_\_\_\_\_ un complément d'expertise afin qu'il se prononce sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 23**

Par courrier du 28 novembre 2011, l'assuré s'est informé auprès de l'OAI sur l'évolution de ses démarches. Dans sa réponse du 14 décembre 2011, ledit office lui a communiqué qu'une expertise neurologique complémentaire serait demandée au médecin précité, pour clarifier s'il y avait une aggravation de l'état de santé, telle que signalée par le médecin traitant et les EPI.

#### **E. 24**

Convoqué pour le 9 mars 2012 chez l'expert, l'assuré a demandé, par courrier de son conseil du 22 février 2012, le report du rendez-vous, du fait de son hospitalisation depuis le 3 février 2012. A cette occasion, il a également demandé à l'OAI de prendre une décision définitive, compte tenu du dépôt de la demande en 2005.

#### **E. 25**

Le 4 avril 2012, l'assuré a transmis à l'OAI le certificat médical des HUG du 27 mars 2012, attestant qu'il était suivi en hôpital de jour au service d'addictologie pour une durée indéterminée depuis le 2 février 2012.

#### **E. 26**

Dans son rapport du 19 juillet 2012, le Dr I\_\_\_\_\_ dudit service de l'hôpital de jour a émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 1968, épisode actuel sévère. Les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique, et à des sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance, actuellement sous surveillance médicale, étaient sans influence sur la capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

#### **E. 27**

Par courrier du 18 octobre 2012, l'assuré s'est adressé directement à la Dresse D\_\_\_\_\_, pour lui manifester son incompréhension face à la demande d'un complément d'expertise, alors qu'il y avait déjà des rapports de neurologues, tout en rappelant que sa demande datait de 2005.

#### **E. 28**

Dans son complément d'expertise du 16 novembre 2012, le Dr C\_\_\_\_\_ a écarté toute affection neurologique et neuropsychologique et a attesté une capacité de travail théorique totale sur le plan strictement neurologique, tout en jugeant nécessaire de procéder à une appréciation psychiatrique spécialisée pour les troubles psychologiques, lesquels lui paraissaient importants et semblaient s'aggraver. L'expert n'a pas répété le bilan neuropsychologique, étant donné qu'un tel bilan avait été effectué en 2011 et que celui-ci s'avérait superposable aux deux bilans précédents, éventuellement un peu meilleur. Il a enfin fait état d'une hernie inguinale bilatérale qui devra être opérée dans trois mois environ (p. 4 de l'expertise). A la page 10 de son expertise, il a toutefois mentionné une hernie discale bilatérale.

A/1734/2014 - 6/12 -

#### **E. 29**

Dans son avis médical du 17 janvier 2013, le SMR a sollicité un rapport médical concernant la hernie discale signalée par le Dr C\_\_\_\_\_.

#### **E. 30**

Dans son rapport du 9 mars 2013, la Dresse J\_\_\_\_\_, généraliste FMH, a indiqué ne pas être au courant d'une hernie discale, mais que le recourant avait présenté une hernie inguinale bilatérale, opérée le 21 janvier 2013.

**E. 31**

Le 13 mai 2013, l'assuré s'est renseigné sur le suivi de l'affaire.

**E. 32**

Dans son avis médical du 13 mars 2013, la Dresse D\_\_\_\_\_ a jugé nécessaire de demander un rapport médical au Dr I\_\_\_\_\_ du service d'addictologie, le dernier rapport datant d'une année, puis d'examiner si une expertise psychiatrique était nécessaire.

**E. 33**

Le 16 juillet 2013, le service d'addictologie des HUG a informé l'OAI qu'il était sans nouvelles de l'assuré depuis le 12 octobre 2012.

**E. 34**

Dans son avis médical du 19 juillet 2013, le SMR a constaté que l'assuré n'avait plus de suivi psychiatrique depuis octobre 2012 et qu'il ne présentait donc pas de maladie psychiatrique grave. Il n'y avait pas non plus d'atteinte neurologique incapacitante. En l'absence d'aggravation objective, les conclusions du 7 juillet 2009 du SMR restaient valables, selon lesquelles l'assuré avait une capacité de travail de 75 %, laquelle devait encore être vérifiée par un stage, afin de déterminer si les limitations fonctionnelles liées aux troubles neuropsychologiques entraînaient une diminution plus ou moins importante du rendement.

**E. 35**

Le 13 août 2013, l'assuré a réitéré sa demande d'être renseigné sur l'état de son dossier.

**E. 36**

Le 7 octobre 2013, l'assuré a rappelé qu'il était toujours régulièrement suivi par la Dresse E\_\_\_\_\_. Seul le traitement effectué au service d'addictologie avait été interrompu pendant plusieurs mois, mais repris en septembre 2013.

**E. 37**

Selon le rapport du 22 octobre 2013 de la Dresse E\_\_\_\_\_, il n'y avait pas de changement dans le diagnostic et l'assuré souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent engendrant une incapacité totale de travailler. Il était également sous traitement antidépresseur et anxiolytique.

**E. 38**

Le 11 novembre 2013, l'assuré a notamment demandé à l'OAI quelle suite il entendait donner à l'affaire et dans combien de temps il prendra une décision.

**E. 39**

Dans son avis médical du 14 février 2014, le SMR a demandé un rapport médical du Docteur K\_\_\_\_\_ du service d'addictologie du département de psychiatrie des HUG.

**E. 40**

Dans le rapport du 25 février 2014, ce dernier a attesté un trouble dépressif récurrent depuis 1968, réfractaire à la prise en charge médicamenteuse combinée. Le traitement consistait en antidépresseur double, ainsi qu'en suivi psychothérapeutique et la compliance était optimale. La capacité de travail était nulle, en dépit d'une légère amélioration depuis quelques semaines.

A/1734/2014 - 7/12 -

#### **E. 41**

Le 18 mars 2014, l'assuré a notamment invité l'OAI à le tenir informé de l'évolution du dossier et lui a demandé s'il rendra prochainement une décision, dès lors qu'il examinait son cas depuis bientôt 10 ans.

#### **E. 42**

Le 31 mars 2014, le Dr K\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était actuellement abstinent et qu'il y avait une légère amélioration depuis quelques semaines. L'incapacité de travail en tant qu'informaticien restait totale. Pour le surplus, il a confirmé son rapport précédent.

#### **E. 43**

Le 17 juin 2014, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours pour déni de justice, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à ce que l'OAI soit astreint à rendre une décision sur sa demande de prestations de février 2005, sous suite de dépens. Le recourant a estimé que le dossier était complet, de sorte qu'il appartenait à l'intimé de rendre une décision sur la base de tous les éléments médicaux en sa possession.

#### **E. 44**

Dans sa réponse du 9 juillet 2014, l'intimé a conclu à ce que le recours soit déclaré sans objet, dès lors qu'il avait rendu un projet de décision en date du 3 juillet 2014, reconnaissant au recourant un trois quart de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 67 %, depuis le 1er janvier 2006.

#### **E. 45**

Dans ses écritures du 7 août 2014, l'assuré a relevé que le projet de décision aurait déjà pu être rendu fin 2011. En tout état de cause, le recours n'était pas sans objet, tant qu'une décision formelle n'était pas rendue. Dans l'attente de la décision formelle, le recourant a refusé de retirer son recours et a conclu à l'octroi de dépens.

#### **E. 46**

Sur ce, 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 1er 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, en cours de procédure, soit le 3 juillet 2014, l'OAI a rendu un projet de décision, de sorte que le recours est devenu

sans objet (ATF 123 I 286).

A/1734/2014 - 8/12 - 3. Il convient toutefois d'examiner si au jour du dépôt du recours, l'on pouvait reprocher à l'OAI un retard injustifié lequel donnerait droit à l'octroi de dépens au recourant. En effet, lorsque le recours est déclaré sans objet, le recourant peut prétendre à des dépens, pour autant que les chances de succès telles qu'elles se présentaient avant que le recours ne devienne sans objet, le justifient (RAMA 2001 p. 76). 4. 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). Le principe de célérité est désormais consacré par l'art. 61 let. a LPGA pour les recours en matière d'AVS/AI, disposition qui exige des cantons que la procédure soit 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).. 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. 5. Il sied par ailleurs de relever que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est

A/1734/2014 - 9/12 - en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). 6. En l'occurrence, il ne peut

guère être reproché à l'intimé une inaction, mais plutôt une évaluation superficielle de la situation médicale par le SMR qui a conduit celui-ci à demander toujours plus de rapports médicaux, sans en tenir compte dans ses avis médicaux suivants. Le choix des mesures d'instruction paraît également discutable et a considérablement ralenti le traitement du dossier. En effet, après que le Dr H\_\_\_\_\_ a informé l'intimé en septembre 2011 que le stage d'évaluation était une source de rechute pour le recourant, de sorte que cette mesure n'était pas appropriée, il est difficile de comprendre pourquoi l'intimé a demandé en 2012 un complément d'expertise neurologique au Dr C\_\_\_\_\_, dès lors qu'il ressortait du dossier qu'il y avait aussi une symptomatologie anxio-dépressive et que c'était celle-ci qui faisait obstacle aux mesures d'insertion. Par ailleurs, l'aggravation éventuelle concernait précisément le trouble dépressif et non pas les troubles cognitifs. Il est à cet égard à relever que le Dr C\_\_\_\_\_ avait déjà mentionné, dans son expertise du 6 mars 2009, que des mesures de réadaptation seraient vouées à l'échec. De surcroît, le recourant s'était opposé en 2010 à la mesure d'orientation professionnelle qui lui avait été octroyée par l'intimé, estimant qu'il était totalement incapable de travailler, en se fondant sur l'expertise du 15 octobre 2009 des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, laquelle remplit, sur la forme à tout le moins, tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. L'avis médical du SMR du 25 juin 2010 écartant cette expertise paraît par ailleurs très léger et ne semble pas prendre en considération l'intégralité du dossier, notamment les appréciations de la psychiatre traitante et du programme dépression des HUG qui confirment les conclusions de l'expertise précitée. Il aurait donc appartenu à l'intimé, au plus tard à partir de décembre 2011, soit de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, afin de vérifier si le trouble dépressif récurrent, ajouté aux troubles cognitifs, engendre une incapacité de travail d'au moins 70%, comme constaté dans l'expertise précitée, soit de prendre une décision formelle sur la base d'une évaluation médico-théorique de l'invalidité. Cela s'imposait d'autant plus que la procédure avait déjà duré presque sept ans. En outre, l'intimé aurait dû tenir compte de ce que le recourant avait en 2010 déjà 60 ans. Dès lors qu'il ne pouvait plus travailler dans sa précédente profession, comme cela est également admis par l'intimé, il est très discutable qu'il ait la

A/1734/2014 - 10/12 - capacité d'adaptation nécessaire pour un changement d'activité, au vu de la jurisprudence en la matière. Le SMR a en outre commis plusieurs erreurs dans ce dossier, ce qui démontre qu'il ne l'a étudié qu'à la hâte et superficiellement. Ainsi, il a admis une capacité totale de travailler, sur la base du rapport du 20 septembre 2009 de la Dresse E\_\_\_\_\_, où celle-ci s'était manifestement trompée et avait voulu attester une incapacité de travail totale. Même si ce médecin a répété son erreur encore dans sa confirmation du 1er décembre 2009, il sautait aux yeux qu'elle voulait dire le contraire, dès lors qu'elle avait indiqué dans son rapport du 20 septembre 2009 que la reprise du travail n'était pas envisageable tant qu'il n'y avait pas de résolution du problème amnésique, et qu'elle avait annexé le rapport du 29 avril 2009 du programme dépression des HUG, mettant en évidence notamment des troubles dépressifs sévères et des troubles mnésiques. L'attitude du SMR frise ainsi également la mauvaise foi. Le 17 janvier 2013, le SMR a sollicité un rapport médical concernant une hernie discale que le Dr C\_\_\_\_\_ avait signalée. Toutefois, en étudiant attentivement l'expertise de ce médecin, ledit service aurait dû se rendre compte qu'il avait mentionné au début de son expertise une hernie inguinale et que l'indication d'une hernie discale, dans la discussion des diagnostics, constituait vraisemblablement une erreur. Puis, sur la seule base d'une indication du service d'addictologie, le SMR a retenu à tort le 19 juillet 2013 que l'assuré n'avait plus de suivi psychiatrique depuis octobre 2012, de sorte

qu'il ne présentait à l'évidence pas de maladie psychiatrique grave, tout en persistant à considérer qu'il fallait vérifier la diminution du rendement du recourant par un stage d'évaluation. Par la suite, en février 2014, le SMR a jugé nécessaire de solliciter un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du service d'addictologie, au lieu de prendre une décision ou de mettre en œuvre immédiatement une nouvelle expertise psychiatrique, au vu des appréciations de l'expertise des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, ainsi que des médecins traitants très divergentes de celles du Dr B\_\_\_\_\_. Parallèlement, le recourant n'a pas cessé de requérir une décision concernant son droit aux prestations, s'adressant en désespoir de cause même à la Dresse D\_\_\_\_\_ personnellement. Il a ainsi relancé l'intimé à douze reprises. Par conséquent, même s'il ne peut être reproché à l'intimé une inactivité et s'il s'agit d'une affaire relativement complexe, il n'en demeure pas moins qu'au vu de l'ancienneté de la demande de prestations et des relances très fréquentes du recourant pour obtenir une décision, il aurait appartenu à l'intimé d'étudier le dossier de façon plus consciencieuse et de conclure plus rapidement dans cette procédure, au lieu de multiplier les demandes de rapports médicaux et de solliciter une expertise neurologique sans intérêt, alors même que tous les médecins traitants, ainsi que les experts de centre d'expertise médicale de Champel avaient d'ores et

A/1734/2014 - 11/12 - déjà certifiés que la capacité de travail du recourant était nulle en raison du trouble dépressif récurrent et du syndrome mnésique. Comme il ressort de ce qui précède, l'intimé aurait donc déjà pu prendre une décision au début 2012, de sorte que la procédure a été retardée sans raison valable de deux ans et demi, le projet de décision ne datant que du 3 juillet 2014. Cela constitue un retard injustifié. 7. Cela étant, le recours sera déclaré sans objet. 8. Un déni de justice devant être constaté à la date du recours, l'intimé sera condamné à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens. 9. Dans la mesure où le recours n'a pas pour objet le droit aux prestations, la procédure est gratuite.

\*\*\*

A/1734/2014 - 12/12 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.