RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/244/2021 **ATAS/392/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 avril 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC	recourant

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant) a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité le 27 mars 2018.

2. Selon un rapport établi le 30 janvier 2018 par le docteur C_____, chef de clinique du département de santé mentale et de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), programme troubles anxieux, l'assuré est un homme de 30 ans, d'origine portugaise, marié et sans enfant. Il a une formation d'ingénieur à l'EPFL. Il présentait déjà à son adolescence des idées obsédantes qui n'étaient pas handicapantes. C'était à l'âge de 17-18 ans que son trouble obsessionnel compulsif (F42) (ci-après TOC) avait pris sa forme actuelle, c'est-à-dire des blocages avec une obsession d'erreur lorsqu'il prononçait certains mots. Ces obsessions étaient accompagnées par des vérifications mentales ou physiques (dans le dictionnaire). L'impact de cette difficulté était très important, avec une anxiété considérable dans la plupart des conversations et surtout dans le cadre du travail. L'assuré avait également des phobies d'impulsions moins présentes au moment actuel. Il avait consulté pour la première fois le docteur D_____ vers l'âge de 22 ans. Il avait par la suite eu un suivi bref au CAPPI Pâquis avant d'être suivi par la doctoresse E_____ en privé pendant deux ans. En 2014, il avait fait appel à la consultation des troubles anxieux où il avait été suivi par le Professeur F_____ puis par l'auteur du rapport. L'incapacité de travail était de 100% le 13 octobre 2017. L'aggravation de l'état de santé en lien à l'augmentation des responsabilités professionnelles invalidait le patient. Une activité adaptée dans un milieu avec moins de stress et de responsabilités, moins d'importance dans les échanges verbaux, dans la mesure du possible, était proposée. L'efficacité médicamenteuse avait été partielle. Une réadaptation professionnelle était proposée.

3. G_____SA a résilié le contrat de travail de l'assuré le 23 décembre 2017 pour le 28 février 2018.

4. Selon un rapport d'évaluation d'intervention précoce (IP), un entretien avait eu lieu le 11 juin 2018 avec l'assuré, qui avait donné une bonne impression générale. L'assuré n'était toujours pas allé chercher ses affaires malgré le licenciement, car il s'était accroché à son poste de travail. Il se sentait incapable de poursuivre cette activité. Il voudrait faire quelque chose de plus manuel, de sorte qu'il n'ait plus à gérer des négociations, échanger par téléphone ou gérer des équipes. Même son employeur avait essayé d'adapter son poste. Après cinq ans dans l'activité habituelle, il avait fini par abandonner.

   Il avait été demandé à l'assuré de réfléchir à des cibles professionnelles et il était allé se renseigner à la Cité des métiers. Il souhaitait se réorienter dans le domaine de l'informatique. Il s'était renseigné au sujet des écoles qui délivraient des CFC. Il lui était proposé une formation théorique poussée et éventuellement pratique au lieu du CFC. En effet, la piste pointue d'administrateur systèmes par exemple était accessible via des écoles privées.

En attendant une mesure de coaching était proposée pour aider l'assuré à reprendre confiance en lui et surmonter ses difficultés pour mieux affronter le milieu professionnel.

5. Par communication du 16 juillet 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching par Madame H_____ depuis le 26 juin 2018.

6. Selon une note de travail d'intervention précoce du 29 août 2018, l'assuré avait rencontré le doyen d'une école qui lui avait dit que le CFC d'informaticien n'était pas adapté. Il s'intéressait désormais à une formation de l'Ifage allant du mois d'octobre à avril. Il faisait du sport de combat dans une académie. Il lui avait été dit que l'OAI n'irait pas de l'avant avec cette formation et attendrait un avis du SMR. En effet, l'assuré pensait qu'en se formant dans l'informatique, il n'aurait plus à côtoyer des gens et qu'il pourrait travailler tranquillement. Il lui avait été dit que son atteinte pouvait s'exprimer de différentes manières et que ce n'était pas parce qu'il se réorientait dans l'informatique qu'il ne serait plus en contact avec les gens ou que ses symptômes disparaîtraient. D'autre part il avait été informé que si le SMR se prononçait sur une capacité de travail nulle dans son activité habituelle, une éventuelle nouvelle activité adaptée serait désignée sur la base des limitations fonctionnelles.

7. Selon un rapport final du 4 septembre 2018, le SMR a conclu que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 100% sous condition de respecter les limitations fonctionnelles. Ces dernières étaient : pas de contacts avec la clientèle et pas de nécessité d'un contact verbal avec des collègues. L'assuré n'avait pas été empêché de finir ses études à l'EPFL et un master malgré la présence de ses problèmes. L'aggravation était apparue lors de l'activité professionnelle. Si des responsabilités étaient modestes et le contact verbal diminué au minimum, sa capacité pourrait être pleine, sans nécessité d'une reconversion professionnelle.

8. Selon un rapport du 15 octobre 2018 du service de réadaptation, l'assuré était intéressé à suivre des cours informatique à l'Ifage. Il avait été convenu de financer cette formation et de fermer le dossier IP, sur la base d'une capacité de travail entière selon le SMR.

9. Selon un rapport du service de réadaptation du 30 octobre 2018, la formation de technicien informatique à l'Ifage serait financée et l'assurance perte de gain (APG) verserait les indemnités journalières jusqu'à la fin mois de janvier 2019.

10. Selon un rapport de clôture IP en vue de DDP, du 30 octobre 2018, le mandat était fermé, d'autres mesures que celles déjà proposées n'étant pas indiquées.

11. Par projet de décision du 30 octobre 2018, les mesures professionnelles étaient refusées et le droit à la rente n'était pas reconnu.

12. Par communication du 30 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il prenait en charge des mesures d'interventions précoces sous la forme d'un certificat en technicien informatique auprès de l'Ifage dès le 6 novembre 2018.

13. Le 27 novembre 2018, l'assuré a informé l'OAI qu'il ne comprenait pas qu'on puisse se prononcer sur un trouble aussi complexe et délicat que le TOC, sans même avoir cherché à le rencontrer, ne serait-ce qu'une seule fois, pour une appréciation ou une expertise médicale. Devait-il comprendre que ses médecins traitants des HUG avaient eu tort de le mettre à l'arrêt l'année précédente puisqu'il était ressorti de l'instruction de l'OAI qu'il était à 100% apte au travail. En conclusion, il demandait à ce qu'une nouvelle instruction médicale soit conduite.

14. Le 7 décembre 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un certificat médical le déclarant inapte au travail. Pour rappel il était en incapacité de travailler depuis plus d'un an selon l'avis des médecins qui le suivaient au quotidien.

    À l'appui de son écriture, l'assuré à produit un certificat médical établi le 3 décembre 2018 par le département de santé mentale et de psychiatrie des HUG par le docteur I_____ attestant d'un arrêt de travail pour maladie à 100% du 1er décembre au 31 décembre 2018.

15. Par décision du 11 décembre 2018, l'OAI a refusé des mesures professionnelles et un droit à la rente à l'assuré. Le certificat d'arrêt de travail produit par l'assuré n'expliquait pas les raisons pour lesquelles il ne pouvait pas travailler. En conséquence, l'OAI confirmait son projet d'arrêt.

16. Le 8 janvier 2019, l'assuré a formé recours contre la décision de l'OAI. Il n'était pas du tout d'accord au sujet de la capacité de travail retenue dans une activité habituelle, car le trouble dont il souffrait entraînait des difficultés relationnelles très compliquées. La communication, pour un ingénieur de projets, dans le secteur du bâtiment, était primordiale. On parlait de projet d'équipe et multidisciplinaire. Croire qu'un ingénieur s'occupait dans son coin, à l'abri de tout contact, était une image réductrice, voire offensante, qui appartenait désormais au passé. Il n'était pas apte à travailler et ce n'était pas un manque de volonté. Qui aurait envie de laisser un travail d'ingénieur bien rémunéré à la carrière prometteuse pour sombrer dans l'inconnu et la précarité.

17. Par réponse du 4 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

18. Le 26 février 2019, le recourant a transmis à la chambre de céans un courrier détaillé expliquant sa situation et un rapport des HUG du 25 février 2018.

    À teneur de ce dernier, rédigé le 25 février 2018, par le Prof. F_____ et le Dr I_____, le TOC que présentait le patient avait des conséquences extrêmement concrètes. Un rôle de chef d'équipe, qui nécessitait une position de leadership et de supervision, était pour lui très difficile à assumer. La problématique était présente même à un poste moins en vue, dès qu'il s'agissait de faire une présentation ou de justifier une activité par exemple. Une des conséquences les plus importante était

l'évitement, qui conduisait le patient à ne plus participer à des réunions et à restreindre au maximum les interactions interpersonnelles. Les limitations relevaient ainsi de toutes les activités nécessitant une exposition trop contraignante à la phobie de mal s'exprimer, particulièrement aux postes de type encadrement d'équipe ou nécessitant de faire des présentations régulières. L'assuré s'était spontanément réorienté dans le domaine de l'informatique qui, après analyse, permettrait d'envisager un retour favorable vers le milieu du travail. Ce projet permettait de valider les bénéfices de la thérapie et d'envisager une capacité de travail pleine et entière sans baisse de rendement dans un avenir raisonnable.

19. Le 26 mars 2019, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR du 26 mars 2019 et proposé que le dossier lui soit renvoyé pour complément d'instruction sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et pour examiner, le cas échéant, le droit à des mesures d'ordre professionnel.

20. Le 9 avril 2019, le recourant a informé la chambre de céans qu'il était soulagé et content d'avoir été enfin entendu. La maladie était pour lui la plus grande injustice qui lui avait été donnée de connaître. Il en avait beaucoup souffert et cela le touchait de se sentir désormais soutenu.

21. Par arrêt du 17 avril 2019 (ATAS/331/2019), la chambre de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 11 décembre 2018 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

22. Le gestionnaire du dossier de l'assuré a établi un mandat de réadaptation le 18 octobre 2019 précisant que l'assuré était vraisemblablement inscrit au chômage et qu'il se disait très motivé de retrouver une activité adaptée à son état de santé.

23. L'office régional de placement a informé le gestionnaire de l'OAI le 20 novembre 2019 que l'assuré était désormais en stage dans une entreprise de génie civil. Potentiellement, l'employeur serait disposé à l'engager au terme de ce stage qui se déroulerait du 18 novembre au 13 décembre 2019. Une détection précoce pourrait s'avérer utile s'il fallait aménager son poste de travail et au regard de son TOC.

24. L'assuré s'est inscrit à l'office cantonal de l'emploi le 30 janvier 2019 pour une date de placement à 100% dès le 1er février suivant.

25. Selon une note de travail CII/CII+ du 20 novembre 2019, le dossier avait été attribué au service de réadaptation. « IPT en cours (horticulteur etc…) depuis août 2019 (jusqu'à fin décembre).

26. Le 6 décembre 2019, l'assuré a été convoqué dans le cadre de l'instruction de son dossier pour un entretien à l'OAI le 11 décembre 2019 à 14h30.

27. Par communication du 13 décembre 2019, un psychologue en réadaptation professionnelle a informé l'assuré qu'il allait assurer le suivi de la reprise de son activité professionnelle et que dans cette optique, il prendrait régulièrement contact avec lui pour s'assurer du bon déroulement de la reprise et, au besoin, mettre rapidement en place des moyens adaptés pour y parvenir. Il lui était demandé de le

contacter dans les plus brefs délais en cas de problème particulier qu'il pourrait rencontrer dans l'exercice de son activité professionnelle.

28. Selon une note de travail MOP (mesures d'ordre professionnel) du 13 décembre 2019, l'auteur de la note avait expliqué au coach de l'assuré, Monsieur J_____, le contexte et la situation de l'assuré en lui rappelant l'importance du mandat afin de consolider le nouveau contrat de travail de celui-ci.

29. Selon une note de premier entretien de la réadaptation professionnelle, l'entretien avait eu lieu le 11 décembre 2019 avec une bonne impression générale. L'assurée avait retrouvé un CDI dans son activité habituelle, validé par son stage de 4 mois. L'assuré affirmait avoir eu un déclic en début d'année pour mieux gérer son trouble. Il s'était résolu à cohabiter avec celui-ci et avait trouvé des stratégies pour le surmonter. Il avait réalisé qu'il existait de nombreuses personnes dans la même situation que lui et qui continuaient à exercer leur activité habituelle. Il avait réalisé que quoi qu'il exerce comme activité et avec qui que ce soit, les obsessions étaient toujours présentes et qu'il fallait désormais les confronter pour avoir une vie normale. Il appliquait des stratégies pour faire la sourde oreille à ses obsessions qui étaient toujours présentes, mais désormais maîtrisées.

    Il avait besoin de s'isoler pour surmonter les TOC pendant deux heures en tout pendant la journée, en début et en fin de journée. Il travaillait à diminuer ce temps en se confrontant à ses TOC sans avoir besoin de s'isoler (contexte professionnel).

    Il était actuellement chargé d'affaires à 100% chez K_____ dès le 16 décembre 2019. Son cahier des charges consistait au suivi de projets et des chantiers dans le domaine du chauffage/ventilation/climatisation, bureau d'études. L'assuré avait d'abord fait un stage de quatre semaines chez son nouvel employeur qui s'était très bien déroulé. Il avait commencé son CDI le 16 décembre 2019 et se demandait s'il était utile que l'OAI intervienne auprès de son employeur pour lui expliquer son atteinte et faire en sorte qu'il puisse avoir des moments seul pour surmonter ses TOC. Le service de réadaptation avait convaincu l'assuré que cela n'était pas une bonne idée, s'agissant d'un nouvel employeur chez qui il avait fait ses preuves durant les quatre semaines de stage à la satisfaction des parties et aussi parce que l'assuré avait eu un déclic et fait beaucoup de progrès par rapport à son atteinte qu'il avait su rendre invisible et sans conséquences dans sa vie.

    Une mesure de job coaching (M. J_____) serait mise en place pour consolider la reprise de l'activité habituelle de l'assuré chez le nouvel employeur et si tout se passait bien, le mandat serait fermé. Si l'assuré devait rencontrer des difficultés, le service de réadaptation envisagerait s'il était pertinent d'approcher l'employeur pour lui expliquer les limitations fonctionnelles subjectives de l'assuré, à savoir s'isoler quelque temps pour être d'attaque, ou opter pour d'autres mesures.

30. Par décision du 23 décembre 2019, l'OAI a mis en place des mesures professionnelles sous forme de coaching auprès de M. J_____ avec l'objectif d'utiliser et développer une technique de méditation et de concentration sensorielle

pour consolider la reprise de l'activité habituelle de l'assuré dans son nouvel emploi (huit séances).

31. Le coach de l'assuré a informé le service de réadaptation le 25 mars 2020 que malheureusement l'assuré avait démissionné de son poste de travail la semaine précédente. En effet, sa préparation psychique lui demandait trop d'énergie et l'épuisait car il avait pour habitude de se lever à 4h00-5h00 du matin pour travailler sur son TOC et stabiliser son mental. Il était un peu déçu, mais toutefois une progression existait et il se voulait optimiste. Les techniques utilisées correspondaient et ils continueraient leur progression.

32. Par courriel du 12 mars 2020, l'assuré a informé le service de réadaptation que malgré les aménagements consentis par son employeur, son TOC avait pris toujours plus d'importance et de place à mesure que les semaines passaient au point qu'il n'avait plus réussi à faire son travail. Il avait dû arrêté à fin février après deux semaines d'arrêt maladie.

33. L'assuré a consulté un avocat qui s'est constitué auprès de l'OAI par courrier du 6 février 2020.

34. Le 4 août 2020, l'Hospice général a informé l'OAI qu'il était amené à intervenir en faveur de l'assuré pour lui accorder une aide financière.

35. Le 6 novembre 2020, l'assuré a déposé une requête urgente de mesures professionnelles. Ses médecins des HUG estimaient qu'il n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle en raison de ses affections psychiatriques. Par contre, son état de santé s'était actuellement amélioré et il serait en mesure d'exercer un travail essentiellement manuel. Compte tenu de cette très bonne évolution, ses médecins estimaient qu'il fallait exploiter, sans retard, ses ressources. Selon le docteur L_____, chef de clinique du département de psychiatrie aux HUG, l'amélioration globale sur le plan psychique nécessitait rapidement une reprise d'activité professionnelle. À défaut, cela mettrait en échec toutes les mesures thérapeutiques déployées jusqu'ici. Dans ce contexte et afin de respecter ses limitations fonctionnelles psychiatrique, l'assuré souhaitait entreprendre une reconversion professionnelle dans un métier purement manuel et, dans ce cadre, souhaitait entreprendre sans tarder un stage préalable avec reprise progressive du taux d'activité. Il avait songé à l'activité de maçon et procédait à une recherche de place de stage. Dans ces circonstances particulières, l'OAI était invité à statuer à très bref délai sur l'octroi de mesures professionnelles, en particulier un reclassement au sens de l'art. 17 LAI.

36. Selon une note de travail MOP établie le 11 novembre 2020 par le service de réadaptation, l'assuré l'avait informé par téléphone qu'il était en traitement depuis plusieurs mois et que des mesures n'auraient pas été possibles. Son état se serait dégradé et il se demandait s'il pourrait continuer de parler. Au sujet de la requête du 10 novembre 2020, l'assuré l'avait informé qu'il y avait eu une incompréhension et que des mesures n'étaient pour l'instant pas possible durant le traitement, les

limitations fonctionnelles pouvant évoluer. Il était proposé à l'assuré de lui envoyer le rapport du SMR pour vérifier s'il était toujours d'actualité auprès de ses médecins et attendre de ses nouvelles pour lancer les mesures en commençant par une « 15 LAI ».

37. Le 11 décembre 2020, le conseil de l'assuré a adressé à l'OAI une sommation de statuer.

38. Selon un rapport établi le 8 décembre 2020 par le Dr L_____, celui-ci attestait que le TOC de l'assuré, bien qu'ayant répondu partiellement au traitement pharmacologique et psychothérapeutique, se caractérisait par une symptomatologie encore invalidante entraînant un handicap fonctionnel significatif sur le plan de la communication qui grevait ses capacités relationnelles.

    Il était actuellement inapte à assurer un emploi dans son domaine de compétence qu'était l'ingénierie de par la nécessité d'interactions permanentes avec les collaborateurs. Il était ainsi recommandé une reprise d'activité professionnelle dans un domaine privilégiant le travail en autonomie. Cette reprise de travail revêtait un caractère thérapeutique dans la prise en charge globale du patient.

    Il était à noter que ce handicap fonctionnel n'était pas voué à perdurer, au contraire. En effet, des adaptations thérapeutiques étaient en cours pour viser à une rémission complète qui prendrait cependant de nombreux mois à obtenir de par la lente cinétique d'action des traitements pharmacologiques.

39. Selon une note de travail MOP du 15 décembre 2020, le service de réadaptation a indiqué que suite au récent rapport des HUG indiquant que l'inaptitude dans l'activité habituelle était provisoire et qu'un retour dans celle-ci était possible selon le traitement, il était convenu avec l'assuré de ne pas se lancer dans un reclassement, mais plutôt dans des MR (mesures de réadaptation) respectant les LF (limitations fonctionnelles) dès 2021.

40. Le service de réadaptation professionnelle a contacté, par courriel du 15 décembre 2020, la fondation M_____ au sujet d'une mesure de réinsertion aux N_____. Il demandait si une telle mesure serait possible depuis le début de l'année 2021.

41. Par courriel du 17 décembre 2020, le service de réadaptation a informé le conseil de l'assuré que des mesures d'ordre professionnel étaient bien prévues pour l'assuré avec lequel il était déjà en étroite collaboration. Elles démarreraient au début de l'année 2021 et respecteraient évidemment les limitations fonctionnelles connues.

42. Le coordinateur psychosocial de la fondation M_____ a indiqué au service de réadaptation, par courriel faisant suite à celui du 15 décembre 2020, qu'une mesure pourrait éventuellement être mise en place au restaurant O_____ de M_____, qui demandait de moins bouger qu'aux N_____. Mais, avec la crise sanitaire, il y avait encore des incertitudes pour le mois de janvier, si le Conseil d'État décidait de tout fermer à nouveau.

43. Le 22 janvier 2021, le conseil de l'assuré s'est adressé à l'OAI constatant malheureusement que celui-ci n'avait pas donné suite à sa requête urgence du 6 novembre 2020 ni à sa sommation à statuer du 11 décembre 2020. Dans ce contexte, il n'avait pas d'autre solution que d'agir par la voie judiciaire.

44. Le 27 janvier 2021, le service de réadaptation a demandé à la fondation M_____ s'il était possible de donner une suite favorable à sa requête au sujet d'un nouveau mandat fait à mi-décembre.

45. Par courriel du 27 janvier 2021, la fondation M_____ a informé le service de réadaptation que pour le moment, il n'y avait pas de place aux N_____ ni dans les autres entreprises de M_____. Les restrictions sanitaires ne facilitaient pas le nombre d'entrées. Dès qu'une possibilité se présenterait aux N_____, il l'en tiendrait informé.

46. Le 22 janvier 2021, le conseil de l'assuré a déposé un recours pour déni de justice. Il avait déposé une requête urgente de mesures professionnelles en faisant valoir qu'en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, il fallait entreprendre très rapidement des mesures professionnelles pour ne pas compromettre son état de santé. L'OAI avait ignoré cette requête et n'avait même pas accusé réception de celle-ci, malgré une sommation à statuer qui lui avait été adressée le 11 décembre 2020. Même si l'exigence de la célérité de la procédure ne pouvait l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète, l'OAI devait pour le moins répondre au courrier de l'assuré, ou à tout le moins à la sommation et l'informer sur l'état de la procédure et sur la date approximative à laquelle une prise de position serait rendue, ce d'autant que l'état de santé de l'assuré était en jeu. Le silence de l'OAI était inadmissible. Il s'en suivait que les réquisits posés par la jurisprudence étaient réunis et que le recourant pouvait invoquer la violation de son droit d'être entendu et un déni de justice. Le silence de l'OAI, malgré les deux requêtes susmentionnées, constituait une violation du droit d'être entendu au sens de l'art. 29 de la Constitution et du droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 CEDH. Dans un tel contexte, il y avait lieu de constater le déni de justice, la violation du principe de la célérité de la procédure et d'en tenir compte dans les dépens à allouer au recourant, dite violation jouant un rôle pour la répartition des frais (arrêt du Tribunal fédéral I 946/05 du 11 mai 2007).

47. Par réponse du 22 février 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il n'avait ni refusé, ni tardé à statuer.

    Le service de réadaptation avait été mandaté en novembre 2019 et l'assuré reçu en décembre 2019. Un coaching avait été mis en place pour consolider la nouvelle activité, mais l'assuré avait rechuté et démissionné au courant du mois de février 2020.

    Par la suite, à partir de la mi-mars 2020, la crise pandémique avait freiné l'octroi ou le déroulement de la plupart des mesures d'ordre professionnel. Le 20 juillet 2020,

le coach avait informé l'OAI que l'assuré était injoignable malgré plusieurs relances par mail et téléphone et qu'il lui restait deux séances.

Le 11 novembre 2020, l'assuré avait informé le service de réadaptation que des mesures n'auraient de tout façon pas pu être envisagées, car son état de santé s'était dégradé depuis plusieurs mois et que la thérapie pouvait faire évoluer les limitations fonctionnelles. Une copie de l'avis SMR lui avait été transmise pour demander s'il était toujours d'actualité notamment les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

Le 15 décembre 2020, un rapport des HUG du 8 décembre 2020 avait été adressé au service de réadaptation qui indiquait qu'un nouveau traitement était mis en place et qu'il existait une chance de rémission complète et donc d'un espoir de retour dans l'activité habituelle de l'assuré. Des mesures à fin thérapeutique étant toujours indiquées, il avait été décidé, en accord avec l'assuré, de se lancer dans des MR (art. 14 a LAI) qui respecteraient les limitations fonctionnelles. Les activités de jardinage à P_____, via la fondation M_____, étaient privilégiées, mais les places étaient restreintes à cause des restrictions sanitaires. Un courriel avait été adressé par Q_____ le 15 décembre 2020 pour répondre aux sollicitations de l'avocat. Au courant du mois de janvier, la fondation M_____ ne pouvait toujours pas recevoir de nouveaux assurés en raison des restrictions sanitaires et une demande avait été faite à R_____, qui aurait également des activités de jardinage, mais pas avant le mois de mars au plus tôt (note de travail MOP du 5 février 2021).

Puis, au vu de l'évolution de l'état de santé, notamment un nouveau traitement mis en place rendant possible un retour dans l'activité habituelle via une rémission complète, le reclassement avait été mis en suspens et des MR à fin thérapeutique avaient été privilégiées dans le but de constituer la capacité de travail de l'assuré en attendant l'issue de la nouvelle thérapie. L'assuré avait confirmé que les éléments décrits ci-dessus étaient en cohérence totale avec ce qui avait été convenu avec Q_____ et avait approuvé le projet actuel de MR. Q_____ en avait profité pour lui parler de l'organe S_____ qui avait également des MR avec des animaux. L'assuré était d'accord pour cette option également. Finalement, le recourant avait été reçu auprès de S_____ genevoise le 15 février 2021 et il était prévu qu'il débute très prochainement des mesures de réinsertion. Il ressortait également du dossier que les courriers de conseil du recourant des 6 novembre 2020 et 11 décembre 2020 avaient fait l'objet d'une réponse par courriel du 17 décembre 2020.

Au vu des éléments susmentionnés, aucun déni de justice n'était avéré, de sorte que l'octroi de dépens ne se justifiait pas.

La réponse de l'OAI était fondée sur une note de travail MOP du 5 février 2021 établie par Monsieur T_____ du service de réadaptation.

48. Le 9 mars 2021, le conseil de l'assuré a relevé qu'à l'appui de ses conclusions, l'OAI invoquait deux pièces internes (notes de travail) des 11 novembre et 15 décembre 2020, documents qui faisaient état d'un contact téléphonique direct

avec l'assuré alors que ce dernier était assisté d'un avocat. Cette manière de procéder n'était pas admissible, ce d'autant plus qu'il n'avait pas été informé de ces démarches.

Cette manière de procéder était contraire au principe du droit d'être entendu. En effet, au sens de la jurisprudence, ce droit comprenait le droit de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique et de participer à l'administration des preuves essentielles, ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela était de nature à influer sur la décision à rendre. Le Tribunal fédéral avait jugé dans un arrêt 8C_513/2008 que le droit d'être entendu avait été violé du fait que l'assuré n'avait pu se déterminer sur une notice téléphonique déterminante.

En l'occurrence, la teneur des pièces internes invoquées par l'OAI était contestée. Celle-ci ne correspondait pas à la réalité. L'OAI aurait dû coordonner avec le conseil de l'assuré les mesures d'investigation et les mesures professionnelles à mettre en œuvre. À tout le moins, il aurait dû lui soumettre le contenu de ses notes internes qui étaient déterminantes sur le sort des droits aux prestations.

Il y avait ainsi lieu de constater la violation du droit d'être entendu de l'assuré et d'en tenir compte dans le cadre des dépens conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Dans la note du 11 novembre 2020, il était mentionné l'ouverture probable de mesures professionnelles en commençant par une orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI. Or, il était bien clair que si l'OAI avait procédé conformément au droit et de manière transparente, la mise en œuvre de mesures professionnelles aurait pu être décidée le 11 novembre 2020. L'OAI aurait alors dû rendre sa décision de mesures professionnelles le jour-même et allouer en attendant à l'assuré les indemnités journalières d'attente conformément à l'art. 18 RAI, ce d'autant plus que l'assuré et sa famille étaient sans ressources. En l'occurrence, il y avait lieu de constater que la manière de procéder de l'OAI avait causé un dommage à l'assuré en ce sens que ce dernier avait perdu son droit à des indemnités journalières d'attente dès le 11 novembre 2020.

Dans la note du 15 décembre 2020, il était mentionné que l'OAI avait décidé, avec l'accord de l'assuré, la mise en œuvre de mesures de réinsertion au sens de l'art. 14A LAI. Or, ni le recourant, ni le soussigné n'avait reçu de communication, de projet de décision ou de décision. À cet égard, il était rappelé que l'OAI n'était pas autorisé à statuer par la voie de décision orale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 12/2005 du 13 avril 2006), ce qu'il avait fait en l'occurrence. Or, si l'OAI avait procédé conformément au droit, par écrit et de manière transparente, il aurait dû mettre en attendant l'assuré au bénéfice des indemnités journalières d'attente, conformément à l'art. 18 RAI.

49. Lors d'une audience du 14 avril 2021 devant la chambre de céans :

a. Le conseil du recourant a indiqué avoir reçu le jour précédent une communication de l'OAI indiquant qu'il prenait en charge les coûts d'entraînement à l'endurance du 22 février au 23 mai 2021 et que le recourant toucherait une indemnité journalière durant la mesure. Il maintenait la requête urgente qui datait de novembre 2020 demandant à l'OAI de statuer dans les meilleurs délais sur le droit aux indemnités journalières du recourant (…). Il y avait eu plusieurs décisions informelles depuis octobre 2018. L'OAI aurait dû rendre des décisions ou des communications formelles.

b. Le représentant de l'intimé a indiqué que toutes les communications de l'OAI auraient dû être transmises à l'avocat mandaté par le recourant et en copie à son client. Cette erreur devait être due à des problèmes organisationnels de l'OAI, le service devant mettre les informations informatiques à jour étant surchargé. Le gestionnaire de l'OAI chargé du dossier avait pris connaissance de la requête urgente et l'avait transmise au réadaptateur. Il aurait pu accuser réception de cette requête, même si on pouvait être étonné de son caractère d'urgence, puisque le certificat médical invoqué n'en faisait pas état. De manière générale, l'OAI ne prenait pas de décision de droit aux mesures de réadaptation avant qu'une mesure concrète soit trouvée. Du point de vue de l'OAI, les décisions invoquées par le conseil du recourant intervenaient dans le processus d'instruction de la demande qui justifiait que le réadaptateur communique informellement avec l'assuré pour trouver une mesure concrète et elles ne justifiaient pas de décision ou communication formelle. Une décision n'était intervenue que récemment pour une mesure, qui avait commencé le 22 février 2021, pour des raisons organisationnelles.

c. Le recourant a déclaré avoir commencé depuis plusieurs semaines une mesure d'endurance avec S_____. Celle-ci passait bien et lui permettait de retrouver un rythme, de penser à autre chose qu'à ses obsessions et de continuer son traitement médical.

d. Le recourant a produit :

- une communication adressée à lui le 2 avril 2021 avec copie à son conseil, l'informant qu'il avait droit à des mesures de réinsertion et en particulier à la prise en charge d'un entraînement à l'endurance du 22 février au 23 mai 2021 (prolongeable), et qu'il toucherait une indemnité journalière pendant la mesure ;
- une décision du 7 avril 2021 de l'OAI lui octroyant l'indemnité journalière du 22 février au 23 mai 2021 pendant la mesure de réinsertion, selon l'art. 14a LAI.

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), 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'article 4 alinéa 4 (art. 62 al. 6 LPA).

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

3. Dans la mesure toutefois où depuis lors l'intimé a notifié au recourant et à son conseil une communication formelle de prise en charge des coûts d'entraînement à l'endurance du 22 février au 23 mai 2021 et une décision du 7 avril 2021 lui otroyant l'indemnité journalière durant la mesure, le recours pour déni de justice est devenu sans objet.

4. Conformément à l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Il y a droit même lorsque la procédure est sans objet, pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b).

5. Le fait que l'intimé ait rendu une décision ne signifie pas pour autant que la procédure ouverte auprès de la chambre de céans aurait eu des chances de succès. En effet, celles-ci dépendent des règles applicables au déni de justice.

   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).

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 :

- 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) ;
- 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 nouvelle de l'OAI vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

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 accident, 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. 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 œuvre 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).

6. En l'espèce, il ressort des faits que l'intimé, soit pour lui son service de réadaptation, a suivi de près la situation du recourant, en cherchant activement une mesure adéquate pour celui-ci, dans un contexte difficile lié à la pandémie.

Certes, ce service aurait dû informer le conseil du recourant des diverses démarches entreprises et aurait pu répondre formellement à ses demandes. En effet, selon l'art. 37 al. 3 LPGA, tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire, ce qui inclut toutes les correspondances intervenant dans le cadre du dossier, quelle que soit leur portée juridique pour l'assuré (CR LPGA-Dupont, art. 37 N. 23).

Cela étant, le conseil du recourant ne pouvait exiger la notification d'une décision formelle de mesure de réadaptation avant qu'une mesure concrète soit déterminée.

Au vu des différentes mesures d'instruction prises par le service de réadaptation et du délai dans lequel une décision formelle a été prise, soit un peu plus de trois mois, les conditions d'un déni de justice ne sont manifestement pas réalisées.

Le conseil du recourant a fait valoir qu'en tardant à prendre une décision formelle, l'intimé avait lésé son mandant qui aurait pu toucher des indemnités journalières. Il convient de relever à cet égard que si le recourant avait droit aux indemnités journalières, elles auraient été payées de façon rétroactive, comme cela ressort de la décision du 7 avril 2021. Le recourant n'a ainsi pas été lésé par le délai dans lequel la décision a été prise.

Il n'y a pas lieu d'examiner la question du début du droit du recourant à l'indemnité journalière qui n'entre pas dans l'objet du présent litige.

7. En conclusion, il n'apparaît ainsi pas vraisemblance que le recourant aurait eu gain de cause si son recours n'était pas devenu sans objet, de sorte qu'il n'a pas droit à des dépens.

8. La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, elle est gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI *a contrario*).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Déclare le recours sans objet.
3. Dit que le recourant n'a pas droit à des dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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 — La présidente

Isabelle CASTILLO — Catherine TAPPONNIER

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