

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1619/2015

ATAS/696/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 septembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1947, a travaillé auprès d'une régie de 1988 à fin 2003 en tant qu'employée de bureau polyvalente, puis standardiste.
2. Le 6 septembre 2005, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant des douleurs aux genoux et au bas du dos, une limitation de la marche, des difficultés à parler et à respirer à l'effort, ainsi que des vertiges.
3. Par décision du 21 avril 2008, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation. En substance, il a considéré que les courts déplacements qu'impliquait la profession de réceptionniste étaient possibles et la capacité à l'exercer conservée. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du 18 juin 2003, suite à la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche, rédigé par la Dresse B_____, interniste à la clinique de rééducation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dont il ressortait qu'en novembre 2002, une prothèse du même type avait été posée au niveau du genou droit ; les diagnostics mentionnés étaient les suivants : thyroïdite de Hashimoto avec hypothyroïdie substituée, obésité morbide, apnée du sommeil traitée sans succès, infections urinaires récidivantes et status post-fracture de la cheville droite en 1988 ;

- un rapport établi le 19 mai 2005 par le Dr C_____, endocrinologue FMH, mentionnant les mêmes diagnostics que la Dresse B_____ et concluant à une incapacité totale à travailler en position debout ou accroupie ;

- un autre rapport du Dr C_____, daté du 24 octobre 2005, confirmant les diagnostics précédemment posés et précisant que ceux d'hypothyroïdie et d'alopécie cicatricielle sur lichen-plan étaient sans répercussion sur la capacité de travail ; le médecin expliquait que, malgré une substitution adéquate de l'hypothyroïdie sur maladie d'Hashimoto, l'obésité persistait, avec une dyspnée d'effort et, surtout, de fortes gonalgies, lesquelles avaient conduit à la pose de deux prothèses totales des genoux ; les gonalgies continuaient malgré cela à se manifester après 30 minutes en position debout et une boiterie persistait ; la patiente ne pouvait rester assise plus d'une heure ; elle était en outre parfois dans l'incapacité de parler lorsque se produisaient des poussées de lichen-plan buccal ; elle souffrait enfin de vertiges sur hypertension artérielle ; vu l'âge de sa patiente et les polyopathologies présentées, le médecin exprimait l'avis qu'une reconversion n'était pas possible, d'autant que la motivation pour une reprise du travail était faible ;

- un rapport ultérieur du 20 mars 2006, dans lequel le Dr C_____ soulignait l'existence d'une dépression, aggravée durant les six derniers mois, et l'incapacité de sa patiente à se baisser ;

- un rapport rédigé le 4 janvier 2007, par la Dresse D_____, cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, exposant que l'assurée avait séjourné dans son service du 7 au 22 décembre 2006 pour un lumbago aigu avec radiculalgies non systématisées dans les membres inférieurs, de caractère mécanique et sans signes de gravité, que l'imagerie avait montré la présence d'une lame de liquide interarticulaire postérieure en possible conflit radiculaire L5 sur ostéophytose sans canal lombaire étroit ou hernie discale et que l'évolution avait été favorable sous traitement médical et physiothérapie intensive ;

- un rapport daté du 29 janvier 2007, du Dr C_____, faisant état de changements dans les diagnostics : l'assurée souffrait depuis deux mois d'un lumbago et de lombosciatalgies bilatérales sur radiculopathie L5-S1 ; sa dépression était qualifiée de plus ou moins stable ;

- un rapport établi le 23 mars 2007, par le Dr E_____, neurologue FMH, qui, après avoir investigué les lombosciatalgies bilatérales à bascule, avait observé des signes électroneuromyographiques en faveur d'une radiculopathie bilatérale L5 et S1, se manifestant par des signes de dénervation aiguë modérés ; selon le médecin, cette affection était vraisemblablement responsable de l'hypo-dysesthésie des orteils ;

- une expertise pluridisciplinaire (pneumologique, orthopédique et psychiatrique) réalisée à la demande de l'OAI au centre d'expertise médicale à Nyon (ci-après : CEMed), par les Drs F_____, chirurgien-orthopédiste, G_____, psychiatre et psychothérapeute, H_____, neurologue, et I_____, pneumologue (cf. leur rapport du 27 septembre 2007) ; à l'examen clinique, les experts avaient constaté une discrète boiterie bilatérale à la marche ; les radiographies du 8 décembre 2006 avaient montré des prothèses en place, sans signe de descellement ; sur le plan orthopédique, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'explication objective à la persistance de la symptomatologie douloureuse ; l'examen neurologique n'avait mis en évidence que des troubles statiques vertébraux modérés et quelques douleurs à la flexion lombaire, sans syndrome lombovertébral significatif, ni altération de la trophicité et de la force musculaire ; sur le plan psychique, l'assurée souffrait depuis quelques années d'un état anxieux et dépressif réactionnel à sa situation de vie (troubles somatiques, désinsertion du monde socio-professionnel, situation financière précaire, conflit conjugal exacerbé) ; les experts ont finalement retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : des lombosciatalgies, des gonalgies bilatérales persistantes et une dépression réactionnelle légère à moyenne avec forte charge anxieuse (F32.0) chez une personnalité à traits dépendants ; étaient également mentionnés, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : les prothèses totales des genoux, un syndrome d'apnées du sommeil, une hypothyroïdie substituée, une obésité morbide, une hypertension artérielle et un lichen plan ; selon les experts, si l'assuré ne pouvait

exercer d'activité nécessitant un engagement physique lourd ou impliquant une position assise prolongée, il n'y avait, sur le plan orthopédique strict, pas d'incapacité à exercer la profession de réceptionniste standardiste ; au vu de l'ensemble de la problématique locomotrice (lombosciatalgies, gonalgies, obésité morbide), il fallait cependant conclure à une incapacité de travail de 50% ou à une diminution de rendement de 50% sur un plein temps dans l'activité précédemment exercée ou toute autre potentiellement exigible et ce, depuis 2003 ; de plus, sur le plan psychosomatique, la capacité de travail était réduite de 50% ;

- un rapport du 18 octobre 2007 du Dr J_____, spécialiste en médecine interne FMH et médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), émettant l'avis que les conclusions des experts quant à la capacité de travail s'écartaient de la stricte objectivité et qu'il fallait admettre une pleine capacité dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant de changer de position une fois par heure et d'éviter le port de charges de plus de 15 kg, les positions accroupie, à genoux, ou en porte-à-faux du tronc, les montées et descentes d'escaliers répétées et la marche prolongée sur terrain irrégulier ;

- un rapport rédigé le 31 mars 2008 par le Dr C_____, rappelant les maux de sa patiente et émettant l'avis qu'il serait excessif d'exiger de sa part qu'elle exerçât une activité à 50% ; il soulignait que l'intéressée était à trois ans de la retraite ;

4. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - TCAS - alors compétent -, après enquêtes, a statué en date du 8 octobre 2009 (ATAS/1251/2009) : il a admis partiellement le recours, annulé la décision du 21 avril 2008 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Dans ses considérants, le TCAS a nié toute valeur probante au rapport d'expertise du CEMed du 27 septembre 2007. Il a relevé que les experts avaient conclu à une capacité résiduelle partielle de travail alors même qu'ils avaient considéré que les diagnostics retenus, considérés séparément, n'entraînaient pas d'incapacité de travail, sans jamais expliquer précisément pour quelles raisons la situation de l'assurée, considérée dans son ensemble, devrait conduire à admettre une incapacité de travail ni les raisons qui les avaient amenés à en fixer le taux à 50% et à admettre qu'on ne pourrait pas raisonnablement exiger la mise en œuvre d'une capacité de travail supérieure. Leurs conclusions étaient donc insuffisamment motivées. Elles étaient qui plus est contradictoires puisque, sur le plan psychique, ils avaient considéré que l'état anxio-dépressif réactionnel n'empêchait pas l'exercice d'une activité professionnelle, alors qu'au final, les troubles psychiques étaient invoqués pour justifier l'incapacité de travail retenue. Enfin, l'appréciation sur le plan orthopédique était incohérente, dès lors que les experts avaient conclu à une incapacité de travail de 50% à partir de 2003 au vu de la totalité de la problématique, alors qu'à cette époque, la recourante ne se plaignait ni de lombosciatalgies (ces dernières n'étant apparues qu'en novembre 2006), ni de troubles psychiques (l'aggravation évoquée par le médecin traitant

remontait à septembre 2005) ; on ne comprenait dès lors pas que la capacité de travail n'ait pas varié entre 2003 et 2006.

Les déclarations du médecin traitant s'étaient également révélées contradictoires : lors de son audition, il avait expliqué que les limitations fonctionnelles de sa patiente découlaient en priorité des gonalgies, des lombosciatalgies et de la fatigue causée par le syndrome de Hashimoto et les apnées nocturnes, alors que, dans son rapport du 24 octobre 2005, il n'avait fait état d'aucune fatigue et avait au contraire précisé que l'hypothyroïdie de sa patiente était sans répercussion sur sa capacité de travail. Par ailleurs, il n'expliquait pas les raisons qui l'amenaient à conclure que la moindre activité était exclue, ni pourquoi l'activité de réceptionniste ne serait plus exigible, au moins partiellement.

En définitive, le TCAS a considéré qu'en omettant de mandater un endocrinologue dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, l'OAI avait procédé à une instruction incomplète, raison pour laquelle il lui a renvoyé le dossier pour instruction complémentaire consistant en la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire confiée à des spécialistes en endocrinologie, orthopédie, neurologie et psychiatrie, qui devraient se déterminer notamment sur l'évolution des troubles psychiques et leur intensité, sur celle de l'hypothyroïdie et la capacité de travail de l'intéressée.

5. Le dossier, de retour auprès de l'OAI, a été adressé par ce dernier à son SMR, plus particulièrement au Dr J_____, qui, en date du 23 février 2010, a regretté que le « Tribunal cantonal administratif » ait pris sa décision « sans profiter de l'expérience des médecins du SMR ».
6. Le mandat d'expertise a été confié au Centre d'expertises médicales multidisciplinaires (CEM) de la Polyclinique médicale universitaire (PMU), plus particulièrement aux Drs K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, M_____, spécialiste FMH en médecine interne, et N_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui ont rendu leur rapport en date du 22 juin 2010.

Les experts de la PMU ont retenu les diagnostics de gonarthrose bilatérale, d'épisode dépressif d'intensité moyenne et de cervico-lombalgies chroniques non spécifiques. Ils ont également mentionné une hypothyroïdie, une obésité, un syndrome d'apnées du sommeil, une alopecie cicatricielle secondaire à un lichen-plan et une hypertension artérielle, dont ils ont indiqué qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

Sur le plan physique, les experts de la PMU ont préconisé d'éviter les stations exclusivement debout ou assise, les déplacements en terrain irrégulier, les accroupissements, ainsi que les montées ou descentes répétées d'escaliers.

Leurs diagnostics ont été identiques à ceux retenus par les experts qui s'étaient prononcés en septembre 2007, mais avec une intensification des douleurs aux

genoux, des limitations fonctionnelles qualifiées d'évidentes et une intensification/chronicisation de l'état dépressif.

Les experts ont néanmoins conclu à une capacité de travail théoriquement exigible de 50% dans une activité adaptée telle que l'activité habituelle, expliquant qu'au plan psychique, vu la chronicité de l'état dépressif et l'évolution défavorable des facteurs de stress extérieurs, le pronostic quant à une reprise réelle d'activité professionnelle, même à 50%, était extrêmement réservé.

Ils ont cependant considéré qu'en aucun cas il n'y avait lieu de retenir une incapacité de travail de 100% : la thyroïdite d'Hashimoto compensée d'un point de vue médicamenteux n'entravait pas la capacité de travail, il n'y avait pas de complications musculaires liées à cette maladie, la fatigue restait un symptôme peu spécifique et il n'y avait ni inflammation aiguë, ni déficit en fer ou en vitamines ; par ailleurs, le syndrome d'apnées du sommeil était anamnésiquement stable ; s'il pouvait expliquer en partie la fatigue diurne, il n'entravait pas totalement la capacité de travail non plus ; enfin, les lombalgies non spécifiques restaient compatibles avec une activité à 50%, les sciatalgies n'étaient plus au premier plan et l'examen neurologique n'avait pas montré de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire.

7. Par courrier du 17 septembre 2010, l'assurée par le biais de son conseil, a demandé à l'OAI de lui communiquer la teneur de l'expertise, ce qu'il a fait en date du 21 septembre 2010.
8. Par courrier du 17 septembre 2010, l'assurée s'est étonnée que cette expertise, rendue le 23 juin 2010, ne lui ait été adressée que trois mois plus tard et a sollicité une décision
9. Par courrier du 30 septembre 2010, l'OAI lui a répondu qu'il avait soumis le rapport d'expertise à son SMR, dont il attendait la détermination.
10. Par courriers des 21 septembre et 1^{er} décembre 2010, l'OAI a relancé son SMR.
11. Le SMR, en la personne du Dr J_____, a pris position le 7 février 2011 en exprimant l'avis qu'il fallait faire remonter le début de l'incapacité de travail durable (de 50%) au 18 mai 2010.
12. Par courrier du 28 mars 2011, l'assurée est revenue aux nouvelles.
13. Par courrier du 6 avril 2011, l'intimé lui a fait parvenir une copie du rapport d'expertise et de l'avis de son SMR en indiquant avoir demandé des explications complémentaires à celui-ci.
14. Par courrier du 11 avril 2011, l'assurée a demandé que soit rendue une décision formelle sans tarder.
15. Par courriel du 15 avril 2011, la Dresse O_____, médecin au SMR, a répondu aux interrogations de l'OAI : elle a expliqué que l'aggravation sur le plan psychique remontait selon les experts à 2007 mais qu'il fallait convenir qu'elle

était postérieure à l'expertise réalisée au mois de mai 2007, raison pour laquelle la date du 19 juillet 2007 avait été retenue comme date de l'aggravation vraisemblable.

16. Le 9 mai 2011, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OAI se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2008.
17. Par décision formelle du 6 juillet 2011, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2008.
18. Par écriture du 7 septembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière.
19. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse au recours du 17 octobre 2011, a convenu que l'expertise réalisée était incomplète. Son service médical régional (SMR) a admis que les aspects endocrinologique, neurologique et orthopédique n'avaient pas été pris en compte par les experts, dont il fallait considérer que le rapport n'était donc pas conforme au mandat qui leur avait été donné. Dans ces conditions, il existait un doute quant aux répercussions fonctionnelles sur la capacité de travail de l'assurée.
20. Par écriture du 21 mai 2012, l'OAI a dès lors suggéré que le dossier lui soit renvoyé pour mise en place d'une nouvelle expertise conforme au mandat, ce qui a été fait par arrêt du 31 mai 2012 (ATAS/746/2012).
21. Le 25 septembre 2012, le Dr P_____, médecin auprès du SMR, a dressé la liste des questions qu'il convenait de poser aux experts.
22. Cette liste a été communiquée à l'assurée le 15 octobre 2012.
23. Celle-ci y a répondu par courrier du 2 novembre 2012, en relevant qu'elle rencontrait de grandes difficultés à se déplacer et qu'il conviendrait donc que l'expertise se déroulât à Genève.
24. S'en est suivi un entretien téléphonique entre le gestionnaire du dossier et le conseil de l'assurée, en date du 27 novembre 2012. A cette occasion, le collaborateur de l'OAI a relevé qu'on ne pouvait choisir le centre d'expertise puisqu'il serait désigné par la plateforme SuisseMED@P. L'assurée, alléguant qu'elle ne pouvait se déplacer en train, a alors demandé la prise en charge de ses frais de taxi. Un justificatif de son médecin lui a alors été réclamé.
25. L'assurée a produit en date du 14 décembre 2012 un bref certificat établi par son médecin traitant indiquant qu'elle « présentait une affection médicale entraînant un handicap fonctionnel majeur à la marche ».
26. S'en est suivi un second entretien téléphonique, en date du 21 janvier 2013, au terme duquel le gestionnaire du dossier a requis de l'assurée plus de précisions quant à son impossibilité à se déplacer en train.

27. Par courrier recommandé du 25 mars 2013, le conseil de la recourante a demandé qu'une solution rapide soit trouvée et rappelé qu'un certificat médical avait d'ores et déjà été produit.
28. Par lettre du 9 avril 2013, l'OAI a requis une nouvelle fois des précisions.
29. Par courrier du 16 avril 2013, le conseil de l'assurée a demandé à l'OAI de rendre une décision par retour du courrier.
30. Le 23 avril 2013, l'OAI a expliqué que la brève attestation fournie par le médecin traitant n'était pas suffisante aux yeux de son SMR pour admettre la prise en charge des frais de taxi.
31. Le conseil de l'assurée a répondu en date du 13 mai 2013 en énumérant les limitations fonctionnelles retenues par l'expertise de la PMU et les indications fournies par l'assurée.
32. Par lettre du 11 juin 2013, le conseil de l'assurée a une nouvelle fois sollicité qu'une décision soit rendue.
33. Durant l'automne 2013, lors d'un entretien téléphonique, l'OAI a expliqué à l'assurée que c'était à la plateforme MED@P de désigner les experts, ce qui pourrait prendre plusieurs mois.
34. Le 18 mai 2015, l'assurée a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice

Elle conclut à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de nommer les experts en endocrinologie, orthopédie et neurologie, subsidiairement à ce que la Cour de céans désigne elle-même lesdits experts, plus subsidiairement encore, à ce que lui soit allouée une rente entière d'invalidité.

Elle fait remarquer que sa demande de prestations remonte à dix ans et soutient que trois ans se sont écoulés sans qu'aucune décision ne soit rendue.
35. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 juin 2015, a conclu au rejet du recours.

Il se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral et fait remarquer que, depuis mars 2012, toutes les expertises pluridisciplinaires doivent faire l'objet d'un mandat attribué par le biais de la plateforme MED@P.

Il fait valoir qu'il s'est conformé à cette procédure et qu'il ne lui appartient pas d'émettre d'instructions à l'intention du MED@P, dont la procédure échappe à sa sphère d'influences.

Enfin, il rappelle que selon la jurisprudence, il n'appartient pas au juge de suppléer au dysfonctionnement rencontré dans l'exécution d'une décision administrative et de réaliser une expertise judiciaire pour accélérer la procédure.
36. Par écriture du 1er juillet 2015, le conseil de la recourante a informé la Cour de céans il cessait d'occuper.

37. Interrogé sur le point de savoir à quelle date exactement il avait introduit le mandat d'expertise dans la plateforme SwissMED@P, l'intimé a répondu en date du 31 août 2015 que l'opération (mandat n+8085) avait été réalisée le 27 juin 2013, en précisant s'être heurté à de multiples oppositions de la part de la recourante).

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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La chambre de céans est saisie d'un recours pour déni de justice.

Conformément à l'art. 56 al. 2 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.

En l'espèce, le recours pour déni de justice, interjeté par-devant l'autorité compétente (art. 58 al. 1 LPGA), est recevable.

3. Dans ses écritures, la recourante demande subsidiairement que la Cour de céans statue au fond et lui reconnaisse le droit à une rente entière d'invalidité. Ces conclusions sont irrecevables.

En effet, lorsque l'assuré interjette recours pour déni de justice, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 328/03 du 23 octobre 2003 consid. 4.2 et K 55/03 consid. 2.4; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56).

4. Pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), en vigueur depuis le 1er mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois, ou plus de trois, disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans ce même ordre d'idées, l'OFAS a

élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1er mars 2012, qui comprennent d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Il a également élaboré une convention et émis un nouveau tarif (cf. documents disponibles sur www.ofas.admin.ch).

SuisseMED@P est une plateforme basée sur le web. Elle attribue des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire. SuisseMED@P dispose d'un service statistique. Il permet de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats. Il est possible d'y effectuer des recherches.

A partir du 1er mars 2012, les offices AI sont tenus d'attribuer tous les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire par l'intermédiaire de SuisseMED@P (art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité). A compter de cette même date, les centres d'expertises n'ont plus le droit d'accepter de mandats des offices AI que par l'intermédiaire de SuisseMED@P. L'indemnité pour l'accomplissement du mandat est régie par le contrat tarifaire conclu entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les centres réalisant des expertises.

Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI annonce à la personne assurée qu'elle juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Elle l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours.

Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse.

Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel.

5. 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).

A 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", 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'Etat 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).

b. 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 (H 134/02 Arrêt 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).

6. Un déni de justice a également été constaté dans un cas où l'OAI avait attendu quatorze mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle l'assuré avait conclu d'emblée (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) ou encore dans un autre, où 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).

Dans arrêt du 18 novembre 2013 (ATAS/1116/2013), la Cour de céans a considéré qu'il y avait eu déni de justice dans le cas d'un assuré qui, plus de cinq ans après le dépôt de sa demande, n'avait toujours pas obtenu de décision : l'OAI avait tardé à mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire et à demander l'intégration dans la plateforme MED@P, alors même qu'il connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une telle expertise.

La Cour de céans a en revanche nié l'existence d'un déni de justice dans un arrêt ATAS/237/2014 du 26 février 2014. La Cour de céans a constaté que si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de la plateforme MED@P apparaissait certes excessif, le retard injustifié n'était en l'occurrence pas

imputable à l'OAI. En effet, l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectuée moins de dix jours après que l'assurée avait été informée.

En revanche, dans un arrêt ATAS/942/2014 du 27 août 2014, la Cour de céans a considéré qu'il y avait bel et bien eu déni de justice. Dans ce cas, le mandat d'expertise avait été introduit dans la plateforme près de quatre mois après la notification de l'arrêt de renvoi de la Cour. Or, ce retard n'était pas justifié par la complexité de l'affaire, puisqu'il appartenait uniquement à l'OAI de déterminer les volets de l'expertise pluridisciplinaire et d'inscrire le dossier sur la plateforme informatique.

7. Le Tribunal fédéral a également statué en la matière récemment, dans un arrêt du 26 mai 2015 (ATF 9C_140/2015 consid. 5.1) : il a considéré qu'un assuré ne saurait se plaindre d'un refus de statuer en relation avec la question de la réalisation d'une expertise lorsque l'office - comme c'était le cas en l'occurrence - a rendu la décision incidente qu'il était tenu de rendre en vertu de l'art. 72bis RAI (introduit suite à la publication de l'ATF 137 V 210, qui a apporté de nombreux correctifs à la procédure administrative, en particulier en ce qui concerne la désignation des experts), disposition prévoyant l'attribution aléatoire des mandats d'expertises pluridisciplinaires comprenant au moins trois disciplines différentes à des centres d'expertise liés à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention. Il a rappelé au surplus que ce type de décision n'est attaquant ni devant une juridiction de première instance, ni devant le Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 339) et qu'il n'y a de place pour aucun autre système de désignation des experts (cf. ATF 140 V 507).

Quant aux dysfonctionnements rencontrés dans l'exécution d'une telle mesure ou aux conséquences de ces dysfonctionnements sur l'ensemble de la procédure, le Tribunal fédéral a relevé que SuisseMED@P est une plateforme informatique exploitée par la Conférence des offices AI, qu'elle est destinée à mettre en œuvre le système règlementaire et jurisprudentiel de désignation aléatoire des experts dans le contexte d'expertises pluridisciplinaires, que son bon fonctionnement relève donc des attributions légales des offices AI quant à l'évaluation de l'invalidité (cf. art. 57 let f. LAI) et qu'elle constitue par conséquent un des éléments sur lesquels la Confédération exerce son devoir général de surveillance (cf. art. 64 LAI ; devoir délégué au Département fédéral de l'intérieur qui en a lui-même transféré une partie à l'OFAS pour qu'il s'en acquitte de manière indépendante [cf. art. 176 RAVS applicable par renvoi des art. 64 LAI et 72 RAVS]). Le Tribunal fédéral en a tiré la conclusion qu'il n'appartenait dès lors pas à une autorité judiciaire de s'exprimer sous l'angle du déni de justice sur les difficultés ou les retards survenus dans le cadre de l'exécution d'une décision entrée en force (cf. arrêt 9C_72/2011 du 20 juin 2011 consid. 2.2 et 2.3). Il revenait à l'OFAS d'intervenir - éventuellement par le biais d'une dénonciation - en exerçant son contrôle sur l'exécution par les offices AI des tâches énumérées à l'art. 57 LAI (cf. art. 64a al. 1 let. a LAI) et en édictant à

l'intention desdits offices des directives générales ou portant sur des cas d'espèce (cf. art. 64a al. 1 let. b LAI et 50 al. 1 RAI).

De même, il n'appartenait pas à l'autorité judiciaire cantonale de suppléer aux dysfonctionnements rencontrés dans l'exécution d'une décision administrative, de sorte qu'elle ne saurait en aucun cas être tenue de réaliser une expertise judiciaire pour accélérer la procédure (arrêt 9C_140/2015 consid. 5.2).

8. En l'espèce, la recourante se plaint d'un déni de justice. Elle rappelle que sa demande de prestations a été déposée en 2005 et reproche à l'intimé de n'avoir pas rendu de décision depuis près de trois ans.

Pour sa part, l'intimé fait valoir qu'il s'est conformé à la procédure MED@P en introduisant le mandat sur la plateforme informatique, en date du 27 juin 2013. Il estime qu'on ne saurait dès lors lui reprocher les retards induits par cette procédure, qui sort de sa sphère d'influence.

En l'occurrence, suite au premier renvoi par l'autorité judiciaire, l'intimé a mis en œuvre une expertise auprès de la PMU et a statué formellement en date du 6 juillet 2011.

Après que la cause lui a été - à sa demande - renvoyée une seconde fois par arrêt du 31 mai 2012, un premier délai de quatre mois s'est écoulé jusqu'à ce que le SMR élabore enfin la liste des questions à poser aux experts, liste qui a été communiquée à l'assurée deux à trois semaines plus tard.

Il est vrai qu'entre le 14 décembre 2012 et le 13 mai 2013, la recourante a tardé à fournir les précisions réclamées à maintes reprises par l'intimé pour se déterminer sur sa demande de prise en charge des frais de taxi.

La chambre de céans relève que toutefois que l'intimé n'a introduit le mandat d'expertise n°8085 dans la plateforme SuisseMED@P qu'en date du 27 juin 2013, soit plus d'une année après la notification de l'arrêt du 31 mai 2012. Ce retard n'est pas justifié par la complexité de l'affaire, dès lors qu'il lui appartenait uniquement d'élaborer la liste des questions à poser et d'inscrire le dossier sur la plateforme informatique précitée. Il n'est pas justifié non plus par la demande de prise en charge des frais de taxi formulée par la recourante puisqu'ainsi que le lui a fait remarquer l'intimé à juste titre, aucune influence ne pouvait être exercée sur le choix du centre d'expertise. Les précisions attendues de la part de la recourante n'avaient d'incidence que sur la décision de prise en charge ou non desdits frais et n'empêchaient nullement l'intimé d'enregistrer une demande de mandat dans l'intervalle, d'autant qu'il savait que les délais pour obtenir la désignation d'un centre d'expertise sont particulièrement longs. Enfin, l'intimé avait été expressément invité par la Cour de céans à statuer dans les meilleurs délais, de sorte qu'on pouvait s'attendre à ce qu'il entreprenne rapidement les démarches nécessaires pour inscrire le dossier dans la plateforme SuisseMED@P, ce d'autant plus qu'en mai 2012, lorsque le dossier lui a été renvoyé, sept ans s'étaient déjà écoulés depuis la demande de prestations.

Le retard pris par l'intimé dans l'introduction du mandat dans la plateforme et donc, dans la mise en œuvre d'une expertise a ainsi, en l'occurrence, une incidence sur l'ensemble de la procédure et fait apparaître l'absence de décision finale à ce jour - soit plus de trois ans après que la cause a été renvoyée à l'intimé, comme un retard injustifié.

Il convient en conséquence de le condamner à rendre, dans les meilleurs délais, une décision formelle susceptible de recours, étant entendu qu'il ne pourra le faire qu'une fois en possession de l'expertise sollicitée. La Cour de céans ne saurait toutefois se substituer à la procédure mise en place en ordonnant elle-même une expertise judiciaire ni même en désignant les experts.

Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet au sens des considérants.
3. Constate que l'intimé a commis un déni de justice.
4. L'invite à rendre sa décision dès qu'il sera en mesure de le faire.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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