

GE_GERICHTE A/677/2019 vom 11. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_677_2019

FR: GE_GERICHTE A/677/2019 du 11 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/677/2019 del 11 giugno 2019

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE 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), né le _____ 1971, est titulaire d'un diplôme de réflexologie et est membre actif de la Fédération suisse des masseurs. 2. Depuis 2000, il souffre d'une dermite atopique gravissime, comme cela ressort d'une attestation du 14 avril 2000 du docteur B_____, chef de clinique adjoint du département de neurosciences cliniques et dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). 3. Le 1^{er} septembre 2010, le docteur C_____, médecin généraliste, a certifié que l'assuré était atteint d'une maladie dermatologique grave depuis 2000. Depuis lors, il avait été traité par de nombreux médecins dermatologues. Son incapacité de travail était de 100 % depuis avril 2000. La maladie s'était désormais stabilisée avec des risques de rechute potentielle, menant à une incapacité actuelle de 50 %. 4. En 2011, l'assuré est devenu conseiller municipal de sa commune. 5. Le 9 décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). 6. Dans un rapport du 23 décembre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en dermatologie et vénéréologie et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier souffrait de dermatite atopique depuis l'enfance. Il avait d'importantes poussées de son eczéma qui correspondaient toujours à des périodes de perturbation psychologique. Les récurrences étaient possibles et probables à chaque fois que le patient traversait des périodes difficiles. D'après le médecin, si son patient traitait bien sa dermatite atopique, il était parfaitement apte au travail à 100 %. Il a précisé n'avoir plus revu son patient depuis septembre 2013. 7. Le 23 décembre 2014, le docteur E_____, chef de clinique du service de dermatologie des HUG, a examiné l'assuré. Ce dernier lui avait été adressé par le Dr D_____ en raison d'une aggravation progressive de sa symptomatologie depuis environ deux mois, qui ne lui permettait plus de faire face aux obligations de la vie de tous les jours. Dans son rapport du 6 janvier 2015, il a posé le diagnostic d'eczéma atopique décompensé. S'agissant du status dermatologique, le médecin a notamment relevé une atteinte très importante de la région faciale et du cou avec de grandes plaques érythémateuses confluentes et « lichénifiées », ainsi que la présence de plaques érythémato-squameuses excoriées sur les régions dites « bastion » (plis cutanés). Il a indiqué que la dermatite était chronique, actuellement en décompensation subaiguë, probablement en corrélation avec une réduction de son tonus thymique ainsi que d'une compliance incomplète à domicile. L'assuré n'arrivait plus à contrôler sa dermatose avec les traitements habituels. Le médecin avait donc traité le patient par pulvérisations d'Eau Thermale ainsi que par application de Protopic onguent en emballement. Afin d'exclure une aggravation de cette dermatite atopique de l'extrémité céphalique par une cause externe, il

avait programmé une enquête d'environnement. 8. Le 23 décembre 2014, l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a informé l'OAI que l'assuré était inscrit pour la recherche d'une activité à 100 %. Il n'avait actuellement pas droit aux indemnités de chômage. 9. Dans un rapport du 13 janvier 2015, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic de dermatite atopique sévère, précisant que le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % depuis 2000, puis de 50 % dès octobre 2010. 10. L'enquête d'environnement a été effectuée le 20 janvier 2015. 11. L'assuré a été en incapacité de travail totale du 6 février 2015 au 3 mars 2015 (cf. certificat médical du service de dermatologie et vénéréologie des HUG du 6 février 2015). 12. Dans un rapport du 1^{er} avril 2015, le Dr F_____, médecin chef de service du service de dermatologie des HUG, a posé le diagnostic de manifestation grave d'une dermatite atopique qui ne pouvait pas être guérie (disposition génétique), très probablement aggravée par des facteurs irritants. Le traitement actuel consistait à vivre à plus de 1'600 mètres d'altitude. Il recommandait la poursuite de ce traitement, ainsi que l'application d'une crème adaptée à l'activité. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Dans un complément du même jour, le médecin a indiqué que depuis que le patient habitait à la montagne (à plus de 1'600 mètres), sa peau s'était stabilisée sans pharmacothérapie, ce qui était indicatif d'un rôle majeur des facteurs irritatifs pour l'augmentation de l'activité de l'eczéma à Genève. De son point de vue, la question clé était de clarifier exactement le rôle des allergènes dans son cas. Il proposait un examen par un allergologue, basé sur un bilan complet. Physiquement, le patient pouvait travailler à 100 % sans restriction autre que l'élimination des facteurs qui fonctionnaient comme « trigger » pour ses épisodes graves d'eczéma. 13. Selon l'avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 10 septembre 2015, l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. 14. Le 30 septembre 2015, l'OAI a soumis le cas au groupe de réadaptation de l'OAI afin de déterminer, compte tenu de l'avis du SMR, s'il pouvait raisonnablement être exigé de l'assuré qu'il travaille en altitude. 15. Le 16 octobre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a demandé des nouvelles de son dossier à l'OAI. 16. Le 18 mars 2016, le service du groupe de réadaptation de l'OAI a relevé que, compte tenu des limitations professionnelles de l'assuré, notamment celle indiquant une activité à plus de « 1'800 » (sic) mètres d'altitude, des mesures professionnelles étaient impossibles dans le canton de Genève dont le point culminant se situait à 516 mètres d'altitude. Une activité adaptée respectant une telle limitation n'était donc pas exigible. 17. Le 27 juin 2016, l'assuré a à nouveau demandé à l'OAI de l'informer sur l'état de son dossier. 18. Le 21 juillet 2016, la Ville de Genève, direction des ressources humaines, a rempli le questionnaire de l'employeur adressé par l'OAI le 30 juin 2016, en mentionnant que l'assuré avait réalisé CHF 7'887.- en 2013, CHF 5'687.- en 2014 et CHF 759.- en 2015 (jetons de présence). Aucun jeton de présence n'avait été versé en 2016. 19. Le 29 novembre 2016, l'assuré s'est à nouveau enquêté de l'état de son dossier. 20. Le 23 janvier 2017, le Dr C_____ a attesté que l'assuré présentait une maladie dermatologique grave, invalidante, justifiable d'un arrêt de travail à 100 % depuis septembre 2010 de manière continue, sans amélioration notable possible, malgré tous les traitements dermatologiques spécialisés mis en oeuvre jusqu'à présent. 21. Le 17 février 2017, l'OAI a demandé aux médecins traitants de l'assuré ainsi qu'à ce dernier de lui fournir des informations complémentaires concernant la situation familiale, professionnelle et médicale de l'intéressé. 22. L'assuré a répondu aux questions de l'OAI le 27 février 2017.

Il a notamment indiqué que son état de santé cutané ne subissait aucune amélioration malgré tous les traitements médicaux prodigués. Il ne lui était pas possible de reprendre une activité professionnelle continue malgré ses efforts. Il bénéficiait de prestations sociales minimales de l'assistance publique et de l'Hospice général. 23. Le 27 février 2017, le service de dermatologie et vénéréologie des HUG a répondu à l'OAI que l'assuré n'était pas revenu dans le service depuis avril 2015. 24. Le Dr C_____ a rempli le rapport médical intermédiaire de l'OAI le 2 mars 2017, précisant que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé. Le status dermatologique était identique à celui décrit en 2015, avec des poussées d'exacerbation très douloureuses et handicapantes sur la vie quotidienne. 25. Le 2 mai 2017, sur demande de l'OAI, l'OCE a à nouveau transmis les informations concernant l'assuré. 26. Le 3 novembre 2017, le Dr C_____ a établi une nouvelle attestation médicale, reprenant le contenu de celle du 23 janvier 2017. 27. Le 7 novembre 2017, l'assuré a sollicité de l'OAI la prise d'une décision. Il a précisé que son état de santé l'empêchait d'exercer toute activité professionnelle, même partielle. 28. Le 6 décembre 2017, l'OAI a fixé un entretien avec l'assuré le 14 décembre 2017. 29. Le 15 octobre 2018, la doctoresse G_____ a attesté que l'assuré était porteur d'une pathologie immuno-dermatologique évolutive qui s'aggravait cliniquement et était « très invalidante ». Il n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle et devait bénéficier d'un arrêt de travail de trois mois. 30. Le 19 novembre 2018, l'Hospice général a demandé à l'OAI si le dossier était toujours en cours d'instruction. 31. Par courrier du 28 novembre 2018 adressé à l'OAI, l'assuré a réitéré sa demande de prise de décision. 32. Le 7 décembre 2018, l'OAI a convoqué l'assuré à un entretien avec un médecin de son service médical régional. 33. Le 14 décembre 2018, le SMR a rendu un nouvel avis médical. Il a indiqué que l'attestation médicale de la Dresse G_____ ne fournissait pas d'élément médical permettant de comprendre le type d'atteinte de l'assuré et les conséquences éventuelles de celle-ci. L'entretien avec l'assuré le 11 décembre 2018 n'avait pas apporté d'information médicale supplémentaire. 34. Le 19 décembre 2018, l'OAI a informé l'assuré que, comme discuté lors de leur entretien téléphonique du 18 décembre 2018, son service médical jugeait nécessaire que l'intéressé soit soumis à une expertise dermatologique. De plus amples informations quant aux coordonnées de l'expert lui seraient communiquées dans le courant du mois de janvier. 35. Le 31 janvier 2019, l'Hospice général s'est à nouveau enquis de l'état du dossier. 36. Le 4 février 2019, l'assuré a informé l'OAI qu'aucune convocation pour une expertise médicale ne lui était parvenue. 37. Le 20 février 2019, l'OAI a répondu qu'il était encore dans l'attente de la nomination de l'expert qui serait chargé de réaliser l'expertise. 38. Le même jour, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Il a conclu à ce que l'OAI soit condamné à rendre une décision immédiate. 39. Par réponse du 21 mars 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a répondu que le dossier était en cours d'instruction et qu'il était dans l'attente de la nomination d'un expert afin d'effectuer une expertise dermatologique. Au vu des différents angles d'instruction nécessaires et compte tenu de la jurisprudence applicable en la matière, la durée de l'instruction du dossier par l'OAI ne saurait être considérée comme abusive. 40. Le 15 avril 2019, l'assuré a indiqué que deux expertises avaient été réalisées à la Polyclinique de dermatologie des HUG, l'une en 2000 et l'autre en 2015. En 2016, le responsable de la réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité avait jugé son cas inadaptable à 100 %. Dans ces conditions, l'OAI avait tout loisir de statuer définitivement en 2017. La nouvelle expertise ne pouvait au demeurant rien apporter de plus, si ce n'est une prolongation de la prise de décision. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let.

a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En vertu de la LPGA, un recours peut être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (art. 56 al. 2 LPGA). Selon la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision (art. 4 al. 4 LPA-GE). Une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4 (art. 62 al. 6 LPA). En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable. 3. a. Aux termes de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le droit de recours de l'art. 56 al. 2 LPGA sert à mettre en oeuvre l'interdiction du déni de justice formel prévue par l'art. 29 al. 1 Cst. Le retard injustifié à statuer, également prohibé par l'art. 6 § 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101) - qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue que la disposition constitutionnelle (ATF 103 V 190 consid. 2b) -, est une forme particulière du déni de justice formel (ATF 119 Ia 237 consid. 2). b. Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2.2), mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; ATF 125 V 188 consid. 2a). À cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure ; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références). Dans le cadre d'une appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en matière d'assurances sociales le législateur accorde une importance particulière à une liquidation rapide des procès (ATF 126 V 244 consid. 4a). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF 124 V 133 ; ATF 117 Ia 117 consid. 3a et 197 consid. 1c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1 et C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2). c. La sanction du dépassement du délai raisonnable ou adéquat consiste d'abord dans la constatation de la violation du

principe de célérité, qui constitue une forme de réparation pour celui qui en est la victime. Cette constatation peut également jouer un rôle sur la répartition des frais et dépens, dans l'optique d'une réparation morale (ATF 130 I 312 consid. 5.3 et 129 V 411 consid. 1.3). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). L'art. 69 al. 4 LPA prévoit que si la juridiction administrative admet le recours pour déni de justice ou retard injustifié, elle renvoie l'affaire à l'autorité inférieure en lui donnant des instructions impératives. 4. a. À titre d'exemple, un déni de justice a été admis par la chambre de céans ou antérieurement par le tribunal cantonal des assurances sociales dans un cas où : - la décision de l'OAI était intervenue cinq mois après son arrêt, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, car aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation (ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006) ; - aucune décision formelle n'avait été rendue neuf mois après la demande en ce sens de l'assuré, faute de mesures d'instruction durant six mois (ATAS/711/2015 du 23 septembre 2015) ; - l'OAI, neuf mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (ATAS/430/2005 du 10 mai 2005) ; - l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition de l'assuré au projet pour mettre en oeuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ; - aucune décision n'avait été rendue dans un délai de plus de quinze mois depuis la date du rapport d'expertise alors que la demande de précision faite au SMR au sujet de la divergence entre celui-ci et l'expert quant à la capacité de travail du recourant aurait pu être formée plus de six mois auparavant et que le SMR n'avait répondu qu'au bout de huit mois (ATAS/788/2018 du 10 septembre 2018) ; - l'OAI avait ordonné un complément d'expertise dix-sept mois après avoir obtenu les renseignements des médecins traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ; - une nouvelle décision avait été rendue dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office à la suite de l'admission partielle du recours (ATAS/62/2007 du 24 janvier 2007) ; - plus d'un an et demi s'était écoulé depuis le rapport d'expertise en possession de l'OAI sans qu'aucune décision n'intervienne et ce, malgré de nombreuses relances du conseil de l'assurée, même si une évaluation du degré d'invalidité avait eu lieu, de même qu'une enquête économique sur le ménage, car on ne voyait pas quelles difficultés particulières justifiaient encore le report d'une décision une fois l'instruction terminée (ATAS/223/2018 du 8 mars 2018) ; - un recourant qui était sans nouvelles de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006) ; - l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme SuisseMED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013). En revanche, elle a nié l'existence d'un déni de justice dans un cas où : - la caisse cantonale de compensation n'avait pas rendu de décision un peu plus de quatre mois après l'opposition de l'assuré, soit dans un délai qui ne violait pas le principe de célérité, ce d'autant plus que le cas ne pouvait pas être qualifié de simple (ATAS/1035/2018 du 7 novembre 2018) ; - la caisse-maladie n'avait pas rendu de décision neuf mois après l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral pour instruction complémentaire afin d'établir le tarif hospitalier du canton de Bâle, dès lors que l'instruction n'était pas terminée

et qu'elle n'avait cessé d'interpeller l'Hôpital universitaire de Bâle à ce sujet (ATAS/1502/2012 du 19 décembre 2012) ; - l'assurance-accidents n'avait pas versé de prestations à la suite d'une rechute annoncée quinze mois auparavant étant donné que les parties avaient échangé des courriers pendant treize mois dans le but d'aboutir à une solution transactionnelle (ATAS/264/2014 du 5 mars 2014). b. De son côté, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un retard injustifié notamment dans les cas où : - l'OAI n'avait pas rendu de nouvelle décision un peu moins de onze mois après un arrêt de renvoi pour nouveau calcul du montant de la rente. Il a admis que les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et que se posait également une problématique de chevauchement des indemnités journalières avec le droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 241/04 du 15 juin 2006) ; - il s'était écoulé environ quinze mois entre le moment où l'assurée avait requis la prise en charge de son reclassement professionnel et la décision de la caisse suisse de compensation. Pendant ce laps de temps, cette autorité avait procédé à une trentaine d'interventions, qui s'étaient échelonnées à un rythme soutenu d'une à plusieurs mesures par mois (envoi de questionnaires, production de pièces, consultation du dossier de l'assurance-accidents, soumission du cas au médecin-conseil, examen de divers problèmes : capacité résiduelle, comparaison des revenus, éventuel droit à une rente). La cause revêtait en outre une certaine complexité en raison de la nationalité et du domicile de l'assurée ainsi que de l'application d'une convention internationale de sécurité sociale (arrêt du Tribunal fédéral 5A.8/2000 du 6 novembre 2000). Le Tribunal fédéral avait rappelé que l'exigence de célérité ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète (ATF 119 Ib 311 consid. 5b). Il avait considéré que, tout au plus, on aurait pu reprocher à la caisse de compensation d'avoir mené ses investigations de façon peu systématique. Il était ainsi étonnant qu'il ait fallu cinq mois pour constituer un dossier complet à l'intention du médecin-conseil. Une étude préalable et approfondie du cas aurait permis d'éviter les démarches ultérieures en complément d'informations et production de radiographies et, partant, de gagner un certain temps. Ces atermoiements n'avaient cependant, à ce stade, pas retardé de façon intolérable la procédure, ce d'autant plus qu'ils étaient en partie imputables à l'assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.2) ; - il y avait eu un intervalle d'environ vingt mois entre le moment où l'OAI avait été en mesure de statuer, soit dans les semaines qui avaient suivi la réception de l'avis du SMR, jusqu'au dépôt du recours. Il a considéré que l'OAI avait activement mené son instruction, ainsi que cela ressortait des rapports médicaux régulièrement versés au dossier jusqu'au dépôt du recours pour déni de justice et que les investigations mises en oeuvre n'apparaissaient pas superflues au point de constituer un déni de justice (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014). En revanche, il a admis un déni de justice dans un cas où : - il s'était écoulé un délai de vingt-quatre mois entre la fin de l'échange d'écritures devant la juridiction cantonale et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral dans un litige qui avait uniquement pour objet le taux d'invalidité du recourant et où celui-ci avait circonscrit son argumentation à deux questions ne présentant pas de difficultés particulières (arrêt 8C_613/2009 du 22 février 2010) ; - un tribunal cantonal avait laissé s'écouler vingt-cinq mois entre la fin de l'échange d'écritures et le dépôt du recours pour déni de justice devant le Tribunal fédéral, respectivement plus de trois ans depuis le dépôt du recours cantonal, dans une affaire sans difficultés excessives en matière d'assurance-accidents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2011 du 20 avril 2011) ; - une cause était pendante depuis trente-trois mois et en état d'être jugée depuis vingt-sept mois (ATF 125 V 373). 5. En l'espèce, le recourant a

déposé une demande de prestations auprès de l'intimé le 9 décembre 2014. Force est de constater qu'en n'ayant toujours pas rendu de décision plus de quatre ans après le dépôt de cette demande, l'intimé a commis un déni de justice. En effet, si le dossier a été instruit correctement au début de son ouverture en décembre 2014, par l'envoi immédiat de rapports médicaux auprès des médecins traitants, de demandes de renseignements auprès de l'Hospice général et de l'OCE, tel n'a pas été le cas après le 18 mars 2016, date à laquelle le service de réadaptation a conclu qu'une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles n'était pas exigible. Cet avis a été rendu suite au rapport du SMR du 10 septembre 2015, selon lequel la capacité de travail du recourant était nulle dans une activité habituelle et totale dans une activité adaptée. Toutefois, aucune décision n'a été prise à la suite de l'avis du service de réadaptation. Dès ce moment-là et pendant près d'une année, l'intimé n'a effectué qu'un seul acte d'instruction, soit l'envoi du questionnaire pour l'employeur en juin 2016. Il a ensuite fallu attendre février 2017 pour que l'intimé reprenne l'instruction et demande aux différents intervenants des informations complémentaires concernant la situation familiale, professionnelle et médicale du recourant. Les réponses aux questions complémentaires, transmises à l'intimé deux semaines après, n'ont fait que confirmer le diagnostic déjà posé. Aucune suite n'y a toutefois été donnée avant le 6 décembre 2017, date à laquelle l'intimé a fixé un entretien avec le recourant au 14 décembre 2017. Le dossier ne contient aucune précision quant au contenu de cet entretien. Il appert toutefois qu'une fois encore, il n'a été suivi d'aucune décision ni mesure d'instruction. Ce n'est que le 7 décembre 2018, soit une année plus tard, et après avoir été interpellé tant par l'Hospice général que par le recourant sur l'état d'avancement du dossier, que l'intimé a fixé un nouvel entretien avec l'intéressé. À la suite de cet entretien, le SMR a estimé, contrairement à son avis de septembre 2015, qu'une expertise dermatologique était nécessaire. Or, une telle expertise aurait pu être ordonnée bien plus tôt, au vu des avis des médecins traitants recueillis entre décembre 2014 et mars 2017. Il est d'ailleurs utile de préciser que l'ensemble des médecins, soit les Drs B_____, D_____, C_____, H_____ et F_____, posent le même diagnostic de dermite (ou dermatite) atopique. Il y a certes quelques divergences s'agissant de la capacité de travail exigible. Alors qu'après certaines variations le Dr C_____ a finalement considéré qu'elle était nulle (cf. certificats médicaux des 23 janvier 2017 et 3 novembre 2017), le Dr D_____ a estimé, dans son rapport du 23 décembre 2014, que si le recourant traitait bien son eczéma, il était parfaitement apte au travail. Cette appréciation doit toutefois être nuancée dans la mesure où le médecin avait précisé dans son rapport qu'il n'avait pas revu son patient depuis septembre 2013. Il ressort par ailleurs du rapport du Dr H_____ du 6 janvier 2015 que le Dr D_____ lui avait adressé le recourant en raison d'une aggravation progressive de sa symptomatologie depuis environ deux mois, ce qui correspond à la date de la demande de prestations d'assurance-invalidité. Le Dr F_____ a quant à lui retenu des limitations fonctionnelles, dont le fait d'exercer une activité à plus de 1'600 mètres d'altitude et d'éviter tout contact avec les substances allergènes. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il y a lieu de retenir qu'en mars 2017 au plus tard, soit après avoir obtenu les renseignements complémentaires des médecins traitants, l'intimé avait en sa possession tous les renseignements nécessaires pour statuer sur la suite à donner à la procédure. Il a toutefois attendu vingt et un mois avant d'ordonner une expertise dermatologique. Dans ce laps de temps, il s'est contenté de fixer deux entretiens avec le recourant, à une année d'intervalle. De tels retards apparaissent excessifs. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'intimé, en ne rendant aucune décision plus de quatre ans après le dépôt de la demande de prestations du recourant, et, en

particulier, en tardant à instruire médicalement le cas par le biais d'une expertise dermatologique, a commis un déni de justice, ce d'autant que le recourant a régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier, que ce soit en personne ou représenté par son avocat (contacts téléphoniques ou épistolaires des 16 octobre 2015, 27 juin 2016, 29 novembre 2016, 7 novembre 2017, 28 novembre 2018 et 18 décembre 2018), sans compter les interpellations de l'Hospice général. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. Eu égard à la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI a contrario). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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