

## **GE\_GERICHTE A/2348/2017 vom 18. Dezember 2017**

GE Cour de justice, 2017-12-18, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2348\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2348_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2348/2017 du 18 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2348/2017 del 18 dicembre 2017

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.12.2017 A/2348/2017

A/2348/2017 ATAS/1147/2017 du 18.12.2017 ( AI ) , ADMIS En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2348/2017 ATAS/1147/2017 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 18 décembre 2017 10 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Valérie PACHE HAVEL recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci- après : l'assuré ou le recourant), est né en 1965 au Kosovo, et réside en Suisse depuis 1987. Il a acquis la nationalité suisse par naturalisation en 1996. Père de six enfants, dont trois (tous majeurs) nés d'un premier lit, il est remarié depuis le 12 septembre 2003 et vit à Genève avec son épouse et leurs trois enfants communs, nés respectivement les \_\_\_\_\_ 2004, \_\_\_\_\_ 2006 et \_\_\_\_\_ 2014.![endif]>![if> Après avoir travaillé comme charpentier dès 1988, il a débuté une activité de parqueteur indépendant au début de l'année 1998. Il a ainsi créé sa propre entreprise, laquelle fut inscrite au Registre du commerce le 12 novembre 2002. 2. L'assuré a adressé une demande de prestations AI pour adultes à l'Office cantonal AI (ci-après : OAI ou l'intimé), le 20 septembre 2004, motivée par des lésions du genou droit.![endif]>![if> Le 5 septembre 2006, sur invitation de son assureur-accidents, il a déposé une demande de prestations AI, motivée par une hernie discale depuis 2005. 3. Dans un rapport d'expertise du 18 juin 2004 sur mandat de l'assurance-accidents du recourant, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a diagnostiqué un status après deux ménisectomies internes et une ménisectomie externe au niveau du genou droit en août 1995 et janvier 2002, des lésions dégénératives des deux ménisques du genou droit, et une gonarthrose fémoro-tibiale interne du genou droit.![endif]>![if> 4. Par projet de décision du 6 décembre 2007, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR et le rapport d'enquête économique, a déterminé le taux d'invalidité à 9%, taux insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Ainsi la demande de prestations du recourant était rejetée.![endif]>![if> 5. Le recourant fut auditionné par l'OAI le 23 janvier 2008. Il a contesté le projet de décision du 6 décembre 2007 et expliqué que son état de santé s'aggravait.![endif]>![if> 6. Par décision du 8 février 2008, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Sa motivation était la même que celle du projet de décision du 6 décembre 2007 et était complétée suite à l'audition du recourant, indiquant que ce dernier n'avait fait valoir aucun élément nouveau susceptible de modifier sa décision.![endif]>![if> 7. Par acte adressé par pli postal du 7 mars 2008 au Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) - devenu entre-temps la chambre des assurances sociales de la Cour de justice - et complété le 19 mai 2008, le recourant a contesté cette décision, concluant préparatoirement à l'ouverture d'enquêtes ou à une expertise et principalement à

l'annulation de ladite décision, à ce que le droit aux prestations AI lui soit reconnu, et à ce que le taux d'invalidité soit fixé, ceci sous suite de frais et dépens.![endif]>![if> 8. Par arrêt du 4 juin 2009 ( ATAS/730/2009 ), le TCAS, a partiellement admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI, pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Considérant que les revenus ne pouvaient être établis de manière fiable, l'OAI ne pouvait se dispenser d'évaluer le degré d'invalidité au moyen de la méthode dite extraordinaire. Les éléments au dossier n'étant pas suffisants pour appliquer cette méthode, le dossier était renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire. Il s'agirait de procéder à une nouvelle enquête afin de déterminer les différentes activités exercées avec et sans invalidité, de même que l'empêchement et le revenu correspondant à chacune de ces activités, de manière à fixer le taux d'invalidité du recourant.![endif]>![if> 9. Par courrier du 13 août 2009, l'OAI a sollicité de l'assuré la copie des bilans et comptes de pertes et profits pour les années 2007 et 2008.![endif]>![if> 10. Selon le rapport du service extérieur (service des indépendants) de l'OAI, du 10 juin 2010, l'assuré avait été auditionné le 10 mai 2010. Sur la base de ses déclarations, le service avait effectué la ventilation de ses différents champs d'activité avant son atteinte à la santé, de même qu'après celle-ci, suite à sa propre réadaptation au sein de son entreprise. Le temps de travail de l'assuré était passé de 40 heures hebdomadaires, avant son atteinte à la santé, à 20 heures hebdomadaires après celle-ci, pour les années 2005 à 2007, pendant lesquelles il avait consacré le 80 % de ce temps de travail aux tâches de direction et d'administration. Toutefois l'intéressé avait déposé une nouvelle demande de prestations en date du 11 septembre 2006, suite à une nouvelle atteinte à sa santé, sous forme d'une hernie discale. Selon son médecin traitant cette nouvelle atteinte à la santé aurait un effet sur sa capacité de travail résiduelle depuis le 26 juin 2008 («? ?»). Le service extérieur, constatant qu'à l'époque le SMR ne s'était pas prononcé sur les conséquences de la nouvelle atteinte à la santé, proposait à l'OAI de notifier à l'assuré, dans un premier temps, un projet de décision liée à son atteinte primaire à la santé, puis dans un deuxième temps d'inviter le SMR à se prononcer sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée par rapport à sa nouvelle atteinte à la santé. En conclusion, en ce qui concerne l'atteinte à la santé primaire, le service des enquêtes considérait une perte de gain économique de 50 % selon le délai de carence lié à l'ancien droit, et ce jusqu'à la date de la cessation de l'activité professionnelle de l'assuré en septembre 2008. En ce qui concerne la nouvelle atteinte à la santé, à réception de l'avis du SMR quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et pour autant que cette capacité existe, il conviendrait de mandater le département de la réadaptation, afin que celui-ci puisse se déterminer sur le nouveau revenu d'invalidé de l'assuré.![endif]>![if> 11. Le 22 juillet 2010, l'OAI a interpellé les médecins traitants, les docteurs C\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie, et D\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique, sollicitant de leur part un rapport médical intermédiaire. Le second a répondu le 30 juillet 2010 : il ne pouvait donner de nouveaux renseignements, la date du dernier examen remontant au 19 mars 2004. Quant au premier nommé, il a répondu à l'OAI, qui a reçu son rapport le 6 août 2010, retenant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'hernie discale L5-S1 existant depuis environ 2005, et ceux, sans effet sur la capacité de travail, d'insomnies, fatigue, céphalées, état dépressif. Le pronostic était réservé. Il a décrit le traitement médical en cours, a indiqué que l'incapacité de travail était de 100 % dès le 1 er mai 2005 dans l'activité de parquetier indépendant, relevant les restrictions physiques et mentales de douleurs lombaires et d'état dépressif. Le 18 août 2010, l'OAI a encore reçu un rapport médical intermédiaire du docteur D\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil moteur, qui a indiqué que l'état du genou droit était resté stationnaire depuis le 29 janvier 2009; il n'y avait pas de changements de diagnostic. Il relevait des douleurs itératives avec épanchements récidivants du genou droit. Le dernier examen remontait au 24 juin 2010. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Le traitement consistait en une infiltration du genou, le 24 juin 2010, et la prescription d'AINS au besoin ; aucun trouble psychique nécessitant une prise en charge psychiatrique. Un examen complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail lui paraissait nécessaire.!

12. Le 15 février 2011, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_ et Dr F\_\_\_\_\_ ) a considéré, sur la base des rapports médicaux des médecins traitants qu'une expertise rhumatologique externe se justifiait.!

13. Par courrier du 18 février 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait confier une expertise médicale au docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie.!

14. L'expert a rendu son rapport le 9 mai 2011. Il a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques, gonalgies droites chroniques sur gonarthrose à prédominance fémoro-tibiale externe, suspicion d'état dépressif à confirmer par un expert psychiatre, conflit sous-acromial de l'épaule droite. Dans son appréciation du cas et pronostic, l'expert a retenu que l'assuré souffrait actuellement d'un syndrome douloureux chronique, dont les deux points de départ ont été la gonarthrose droite et une lombosciatique S1 gauche. Ces deux affections ont évolué sur un mode chronique depuis leur installation, l'état de santé du patient ne semblant pas avoir été amélioré par les différents traitements conservateurs entrepris. En ce qui concerne la lombosciatique, initialement il existait une très bonne corrélation entre les plaintes douloureuses du patient et les examens d'imagerie, qui avaient mis en évidence une hernie discale L5-S1 gauche. Une indication neurochirurgicale avait été posée, qui semblait tout à fait fondée, mais malheureusement le patient avait refusé cette intervention par deux fois. Progressivement cette symptomatologie est devenue chronique avec des troubles sensitifs persistant dans le territoire S1; l'expert s'est toutefois dit surpris par l'absence de douleurs à la manœuvre de Lasègue jusqu'à 70°. S'agissant des gonalgies droites, celles-ci évoluent également sur un mode chronique; il s'agit d'une gonarthrose tout à fait évidente sur le plan de l'imagerie et qui, elle aussi, résiste étonnamment au traitement conservateur qui avait été entrepris. Il attribue l'évolution défavorable de problèmes médicaux, qui auraient dû en principe trouver au moins une amélioration significative, à un état dépressif qui semble relativement évident avec l'anamnèse donnée par le patient. Il estime impératif pour évaluer correctement la capacité de travail du patient qu'une expertise psychiatrique soit réalisée. Le retentissement des affections somatiques et la résistance aux différents traitements entrepris lui semblent non explicables pour des raisons uniquement organiques, et la coexistence d'un état dépressif pourrait en être l'explication. S'agissant des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés: sur le plan physique le patient présente des limitations fonctionnelles en ce qui concerne la mobilité de son rachis : flexion et ports de charges, positions statiques prolongées notamment assise; pour le genou droit : périmètre de marche à environ 500 m, efforts réalisés en position accroupie ou à genoux, et limitations pour monter une échelle, par exemple. Sur le plan psychique et mental, l'anamnèse donnée par l'assuré est compatible avec un état dépressif à préciser par expert psychiatre. Sur le plan social, plusieurs éléments défavorables : l'assuré s'est présenté comme une victime, notamment en raison des interdictions qui lui ont été signifiées pour revoir ses enfants nés du premier mariage; situation quasiment de révolte, sentiment de dévalorisation par la perte

de son statut d'indépendant. En ce qui concerne l'activité de parqueteur indépendant, il estime qu'elle n'est plus exigible pour des raisons somatiques. Sur le plan somatique toujours, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables dès la date du rapport, mais le patient lui était apparu comme tellement déprimé et pessimiste sur son avenir qu'il conviendrait que l'expert psychiatre puisse attester la possibilité pour ce patient de suivre une réadaptation professionnelle. S'agissant des possibilités d'amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent : pour ce qui est de la lombosciatique gauche, il est regrettable que l'intervention neurochirurgicale proposée mais refusée à deux reprises par le patient n'ait pas pu être effectuée. Cette intervention mériterait d'être à nouveau discutée par un neurochirurgien, mais le patient semble toujours très hostile à un tel traitement. Sur le plan médical, il ne pense pas que de nouvelles mesures soient susceptibles d'améliorer la capacité de travail dans l'activité habituelle. Activité exigible: sur le plan purement somatique, le patient est en mesure d'exercer une profession pour partie debout et pour partie assise, autorisant des changements de position fréquents, ne nécessitant ni port de charge au-delà de 10 kg de façon répétée, ni déplacements à pied de façon prolongée au-delà de 400 ou 500 m ; éviter également des positions en porte-à-faux du tronc. En ne considérant que l'aspect somatique, un 50 %, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée paraît en l'état être le maximum exigible vu les douleurs persistantes de lombosciatalgies gauches et du genou droit.!

15. Par avis du 24 juin 2011, fondé sur le rapport d'expertise somatique, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_ ) a estimé nécessaire d'organiser un examen psychiatrique au SMR, afin de vérifier le degré de gravité de l'épisode dépressif mis en évidence par le rapport de l'expert rhumatologue et d'envisager la possibilité de réadaptation.!

16. Convoqué une première fois pour l'examen médical susmentionné le 20 juillet 2011, l'intéressé ne s'est pas présenté, sans avoir décommandé le rendez-vous. Il a donc été reconvoqué pour le 31 août 2011.!

17. La docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et expert médical SIM, a procédé à un examen clinique psychiatrique le 31 août 2011, et a rendu son rapport le 19 octobre 2011. Elle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. L'examen clinique psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de perturbation de l'environnement psychosocial (qui est normal), de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes. En réponse aux questions posées, l'examinatrice a estimé qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes et, sur le plan psychiatrique toujours, il n'y avait jamais eu et il n'y avait pas d'incapacité de travail. Dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée la capacité de travail exigible était de 100 %.!

18. Le 21 novembre 2011, le SMR a émis un nouvel avis. Il conclut, sur la base des avis médicaux des experts psychiatre et rhumatologue, y compris la précédente expertise du Dr G\_\_\_\_\_ (2006), que le début de l'incapacité de travail durable remonte au 19 mars 2004, que l'évolution de l'incapacité de travail depuis lors et jusqu'à l'établissement de cet avis est de 100 %. Quant à l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée: du 19 mars 2004 au 8 novembre 2005 : 100 %, et depuis le 9 novembre 2005: 50 % dès cette date, les limitations fonctionnelles étant les mêmes que précédemment, avec l'absence de port de charge au-delà de 10 kg de manière répétée, ni de déplacements à pied de façon prolongée de plus de 400 à 500 m, et pas de position en porte-à-faux du tronc. Le début de la réadaptation est fixé au 9 novembre

2005.![endif]>![if> 19. Le 9 décembre 2011, le gestionnaire de l'OAI a considéré, sur la base du dernier avis médical du SMR, qu'il convenait d'évaluer la perte économique pour l'année 2007 et jusqu'à la cessation de l'activité en septembre 2008.![endif]>![if> 20. Le 31 août 2012 l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré: en tant qu'actif, et sur la base de l'ESS 2008, le revenu avec invalidité serait, à 100 %, de CHF 59'979.-; mais avec un temps de travail raisonnablement exigible de 50 %, et en appliquant une réduction supplémentaire de 15 % (en raison des limitations fonctionnelles, du changement d'activité et que seule une activité à mi-temps soit possible), le revenu brut avec invalidité serait de CHF 25'491.-; le revenu avant l'atteinte à la santé, en 2006, et réactualisé, était de CHF 70'723.-, soit une différence (perte de gain) de CHF 45'232.- déterminant un degré d'invalidité de 63.96 %.![endif]>![if> 21. Le 20 septembre 2012, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_), a confirmé son avis du 21 novembre 2011 en ce qui concerne la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée, et son évolution. Elle propose une révision à un ou deux ans.![endif]>![if> 22. Par courrier du 16 novembre 2012, l'OAI a convoqué l'assuré à un nouvel entretien fixé au 5 décembre 2012, pour l'évaluation de la situation et celle de la perte économique.![endif]>![if> 23. Le 4 décembre 2012, la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI : elle indique que l'état de santé de son patient s'était aggravé, retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), depuis (« et avant ») le début du suivi le 27 juin 2012. L'évolution est mauvaise. Dépressif sévère avec rumination auto- et hétéro-agressive, sentiment d'humiliation, de rejet, d'injustice face à l'OAI. Traitement par antidépresseurs et anxiolytiques. Le dernier examen médical remontait au 3 décembre 2012. Au niveau physique: douleurs du dos avec impotence fonctionnelle partielle. Les limitations fonctionnelles sont des ruminations obsédantes avec troubles de la concentration et de l'attention, irritabilité, agressivité verbale. Au niveau somatique: impotence fonctionnelle. La capacité de travail est de 0 % dans toute activité. La compliance est optimale; il existe une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le patient est régulièrement suivi depuis octobre 2012. La reprise du travail ne peut être envisagée en raison des troubles psychiatriques chez un patient ayant des traits narcissiques.![endif]>![if> 24. Un premier entretien de réadaptation professionnelle a eu lieu le 5 décembre 2012. En résumé et en conclusion, l'examineur a relevé que l'attente de l'assuré en ce qui concerne l'AI tient à une demande de statut et de reconnaissance de son invalidité, et par rapport à son avenir projeté, il souhaite se soigner, la priorité étant donnée à sa santé. En conclusion, l'examineur considère qu'en l'état un projet de réadaptation professionnelle, valorisant les avis du SMR des 21 novembre 2011 et 20 septembre 2012 évaluant la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis le 9 novembre 2005, n'est pas envisageable. En effet des mesures d'ordre professionnel ne sont pas envisageables en raison de l'état de santé de l'assuré qui rend très faibles les chances de succès d'un reclassement. Dans l'immédiat il apparaît prioritaire de statuer sur la situation de santé psychique de l'assuré. Le retour du questionnaire médical adressé au psychiatre traitant complétera le dossier médical avec des éléments permettant au SMR de se positionner en l'état sur un état de santé aggravé par une nouvelle atteinte. Le mandat de réadaptation a ainsi été clôturé.![endif]>![if> 25. Le 18 janvier 2013, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_ ) a émis un nouvel avis. Lors de l'entretien de l'intéressé avec le service de la réadaptation, il a été retenu que l'état psychique de l'assuré ne permettait pas de mesures d'ordre professionnel (le psychiatre traitant ayant appelé le service de réadaptation avant l'entretien). Un nouveau rapport médical est demandé au psychiatre traitant, qui suit l'assuré

depuis le 27 juin 2012. Dans son rapport du 4/12/2012, il est retenu un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. Il est surtout mis au premier plan un sentiment d'humiliation, d'injustice face à l'assurance-invalidité. Le SMR invite l'OAI à solliciter un rapport médical complet du psychiatre traitant, avec anamnèse, status et traitements.![endif]>![if> 26. Le 3 mai 2013, l'OAI a sollicité un rapport conforme de la Dresse I\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 27. Ce rapport du 15 juin 2013 est parvenu à l'OAI le 19. Le psychiatre traitant a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère (F33.2 - F33.3), existant depuis plusieurs années ; sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu le diagnostic de traits de personnalité narcissique, depuis toujours. Elle explique sur le plan anamnestique que ces troubles sont consécutifs à la perte de l'entreprise dans le cadre de problèmes somatiques. Péjoration thymique graduelle évoluant vers un trouble dépressif sévère. Quant aux symptômes actuels, elle relève des troubles du sommeil avec insomnies, troubles de l'endormissement, sommeil non réparateur. Perte de décisions d'avenir, sentiment d'injustice, irritabilité, colère contre le système, idée de complot. Méfiance, abattement, désespoir, idées noires hétéro-agressives, patient très algique (dos), incapable de rester longtemps en position assise. Quant aux indications subjectives du patient: patient algique (observable) en recherche de position antalgique. Ruminations importantes à thème de préjudice, d'injustice, idées hétéro-agressives qui l'effraient. Désespoir exacerbé par les douleurs. Le pronostic était mauvais. Le patient a stoppé son traitement car, selon lui, il était sans effet. Idées bizarres sur le fait d'ingérer des médicaments. Pour le futur elle recommande d'encourager et de convaincre le patient des bienfaits d'un traitement. La capacité de travail est de 0 % en tant qu'entrepreneur du bâtiment indépendant, chez ce patient qui n'a actuellement aucune activité. L'activité exercée ne peut plus être exigible, en raison de problèmes somatiques à voir avec le médecin traitant. Sur le plan psychiatrique, les restrictions ne peuvent pas être réduites par des mesures médicales. On ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail. Elle recommande de faire réévaluer le patient. Dans le questionnaire détaillé sur les travaux pouvant encore être exigés, le psychiatre traitant a répondu négativement à toutes les rubriques concernant les genres d'activités; quant à celles relatives aux capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance, elles étaient, selon elle, toutes limitées, ceci depuis qu'elle connaît le patient. Elle a en outre relevé que le patient aurait besoin de moyens auxiliaires ou d'une adaptation ergothérapeutique avec traitement médical. ![endif]>![if> 28. Le 19 juin 2013, sur la base du rapport du psychiatre traitant, le SMR (Dresse E\_\_\_\_\_) relève que le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère depuis plusieurs années est en totale contradiction avec l'examen SMR psychiatrique du 31 août 2011. Il est retenu également des traits narcissiques sans répercussion sur la capacité de travail. Une incapacité de travail totale est retenue pour les problèmes somatiques (à voir avec le médecin traitant). Afin de déterminer l'évolution de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail depuis l'avis du SMR du 21 novembre 2011, elle propose d'effectuer une expertise pluridisciplinaire via Med@P, comportant les spécialités de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, avec interrogation par rapport à un trouble somatoforme douloureux (TSD).![endif]>![if> 29. Par courrier du 7 août 2013, l'OAI a interpellé l'assuré, l'informant de ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire allait être mise en place, le choix des experts se faisant de manière aléatoire conformément à la législation en vigueur. Il serait informé de la date de l'expertise et des experts désignés. Le projet de mission d'expertise (questions) lui a été soumis, et un

délai de dix jours lui a été fixé pour adresser des questions complémentaires éventuelles à poser aux experts.![endif]>![if> 30. Le 9 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a relancé l'OAI: le patient était toujours en traitement pour d'une part des lombosciatalgies, et d'autre part une arthrose du genou droit sur un status après deux arthroscopies en 1995 et 2002. Il est d'autre part toujours en traitement pour son état dépressif. Compte tenu des problèmes médicaux, ce patient est définitivement inapte pour le travail qu'il effectuait avant, l'OAI étant dès lors prié de réactiver le dossier pour l'obtention d'une rente.![endif]>![if> 31. Par courrier du 30 janvier 2015, l'OAI a transmis le CD-ROM du dossier au centre d'expertise désigné, le CEMed Centre d'Expertise Médicale.![endif]>![if> 32. Le 2 février 2015, le centre SuisseMED@P-Team a communiqué les noms des experts désignés pour chaque matière (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, et rhumatologie), information communiquée à l'assuré dès le lendemain, par courrier du 3 février 2015, avec fixation de délai de dix jours pour faire valoir d'éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre de l'un ou de l'autre des experts désignés.![endif]>![if> 33. Les experts du CEMed ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire des 12 et 13 mars 2015 le 22 mai 2015.![endif]>![if> 34. Par courrier du 29 juin 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a relancé l'OAI, relevant que le traitement est toujours en cours, dans diverses disciplines, la gonarthrose s'étant nettement péjorée, évoquant à moyen terme la mise en place d'une prothèse. Considérant que ce patient est définitivement inapte pour le travail qu'il effectuait au préalable, il sollicite une nouvelle fois la réactivation du dossier pour l'obtention d'une rente.![endif]>![if> 35. Sur la base du rapport d'expertise du 22 mai 2015, le SMR (Dr J\_\_\_\_\_ ) se référant aux diagnostics posés par l'expert psychiatre (traits de personnalité narcissique [T60.8], épisode dépressif léger avec syndrome somatique [F33.01], syndrome douloureux somatoforme persistant [F45.4]), a estimé nécessaire, compte tenu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral du 3 juin 2015, d'interpeller les experts au sujet du TSD, et notamment sur la question de savoir si, selon les nouveaux indicateurs, une capacité de travail entière dans une activité adaptée continuait à être d'actualité.![endif]>![if> 36. L'expert a répondu affirmativement par courrier du 20 août 2015: un diagnostic de TSD persistant (F45.4) est retenu. Ce trouble n'est pas associé à un autre trouble psychiatrique sévère; il y a des traits de personnalité narcissique sans organisation pathologique de la personnalité. On ne trouve pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte de l'intégration sociale, pas d'échec des traitements ambulatoires. On retiendra par contre que l'expertisé a grandi dans un milieu familial harmonieux, il n'a pas vécu de manque, ni de traumatisme, ni de maltraitance, il a réussi à émigrer. L'ensemble de ces éléments vont dans le sens de la résonance de bonnes ressources personnelles.![endif]>![if> 37. Le service de réadaptation a reconvoqué l'intéressé à un entretien fixé au 8 décembre 2015.![endif]>![if> 38. Par courrier du 2 décembre 2015, le psychiatre traitant s'est adressée à l'OAI pour s'étonner de la lenteur de la procédure lui paraissant inhabituelle, malgré les rapports médicaux des différents médecins (étaient notamment joints à ce courrier les avis médicaux du Dr C\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2015 et copie du courrier du Docteur D\_\_\_\_\_ du 29 juin 2015.![endif]>![if> 39. Le 27 janvier 2016, le SMR (Dr J\_\_\_\_\_ ) a émis un nouvel avis, en fonction des derniers documents médicaux produits par les médecins traitants. Ces documents n'apportaient aucun élément nouveau ni objectif qui ferait changer d'avis. L'avis du SMR du 1<sup>er</sup> octobre 2015 continuait à être d'actualité.![endif]>![if> 40. Le 9 février 2016, le service de réadaptation de l'OAI a établi son rapport. Il propose en conclusion de considérer que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées, le taux d'invalidité s'élevant à 20.8 %

arrondi à 21 %.

41. Le 14 mars 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision de refus de rente d'invalidité.

42. Par courrier du 16 mars 2016, l'assuré a sollicité de l'OAI la copie de son dossier médical. Il demandait de l'adresser à son psychiatre traitant.

43. L'OAI a donné suite à cette demande par courrier du lendemain, 17 mars 2016.

44. Par courrier du 7 avril 2016, Maître Valérie PACHE HAVEL, avocate, a annoncé à l'OAI avoir été désignée en qualité de défenseur d'office de l'assuré dans le cadre de la procédure de préavis suite au projet de décision du 14 mars 2016. Elle sollicitait la consultation du dossier auprès de l'OAI, vu le délai pour le dépôt des observations relatives au projet de décision.

45. Par courrier du 8 avril 2016, l'OAI a transmis un CD-ROM du dossier au mandataire susmentionné.

46. Par courrier du 18 avril 2016, le recourant, par la plume de son conseil, a contesté le projet de décision susmentionné. A titre liminaire, il était particulièrement choquant que ce projet de décision soit parvenu près de sept ans après un arrêt rendu en 2009 par le TCAS qui avait renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Cette lenteur était inadmissible et inexpliquée, l'examen du dossier ne permettant pas de déceler quelle raison justifierait une telle durée. Le projet de décision du 14 mars 2016 était intégralement contesté. Il ne respectait pas les considérants de l'arrêt de renvoi, même s'il est y est fait référence : l'OAI prétend utiliser la méthode générale de calcul pour déterminer le taux d'invalidité, alors que précisément le tribunal avait renvoyé la cause pour le calcul au moyen de la méthode dite extraordinaire. Rien ne permettait à l'OAI de s'écarter des instructions du tribunal. Ainsi, les montants retenus avec et sans invalidité ainsi que le taux d'invalidité de 21 % étaient contestés. Le tableau de détermination du degré d'invalidité retient l'année 2006 pour l'évaluation de celui-ci, et le projet de décision se réfère à un revenu de CHF 67'364.- pour l'année 2010. Outre le montant contesté, dès lors qu'il était évalué sur la base de données statistiques, c'est l'année 2005 qui devait être prise en compte, et non 2006. Le recourant conteste encore les conclusions du SMR en tant qu'il considère que rien n'empêcherait qu'il exerce une autre activité adaptée sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. Il n'a pas de diplôme, et aucune formation professionnelle; il a toujours exercé dans des métiers physiques, une telle activité étant exclue. Il reproche à l'OAI d'avoir totalement occulté, sans raison valable, le rapport d'expertise circonstancié du Dr G\_\_\_\_\_ du 9 mai 2011, ainsi que les rapports médicaux du psychiatre traitant des 4 décembre 2012 et 15 juin 2013 et le rapport du Dr K\_\_\_\_\_ (rapport d'IRM rachidienne) du 11 mars 2015. En conclusion, il est indiscutable que le recourant souffre tant sur le plan physique que psychique, et qu'il n'est donc pas en mesure de reprendre une quelconque activité lucrative. L'OAI devrait retenir une incapacité totale de travail. Le projet de décision ne tient pas non plus compte de la détermination du degré d'invalidité du 31 août 2012, qui concluait à un degré d'invalidité de 63.96 %.

47. Par courrier du 27 juin 2016, le conseil du recourant a fait observer à l'OAI que son courrier du 18 avril 2016 était resté sans réponse à ce jour. Il l'invitait à bien vouloir y donner la suite qui convient dans les meilleurs délais.

48. Par courrier du 17 octobre 2016, le conseil du recourant a relancé l'OAI: sans réponse à ses courriers des 18 avril et 27 juin 2016, il a insisté pour qu'une suite soit donnée à l'opposition dans les plus brefs délais.

49. Par mémoire de son conseil du 29 mai 2017, le recourant a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours pour déni de justice. Il conclut au fond à ce que la chambre de céans constate que l'OAI a commis un déni de justice en ne rendant pas de décision sur la demande de prestations d'invalidité formée par le recourant et à ce qu'il soit condamné à rendre une décision formelle dans un

délai de 30 jours dès l'entrée en force du jugement, avec suite de dépens.!

En substance, reprenant certains éléments de la chronologie du dossier, après l'arrêt du 4 juin 2009, il observe : - que plus de vingt mois après l'arrêt du 4 juin 2009, soit le 18 février 2011, l'OAI a adressé un courrier à l'assuré pour l'informer de la mise en place d'une expertise médicale ;!

- que l'assuré a été convoqué chez l'expert le 6 mai 2011 ;!

- que le 16 novembre 2012, soit un an et demi plus tard, il a été convoqué par l'OAI pour un entretien le 5 décembre 2012 ;!

- que le 3 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il sollicitait des renseignements médicaux de son psychiatre traitant ;!

- que le 7 août 2013 l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il devait se soumettre à un examen médical approfondi et que le choix du centre d'expertise « se fait de manière aléatoire » ;!

- que le 16 février 2015, soit presque deux ans plus tard, l'assuré a été convoqué pour une expertise médicale au CEMed pour les 12 et 13 mars 2015 ;!

- que l'OAI a relancé le centre d'expertise médicale par courrier du 27 avril 2015, sollicitant leur rapport ;!

- que le 29 juin 2015 le Dr D\_\_\_\_\_ relançait l'OAI pour le prier de bien vouloir réactiver le dossier du patient pour l'obtention d'une rente ;!

- que l'Hospice général s'est renseigné à plusieurs reprises sur l'état d'avancement du dossier ;!

- que sept mois après, par courrier du 24 novembre 2015, l'OAI a convoqué l'assuré pour un nouvel entretien pour le 8 décembre 2015 ;!

- que le 2 décembre 2015, le psychiatre traitant s'étonnait de la lenteur de la procédure et sollicitait des nouvelles de l'OAI ;!

- qu'au mois de mars 2016, l'assuré n'avait toujours pas de nouvelles de sa demande de prestations ;!

- que ce n'est qu'en date du 14 mars 2016 que l'OAI a fait part de son projet de décision au recourant, tendant au refus d'octroi d'une rente invalidité ;!

- qu'il s'était ainsi écoulé près de sept ans pour qu'un nouveau projet de décision soit rendu après la décision du TCAS du 4 juin 2009 ;!

- que par courrier de son conseil du 18 avril 2016, l'assuré a fait part de sa détermination sur le projet de décision susmentionné ;!

- que le 27 juin 2016, soit deux mois plus tard, le conseil du recourant relançait l'OAI ;!

- toujours sans nouvelles six mois plus tard, par courrier du 17 octobre 2016, une seconde mise en demeure formelle fut adressée à l'OAI par le conseil du recourant ;!

- que les 27 février et 3 avril 2017, le psychiatre traitant a également contacté le gestionnaire de l'OAI en charge du dossier, lequel lui a indiqué à chaque fois que l'assuré aurait une réponse dans les semaines à venir ;!

- qu'aucune décision n'a été rendue au jour du dépôt du recours malgré des relances tant téléphoniques que par courriers, soit plus d'une année après les observations du 18 avril 2016 contestant le projet de décision.!

50. L'OAI s'est déterminé sur le recours pour déni de justice par courrier du 26 juin 2017. Il propose le rejet du recours. Après l'arrêt du 4 juin 2009, de nombreuses mesures d'instruction ont été mises en œuvre. En date du 18 mai 2017, le gestionnaire du dossier s'est déterminé sur le degré d'invalidité du recourant. En date du 6 juin 2017, la motivation de la décision et un prononcé, dont copie est annexée à la détermination de l'intimé, ont été transmis à la caisse compétente afin qu'elle prépare le calcul de la rente (demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50 % du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 30 novembre 2008) et notifie la décision au recourant. Un courrier explicatif a également été envoyé au recourant. L'instruction du dossier du recourant est arrivée à son terme, et seule la notification de la décision par la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) est actuellement pendante; au vu de ce qui précède, aucun déni de justice n'est avéré.!

51. Par courrier recommandé du 18 juillet 2017, en réponse à l'invitation de la chambre de céans, le conseil

du recourant a maintenu son recours, observant que par courrier du 6 juin 2017, l'OAI lui avait simplement adressé un courrier dénommé « projet d'acceptation de rente », le priant de bien vouloir « faire preuve d'un peu de patience » pour que la CCGC effectue le calcul de la rente. L'envoi de ce courrier n'était évidemment pas étranger à la présente procédure, dès lors que l'office avait dûment été informé de la saisine de la chambre de céans par courrier du 30 mai 2017, lui fixant un délai pour répondre. À ce jour et bien que la procédure dure depuis huit années au total, l'OAI n'avait encore rendu aucune décision formelle.!

52. Les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger.!

53. Par courrier du 7 novembre 2017, le conseil du recourant a informé la chambre de céans que cinq mois après le projet d'acceptation de rente et la demande subséquente de calculs de rente à la CCGC, il devait déplorer une absence de décision formelle rendue à l'égard de son mandant.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. Aux termes de l'art. 53 LAI l'assurance est mise en œuvre par les offices AI en collaboration avec les organes de l'AVS et sous la surveillance de la Confédération (art. 76 LPGA).!

a) Selon Art. 57 LAI les attributions des offices AI sont notamment les suivantes : a. mettre en œuvre la détection précoce; b. déterminer, surveiller et mettre en œuvre les mesures d'intervention précoce; c. examiner si les conditions générales d'assurance sont remplies; d. examiner si l'assuré est susceptible d'être réadapté, et pourvoir à l'orientation professionnelle et à la recherche d'emplois; e. déterminer les mesures de réadaptation, en surveiller l'exécution et offrir à l'assuré le suivi nécessaire durant la mise en œuvre des mesures; f. évaluer l'invalidité et l'impotence de l'assuré et les prestations d'aide dont il a besoin; g. rendre les décisions relatives aux prestations de l'AI; h. informer le public; i. coordonner les mesures médicales avec l'assureur-maladie et l'assureur-accidents (al.1). Le Conseil fédéral peut leur confier d'autres tâches (al.2). Ainsi, faisant usage de la délégation de l'art. 57 al. 2 LAI le Conseil fédéral a précisé et confié aux offices AI certaines tâches complémentaires, à l'art. 41 RAI : au terme de cette disposition l'office AI exécute, outre les tâches explicitement mentionnées dans la loi et dans le présent règlement, notamment les tâches suivantes: a. ... b. ... c. transmettre immédiatement les communications concernant le droit aux indemnités journalières, aux rentes et aux allocations pour impotent pour les assurés majeurs en cours à la caisse de compensation compétente; d. notifier les communications, les préavis et les décisions, ainsi que la correspondance y relative; b) Selon l'art. 60 al. 1 LAI les attributions des caisses de compensation sont notamment les suivantes: a. collaborer à l'examen des conditions générales d'assurance; b. calculer le montant des rentes, des indemnités journalières, des allocations d'initiation au travail et des allocations pour frais de garde et d'assistance; c. verser les rentes, les indemnités journalières, les allocations d'initiation au travail et les allocations pour frais de garde et d'assistance et verser les allocations pour impotent des assurés majeurs. 3. L'assuré a déposé un recours pour déni de justice à l'encontre de l'OAI. Le litige porte donc sur la question de savoir si dans le cas d'espèce un déni de justice est avéré. !

4. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut en effet également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne

rend pas de décision ou de décision sur opposition. [endif]>![if> a. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). 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 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). À cet égard, il appartient, d'une part, 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. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive 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. 5.2 p. 332 et les références). 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). En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à 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 54 consid. 4b p. 61). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt H 134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). 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 ). b. Dans un cas 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 Tribunal fédéral (TF) a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice. 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 devant faire l'objet d'une instruction complémentaire; se posait également un problème de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt I 241/04 du 15 juin 2006). Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité, le TF 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 quinze mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TF n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé (arrêt I 819/02 du 23 avril 2003). Dans un arrêt ATAS 237/2014 du 26 février 2014, la chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où l'OAI avait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois plus tard. En effet, l'introduction du mandat dans le système

SuisseMED@P avait été effectuée moins de dix jours après la communication à l'assurée. Si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait certes excessif, ce retard n'était en l'occurrence pas imputable à l'office AI. c. En revanche, dans un arrêt ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) a admis que le fait, pour l'office AI, d'attendre cinq mois pour rendre une décision après un arrêt du tribunal qui rétablissait simplement la rente supprimée par l'office constituait 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 TCAS a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi dans le cas d'un assureur-maladie ne s'étant pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement ( ATAS/354/2007 ), dans celui d'un assuré resté sans nouvelles de l'office AI 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 avait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours ( ATAS/62/2007 ), dans celui où 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 ); dans un cas où l'office AI avait attendu quatorze mois pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assurée avait conclu d'emblée ( ATAS/484/2007 ), ou encore dans un autre, où l'office AI avait attendu dix-sept mois pour ordonner un complément d'expertise après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants ( ATAS/860/2006 ). Un déni de justice a aussi été admis s'agissant d'un assuré n'ayant pas obtenu de décision de la part de l'office AI plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestation, l'office ayant tardé à mettre en œuvre l'expertise nécessaire à l'instruction du cas (il avait attendu cinq mois pour demander l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P [ ATAS/1116/2013 ]). Enfin, la chambre de céans a également constaté l'existence d'un déni de justice s'agissant d'un assuré n'ayant toujours pas reçu d'indemnités journalières de son assurance-accidents plus de cinq mois après l'annonce du sinistre, alors même que ni l'accident, ni l'atteinte à la santé, ni l'incapacité de gain, ni l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et l'évènement n'étaient contestés et que seule se posait la question de la fixation du montant de l'indemnité journalière due à l'intéressé ( ATAS/699/2016 ). Plus récemment la chambre de céans a encore considéré qu'il convient d'admettre qu'un délai de plus de huit mois pour proposer des experts et mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire apparaît excessif ( ATAS/74/2017 ). 5. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

6. En l'espèce, le recourant situe le déni de justice en faisant référence à la durée de la procédure depuis le dépôt de la demande de prestations, en insistant sur le fait que depuis 2009 – date de l'arrêt de renvoi du TCAS, l'office n'a jamais rendu de décision sur le fond des droits de l'assuré. La chambre de céans constate que si la demande de prestations initiale remonte au courant de l'année 2004, il ressort des faits

retenus ci-dessus que ce dossier est d'une complexité indéniable, l'état de santé du recourant ayant donné lieu à plusieurs demandes de prestations successives et en cours de procédure pour des raisons somatiques d'abord (2004 et 2006), puis après l'arrêt de renvoi de 2009, et à l'occasion de l'examen du dossier par l'expert rhumatologue désigné, d'un aspect psychique qui a donné lieu lui aussi à une instruction médicale, ainsi que plus tard à une expertise pluridisciplinaire incluant l'aspect psychiatrique (par le CEMed). En dépit du fait qu'initialement le TCAS a envoyé le dossier à l'OAI pour une instruction complémentaire consistant en une nouvelle enquête économique afin de déterminer les différentes activités exercées avec et sans invalidité, de manière à fixer le taux d'invalidité du recourant, en cours de route l'OAI a dû, en plus, procéder à de nombreuses investigations sur le plan médical, notamment par rapport aux éléments apportés dans ce domaine, par l'assuré, respectivement par ses médecins traitants, voire l'aspect psychique mis en évidence par l'expert rhumatologue mis en œuvre, et ayant retenu la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique. C'est le lieu d'observer que les mesures médicales mises en œuvre depuis le renvoi de la cause par le TCAS en 2009, et même si elles n'avaient pas été envisagées par le TCAS à l'époque, car la question ne se posait a priori pas dans le cadre de la procédure de l'époque, étaient entièrement justifiées. En considérant la chronologie des faits retenus ci-dessus, et pas seulement ceux mis en évidence par le recourant dans la demande de constatation du déni de justice, force est de constater que la procédure a, globalement, suivi un cours régulier. Sans qu'il soit nécessaire de reprendre par le menu chaque étape chronologiquement – ce qui ressort de soi des faits retenus –, il y a lieu d'observer que l'instruction du cas a nécessité plusieurs expertises indépendantes notamment pluridisciplinaires, plusieurs interventions du service de réadaptation, outre celle du service externe pour l'enquête économique.

S'il est vrai que l'expertise indépendante et pluridisciplinaire mise en œuvre par l'OAI via la plateforme SuisseMED@P a pris un temps considérable, pour que soit désigné le centre d'expertise respectivement les experts choisis, selon la jurisprudence rappelée précédemment (ATAS 237/2014), on ne saurait toutefois faire grief à l'intimé du retard occasionné par cette procédure échappant au contrôle de l'intimé. On rappellera que cette plateforme est destinée à mettre en œuvre le système règlementaire et jurisprudentiel de désignation aléatoire des experts dans le contexte d'expertises pluridisciplinaires, l'OAI n'ayant pas d'autre choix que de passer par cette voie, conformément à l'art. 72 bis RAI (ATF 140 V 507 ; ATF 139 V 349); étant pour le surplus remarqué que le principe d'une telle expertise, dans le cas d'espèce, se justifiait pleinement. Le recourant semble surpris que l'OAI lui ait précisé, en 2013, que le système de désignation des centres d'expertise se faisait sur un mode aléatoire... Cette information n'était pourtant que la référence à l'art. 72 bis alinéa 2 RAI, qui le prévoit expressément. Du reste, comme le reconnaît le recourant lui-même, l'OAI a réagi, ne recevant pas le rapport des experts, après que ceux-ci aient procédé à l'expertise en mars 2015, en les relançant en avril 2015. On ne saurait d'ailleurs faire grief à l'OAI, respectivement au SMR, d'avoir demandé complémentairement au CEMed, plus particulièrement à l'expert psychiatre qui avait posé le diagnostic de TSD, de préciser si, compte tenu de la nouvelle jurisprudence (juin 2015), les conclusions qu'il tirait à cet égard respectaient les nouveaux indicateurs définis par le Tribunal fédéral. Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir commis un déni de justice, jusqu'au moment où il a adressé au recourant son projet de décision du 14 mars 2016, ceci dans un délai qui apparaissait, compte tenu de l'ensemble du dossier, encore raisonnable. 7. Reste à déterminer si l'attitude de l'OAI, postérieure à son projet de décision du 14 mars 2016, et en particulier pendant la procédure d'audition,

doit faire l'objet de critiques et en particulier si le fait qu'au moment où l'assuré a déposé son recours pour déni de justice, à fin mai 2017, l'OAI n'avait pas encore rendu sa décision est constitutif d'un déni de justice.!

[endif]>!

[if> Comme rappelé ci-dessus, en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est notamment gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à 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 54 consid. 4b p. 61). L'OAI n'est pas tenu, par une disposition légale particulière, de rendre sa décision dans un délai déterminé, à la suite de la procédure d'audition, lorsque le projet de décision a fait l'objet de contestation; par analogie, l'art. 52 al. 2 LPGA stipule que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Selon l'art. 74 al.1 RAI, lorsque l'instruction de la demande est achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al.2). Il découle de ces principes que l'on ne peut ainsi fixer des limites a priori, pour évaluer ce que l'on doit entendre par délai raisonnable au sens de la jurisprudence rappelée précédemment, et pour déterminer si l'autorité a tardé à statuer au point de constituer un retard injustifié prohibé : selon la jurisprudence il s'agit d'apprécier, de cas en cas, non seulement les caractéristiques du dossier, en particulier sa complexité, ou au contraire sa relative simplicité, mais encore le comportement de l'autorité pendant le délai considéré. Dans le cas d'espèce, il ressort du dossier produit par l'intimé à l'appui de sa réponse au recours, que si l'on excepte la copie du document intitulé « Motivation Octroi d'une rente d'invalidité », non daté mais communiqué par l'OAI à la CCGC en annexe à son courrier du 6 juin 2017, et en même temps porté à la connaissance de l'assuré, force est de constater que depuis la réception, le 19 avril 2016, du courrier par lequel le conseil de l'assuré contestait le projet de décision du 14 mars 2016 (doc 165 et 166 dossier OAI - fax et courrier), ce dossier, qui inventorie 172 documents, comporte en tout et pour tout, - hormis l'exception qui va suivre - : un courrier du 1 er juin 2016 par lequel le mandataire de l'assuré annonçant son changement d'Etude et d'adresse (doc 167 et 168 dossier OAI - fax et courrier); la copie du courrier du conseil de l'assuré du 27 juin 2016 rappelant à l'OAI qu'il n'avait à ce jour reçu aucune suite à son courrier du 18 avril 2016 et invitant l'OAI à y donner suite dans les meilleurs délais (doc 170 dossier OAI); et enfin la copie des exemplaires fax et courrier de la lettre du mandataire de l'assuré du 17 octobre 2016, faisant observer à l'OAI que ses deux courriers précédents étaient toujours restés sans réponse, qu'il s'était ainsi écoulé plus de six mois depuis les déterminations déposées par son mandant au sujet du projet de décision, et invitant l'OAI à y donner la suite qui convient dans les plus brefs délais « tous droits réservés » (doc 171 et 172 dossier OAI). Hormis ces courriers émanant tous de l'assuré, on trouve (doc 169 dossier OAI) un document daté du 20 juin 2016, intitulé « décision: refus de rente d'invalidité » adressé au conseil de l'assuré à sa nouvelle adresse, reprenant mot pour mot (hormis l'interpellation du destinataire et la voie de recours) le texte du projet de décision précédent, sans la moindre référence aux objections formées à l'encontre dudit projet. Manifestement, ce document, - auquel ni le recourant ni l'intimé ne se réfèrent dans leurs écritures - n'a donc manifestement jamais été adressé à son destinataire, et constitue en réalité, au vu du dossier produit par l'OAI, la seule « activité » entreprise par l'office depuis le 19 avril 2016, et a priori, pratiquement jusqu'au 6 juin 2017, jour où il a adressé à la caisse de compensation sa demande de calcul des prestations en espèces et le texte de la motivation de la décision à notifier, après calcul du montant des rentes par la CCGC. L'allégation de l'intimé selon laquelle le gestionnaire du

dossier se serait déterminé sur le degré d'invalidité du recourant le 18 mai 2017 n'y change rien; du reste aucune pièce ne vient corroborer ni rendre vraisemblable que ce travail ait précisément été entrepris avant que l'intimé ait été informé du recours. Et si tel avait été le cas, il n'explique pas pourquoi il lui eût encore fallu attendre jusqu'au 6 juin 2017, - trois semaines plus tard -, pour transmettre " immédiatement " ces éléments à la CCGC (art.41 al. 1 lettre c RAI); et quoi qu'il en soit, cela démontre que pour se déterminer sur les objections de l'assuré au projet de décision, seule une petite journée de travail était nécessaire pour se déterminer, ce qui doit évidemment être mis en perspective avec le délai de treize mois sans la moindre intervention dans le dossier. La chambre de céans observera incidemment que pendant toute cette période, l'intimé, pourtant rappelé à ses obligations à plusieurs reprises, n'a jamais même daigné, par simple courtoisie élémentaire, accuser réception des courriers que lui adressait le conseil de l'assuré, ce qui n'est pas un comportement acceptable, quand bien même cela ne constitue pas en soi un élément relevant du retard prohibé à statuer. Il constitue néanmoins la démonstration que l'intimé, jusqu'au moment où il a été informé de la saisine de la chambre de céans, n'a strictement rien entrepris dans ce dossier, dès le moment où il a notifié à l'assuré le projet de décision du 14 mars 2016 (hormis, pour être exhaustif, la transmission de CD-ROM d'éditions du dossier, au psychiatre traitant et au conseil de l'assuré, pendant le délai d'audition). La chambre de céans retiendra dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales, qu'ainsi, ce n'est qu'après avoir eu connaissance de la saisine de la chambre de céans par l'assuré, d'un recours pour déni de justice, que l'OAI s'est empressé de réagir, le 6 juin 2017, soit plus de treize mois après avoir réceptionné les objections de l'assuré à son projet de décision. Il est au demeurant des plus vraisemblable que si l'assuré n'avait pas déposé son recours, à fin mai 2017, l'OAI n'aurait rien entrepris dans ce dossier, pendant encore une durée a priori indéterminée. Ceci dit, comme le recourant l'a relevé dans sa réplique, le document « Motivation Octroi d'une rente d'invalidité », transmis à la CCGC pour être intégré à la décision à rendre après calcul des montants de la rente temporaire octroyée, et porté pour information à la connaissance de l'assuré, ne constitue pas encore la décision susceptible de recours, la notification de celle-ci par l'OAI, dépendant désormais, mais depuis début juin 2017, de la CCGC. En quoi le recours n'est pas devenu sans objet. Il s'avère que, compte tenu du courrier adressé par le conseil du recourant à la chambre de céans au début novembre 2017, qu'a priori dans l'intervalle rien ne s'est passé, et en particulier la décision attendue de la part de l'OAI n'a pas encore été rendue; c'était à tout le moins le cas encore au début novembre 2017. Or, si la décision à rendre dépend désormais de la CCGC, qui doit calculer les montants de la rente, ce qui peut, certes, prendre un certain temps, au vu de la relative complexité du dossier, il n'empêche qu'a priori, l'OAI ne semble guère s'être soucié de l'avancement de ce dossier, notamment en relançant la CCGC, depuis le 6 juin, date de la transmission des éléments nécessaires à rendre la décision attendue. L'eût-elle d'ailleurs fait que cela ne changerait rien à l'issue du présent recours, de sorte que la chambre de céans renoncera à requérir ces renseignements supplémentaires, avant de statuer, la cause étant, vu son objet, en état d'être jugée. 8. Au vu de ce qui précède, le recours pour déni de justice est admis. La chambre de céans estime en effet que si quelques temps morts peuvent en effet intervenir dans le traitement d'un dossier, il convient d'admettre qu'un délai de plus de treize mois, sans entreprendre la moindre démarche pour instruire un dossier dans le cadre de la procédure d'audition suivant la notification d'un projet de décision, apparaît excessif. 9. L'intimé est dès lors invité à tout mettre en œuvre, soit en intervenant avec toute l'insistance et l'énergie requises auprès de la CCGC si nécessaire,

pour que la décision consécutive au calcul de la rente par la CCGC soit notifiée sans délai.!

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

1. Déclare le recours pour déni de justice recevable.!
- Au fond : 2. L'admet.!
3. Invite l'intimé à tout mettre en œuvre, soit en intervenant avec toute l'insistance et l'énergie nécessaire auprès de la CCGC, pour que la décision consécutive au calcul de la rente par la CCGC soit notifiée sans délai.!
4. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.!
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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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