

R
EPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1073/2009

ATAS/862/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 1^{er} juillet 2009

En la cause

Madame V _____, domiciliée au Grand-Lancy

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame V _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1959, avocate, a été victime d'accidents en date des 23 février, 28 juin 2002, 10 juillet 2003 et 9 août 2003, annoncés à son assureur accidents, la ZURICH ASSURANCES.
2. A la suite des deux premiers accidents, les médecins ont diagnostiqué notamment un traumatisme crânio-cérébral et des céphalées chroniques post-traumatiques. L'assurée souffre en outre d'une hépatite C chronique depuis trente ans, générant une fatigue générale. Lors des accidents des 10 juillet 2003 et 9 août 2003, la voiture de l'assurée a été heurtée à l'arrière par un autre véhicule. Elle a subi une contusion cervicale, des acouphènes et des vertiges.
3. Un examen neuropsychologique pratiqué en date du 12 novembre 2003 aux Hôpitaux universitaire de Genève (ci-après HUG) a conclu à des fluctuations attentionnelles et une fatigabilité importante.
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 23 février 2002 au 25 mars 2002, du 28 juin 2002 au 22 juillet 2002, du 17 juillet 2003 au 15 septembre 2003 et à 50% dès le 15 septembre 2003.
5. Le 6 avril 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), en vue d'une réinsertion professionnelle.
6. L'OCAI s'est procuré le rapport complet de la ZURICH, qu'il a reçu en date du 27 mai 2004. Il a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr A _____, médecin traitant, qui a rendu ses rapports en date des 4 juin 2004, 21 janvier 2005. L'assurée a rempli un questionnaire servant à déterminer son statut en date du 14 mars 2005 et une enquête a été effectuée en date du 4 août 2005, qui a conclu à un statut de personne active à 100%.
7. Les 15 novembre 2005 et 11 mai 2006, l'assurée a communiqué à l'OCAI divers rapports médicaux, ainsi que copie de ses courriers adressés à la ZURICH ASSURANCES.
8. Le 20 juin 2006, l'assurée a communiqué à l'OCAI l'expertise médicale réalisée le 2 juin 2006 par le Centre d'expertises médicales (CEMED) de Nyon, à la demande de l'assureur accidents. Les médecins ont diagnostiqué des cervicalgies latéralisées à gauche, des cervico-scapulo-brachialgies gauches non déficitaires, des lombalgies latéralisées à gauche, une hépatite chronique, un status après syndrome des loges du membre inférieur droit et une personnalité émotionnellement labile type borderline. Ils ont conclu que le trouble psychique et neuropsychologique était en relation avec

la personnalité borderline et que l'incapacité de travail est d'origine psychique, malade.

9. Par courrier du 6 décembre 2006, l'assurée a communiqué à l'OCAI copie d'un rapport établi en date du 19 septembre 2006 par le Dr B _____, médecin adjoint agrégé du Service de neurologie des HUG. Pour ce dernier, la majorité du tableau est d'origine post-traumatique, compte tenu de la relation temporelle avec l'accident. La patiente garde un rendement un peu inférieur à ce qu'elle avait avant l'accident, ce qui est corroboré par quelques troubles attentionnels et des difficultés de planification décrites lors de l'examen neuropsychologique précédent. Elle présente également une sensibilité limitée, trouble qui est partiellement lié aux discrets troubles cognitifs. Il lui semble qu'une activité à temps complet mène rapidement vers un épuisement et qu'une capacité de travail de l'ordre de 60% devrait être envisagée.
10. Interpellé par l'OCAI, le CEMED a répondu en date du 26 janvier 2007 que le diagnostic posé, à savoir une personnalité borderline certainement dans un registre prépsychotique, s'inscrit dans le code F60.31 de la CIM-10. Il s'agit d'un trouble de la personnalité important qui explique bien les difficultés existentielles de l'assurée. Il est probable que l'aggravation va se faire progressivement, les ressources psychiques de l'assurée étant faibles. Les experts estiment que la capacité de travail actuelle ne dépasse pas 50%, dans une activité ne demandant pas trop de capacité d'organisation, soit en dehors de son activité d'avocat. Un traitement raisonnablement exigible était en place lors de l'expertise, mais il est peu probable qu'il puisse être curatif en raison du trouble profond de la personnalité.
11. Par décision du 3 mai 2007, la ZURICH ASSURANCES a mis un terme aux frais médicaux et au versement des indemnités journalières rétroactivement au 31 janvier 2004.
12. Dans un avis du 7 septembre 2007, le SMR Suisse romande a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée ne demandant pas trop de capacité de d'organisation, pas de port de charge de plus de 15 kilos, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux, ni de flexions-rotations répétées du tronc, depuis le 17 juillet 2003.
13. Un mandat de réadaptation urgent a été ouvert en date du 9 octobre 2007.
14. Le 19 novembre 2007, l'assurée a communiqué à l'OCAI plusieurs rapports médicaux.
15. L'assurée a été convoquée par une conseillère en réadaptation de l'OCAI en date du 26 juin 2008.

16. Par courriers des 4 novembre et 12 novembre 2008 adressés à l'OCAI, l'assurée s'est étonnée de ce qu'il manquait plusieurs pièces dans son dossier et a communiqué à nouveau de nombreuses pièces.
17. A la demande de l'OCAI, l'assurée a communiqué en date du 5 janvier 2009 ses bilans et comptes d'exploitation, qu'elle avait déjà apportés à l'entretien du 28 juin 2008.
18. Par courrier du 26 janvier 2009, l'assurée a informé l'OCAI qu'elle était à la limite de s'effondrer et que son état de confusion l'empêchait d'exercer son métier correctement. Elle a dû licencier son employé à fin mars 2009 et réduire une nouvelle fois ses activités d'avocate. Elle était à la recherche d'un travail salarié à temps partiel et adapté à ses limitations fonctionnelles.
19. Par courrier du 25 février 2009, l'assurée relève que lors de l'entretien du 26 juin 2008 avec une conseillère en réadaptation, celle-ci lui a déclaré que l'OCAI n'avait rien à lui proposer. Elle constate qu'il n'existe aucun procès-verbal de cet entretien dans son dossier et déplore qu'aucune décision relative à sa demande de mesures de réinsertion professionnelle n'ait été rendue à ce jour. Elle explique que le métier d'avocat est trop stressant et qu'elle demande une aide depuis cinq ans, sans succès. Elle a imparti à l'OCAI un dernier délai au 20 mars 2009 afin de lui notifier une décision. Passé ce délai, elle saisirait le tribunal pour déni de justice. Elle a également requis une copie de son dossier constitué depuis le 17 octobre 2008, dans le même délai.
20. Le rapport de réadaptation professionnelle a été établi en date du 4 mars 2009. Le service de réadaptation a mandaté le service des enquêtes économiques afin d'évaluer le revenu de l'activité indépendante d'avocate et du calcul du taux d'invalidité pour 2004 résulte un degré d'invalidité de 65,67%, pour 2005 de 47,91%, pour 2006 de 16,17% et pour 2007 de 40,20%.
21. Le 25 mars 2009, l'assurée a déposé par-devant le Tribunal de céans un recours pour déni de justice. Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas statué depuis sa demande du 6 avril 2004. Elle a conclu à ce que le déni de justice soit constaté et qu'un délai soit imparti à l'OCAI afin de lui notifier sa décision concernant les mesures de réadaptation professionnelle, voire le droit à la rente.
22. Dans sa réponse du 7 mai 2009, l'OCAI relève que l'instruction du dossier de la recourante a commandé de recueillir de nombreux documents, notamment au niveau médical et économique. Si la durée de l'instruction peut sembler longue, il convient de constater qu'elle ne saurait être imputable à un quelconque manquement de sa part. En effet, la recourante a produit à plusieurs reprises de nouveaux documents médicaux ainsi que les coordonnées de nouveaux médecins traitants, nécessitant à chaque fois l'envoi de nouveaux rapports et mandats auprès du service médical. Quant à l'instruction elle a dû être complétée au niveau

économique et de la réadaptation professionnelle. Ainsi, la nécessité d'une instruction complète l'emporte sur l'exigence de célérité. D'autre part avant le courrier daté du 17 octobre 2008 du mandataire de la recourante, cette dernière n'avait jamais sollicité l'envoi de son dossier. Enfin, l'OCAI précise qu'un projet de décision a été adressé à la recourante en date du 15 avril 2009. Il conclut au rejet du recours.

23. Par écriture du 19 mai 2009, la recourante considère que l'OCAI a perdu de vue toute notion de délai raisonnable en prétendant qu'il n'y a pas de déni de justice dans son dossier. Elle relève qu'au vu de la lenteur du traitement de son dossier elle était obligée de le mettre à jour régulièrement, ceci conformément à ses obligations. Elle ajoute qu'elle a demandé son dossier oralement et deux fois par écrit en date des 10 septembre 2008 et 1^{er} octobre 2008, sans succès. Elle conclut à ce qu'il convient de fixer à l'OCAI un délai de maximum un mois pour la notification de la décision définitive.
24. Invité à se déterminer, l'OCAI a maintenu ses conclusions.
25. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 12 juin 2009. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05)), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1)) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. La recourante interjette recours pour déni de justice, faisant grief à l'intimé de n'avoir pas encore statué sur son cas depuis le dépôt de sa demande le 6 avril 2004.
4. Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales lorsque l'assureur ne rend pas de décision, malgré la demande de l'intéressé.

Cette disposition vise le refus de statuer et le retard à statuer d'un assureur ou d'une autorité administrative. Il y a retard injustifié de la part de l'autorité lorsqu'elle diffère sa décision au-delà de tout délai raisonnable. Sur ce point, la jurisprudence

rendue avant l'entrée en vigueur de la LPGA demeure applicable, cette loi n'ayant apporté aucune modification à la notion du déni de justice (ATFA du 22 mars 2004, cause I 712/03).

La loi sur l'assurance invalidité ne fixe pas de délai dans lequel l'autorité doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Le laps de temps admissible pour qu'une autorité décide dépend notamment du degré de complexité de l'affaire, de l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que du comportement de ce dernier et des autorités compétentes (ATF 124 I 142 consid. 2c, 119 Ib 325 consid. 5b et les références), mais aussi de la difficulté à élucider les questions de faits. Il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure (ATF 125 V 375 consid. 2b/aa) ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié (ATF 107 Ib 158 et ss consid. 2b/bb et 2c). Cette obligation s'apprécie toutefois avec moins de rigueur en procédure pénale et administrative (HAEFLIGER/SCHÜRMAN, Die europäische Menschenrechtskonvention und die Schweiz, Berne 1999, pages 203, 204 ; AUER/MALINVERNI/HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, volume 2, note 1243). On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts, ceux-ci sont inévitables dans une procédure (ATF 124 I 142 consid. 2c déjà cité). Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent cependant justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 122 IV 111 consid. 1/4 et 107 Ib 165 consid. 3c). Il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir au citoyen une administration de la justice conforme aux règles.

Dans le cadre de cette appréciation d'ensemble, il faut également tenir compte du fait qu'en droit des assurances sociales, la procédure de première instance est gouvernée par le principe de célérité. Cela vaut notamment pour les recours en matière d'AVS/AI, pour lesquels la procédure doit être simple et rapide, ce qui est l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 126 V 249 consid. 4 a et les références ; cf art. 61 let. a LPGA ; ATFA du 23 avril 2003/I 819/02).

Enfin, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATFA du 27 mars 2006, cause U 23/05).

5. En l'espèce, après le dépôt de la demande, l'intimé a ouvert une procédure d'instruction. Il a requis l'apport du dossier de l'assureur accidents et a recueilli divers renseignements auprès du médecin traitant de la recourante, dont les rapports lui sont parvenus en date des 4 juin 2004 et 21 janvier 2005. La recourante a rempli un questionnaire servant à déterminer son statut le 14 mars 2005 et l'intimé a diligenté une enquête ménagère qui a été effectuée le 4 août 2005. La recourante a

ensuite communiqué à l'intimé divers rapports médicaux, ainsi que l'expertise réalisée le 2 juin 2006 par le CEMed, à la demande de l'assureur accidents. L'intimé a posé des questions complémentaires aux experts du CEMed, qui ont répondu par courrier du 26 janvier 2007. Le SMR s'est ensuite déterminé en date du 7 septembre 2007 et un mandat de réadaptation a été ouvert le 9 octobre 2007; la recourante a été finalement convoquée pour un entretien avec la conseillère en réadaptation en date du 26 juin 2008. Entre-temps, la recourante a produit diverses pièces et rapports médicaux. Enfin, le 5 janvier 2009, à la requête de l'intimé, la recourante a communiqué ses bilans et comptes d'exploitation.

Sur la base du dossier, le Tribunal de céans constate que l'intimé a fait preuve de quelques lenteurs, notamment en convoquant la recourante plus de six mois après l'ouverture du mandat de réadaptation et plus de quatre ans après le dépôt de la demande de réinsertion professionnelle, ainsi qu'en requérant des documents comptables que l'assurée avait déjà, semble-t-il, communiqués. Il est en effet souhaitable que l'assurance-invalidité statue le plus rapidement possible sur l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. En l'espèce, il convient cependant de relever que l'intimé a donné suite sans tarder au courrier de la recourante du 25 avril 2008 par lequel elle lui demandait de s'occuper sans tarder de sa réinsertion professionnelle, puisqu'une première convocation lui a été adressée par courrier du 29 avril 2008. Par ailleurs, la recourante a produit à plusieurs reprises de nombreux rapports médicaux, que l'intimé a soumis au SMR pour avis. Enfin, au vu du statut de la recourante, le service des enquêtes économiques a été mandaté et, finalement, un projet de décision a été notifié le 15 avril 2009.

Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, le Tribunal de céans considère, quand bien même l'intimé n'aurait pas agi avec toute la rapidité souhaitée par la recourante, que les quelques lenteurs commises dans le traitement du dossier ne sauraient être assimilées à un retard excessif.

Par conséquent, le recours pour déni de justice, mal fondé, doit être rejeté.

6. Le recours ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, aucun émolument ne sera perçu (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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