

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3181/2016

ATAS/204/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 mars 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SCIEZ, France

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1981, ressortissant italien, marié, père d'une fille, née en 2011, domicilié à Sciez (F), au bénéficiaire d'un permis G (frontalier) depuis le 24 mars 2010, a travaillé dès le 1^{er} juillet 2013 à plein temps en tant qu'assistant commercial auprès de B_____ SA (ci-après : l'employeur), sis dans le canton de Genève, de chez qui il a été licencié avec effet au 31 octobre 2015.
2. Pendant la durée des rapports de travail, l'assuré a présenté, à répétées reprises, une incapacité totale de travail, soit du 3 mars au 31 mai 2014 (cf. certificats du docteur C_____, généraliste exerçant en France, des 3 et 12 mars, 4 et 29 avril 2014) ; du 17 au 20 novembre 2014, et du 3 au 5 décembre 2014 (cf. certificats du docteur D_____, généraliste pratiquant en France, des 17 novembre et 3 décembre 2014).
À compter du 17 décembre 2014, l'assuré a été de nouveau en arrêt total de travail (cf. certificats du Dr D_____ des 17 décembre 2014, 5 et 27 janvier, 27 février, 30 mars, 30 avril, 29 mai, 30 juin, 30 juillet, et 28 août 2015). Il ne reprendra pas d'activité professionnelle par la suite.
3. Depuis l'arrêt de travail en mars 2014, le cas a été pris en charge par la Zurich Compagnie d'assurances SA (ci-après: l'assureur), qui a versé à l'assuré des indemnités journalières pour perte de gain (cf. décomptes d'indemnité journalière entre avril 2014 et décembre 2015).
4. Le 30 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI), invoquant un mobbing, ainsi qu'un accident causé par un coup de marteau qu'il s'était infligé sur un doigt de la main suite à un fort sentiment de culpabilité. Il a indiqué que l'atteinte à la santé existait depuis août 2013, et qu'il ne possédait pas de certificat d'incapacité de travail relatif à son accident, étant déjà en arrêt en raison de sa maladie. Il a spécifié qu'il consultait son médecin traitant généraliste, le Dr D_____, depuis le 5 novembre 2014, ainsi que sa psychiatre, la doctoresse E_____, établie en France, depuis le 13 janvier 2015. Il a ajouté que l'assureur lui versait des indemnités journalières.
5. Par pli du 4 novembre 2015, l'OAI a invité l'assureur à lui transmettre pour consultation la copie du dossier de l'assuré, ainsi que le détail précis des incapacités de travail répertoriées.
6. Le jour même, l'OAI a également envoyé à l'employeur un questionnaire, et invité ce dernier à le compléter et à le retourner dès que possible, ainsi qu'un courrier à l'assuré, expliquant, entre autres, brièvement la notion d'invalidité, et invitant l'assuré à lui communiquer une copie des documents professionnels, tels que le CV, les certificats de ses précédents employeurs, la copie des diplômes et/ou certificats obtenus, ainsi que les coordonnées de son assurance-maladie obligatoire des soins en cas d'affiliation à ce régime.

7. Le 3 décembre 2015, l'assureur a transmis à l'OAI la copie du dossier de l'assuré, et spécifié qu'il lui communiquerait également une copie du rapport d'expertise dès réception.

Ledit dossier comprenait les pièces suivantes :

- un rapport du 29 janvier 2015, adressé à l'assureur, dans lequel le Dr D_____ pose le diagnostic d'un épisode dépressif moyen. L'assuré souffrait de difficultés relationnelles au travail, de tristesse, d'anxiété, d'une perte de confiance et d'estime de soi, ainsi que d'une anhédonie. Le médecin avait observé une légère amélioration depuis l'introduction du traitement médicamenteux. Une reprise du travail était envisageable à plein temps dans quatre à six mois ;
- le 10 avril 2015, à la demande de l'assureur, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 avril 2015, ledit médecin a relevé, sous la rubrique « anamnèse médicale », que l'assuré se sentait blessé, un collègue l'ayant traité de « con » publiquement. Dans ce contexte, il avait bénéficié d'un suivi psychiatrique et d'un traitement médicamenteux, à base de paroxétine 20 mg/jour depuis janvier 2015, ainsi que d'un somnifère, traitement qu'il avait interrompu suite à une amélioration symptomatique. L'assuré se plaignait de mobbing, d'angoisses et de fatigue, de troubles du sommeil, ainsi que de troubles de la concentration ; ces symptômes s'amélioraient toutefois depuis quelques semaines. L'assuré n'était pas motivé à reprendre son ancienne activité ; il souhaitait changer de secteur. Sur la base de l'anamnèse, des tests effectués, de l'examen clinique et du dossier médical, ledit médecin a diagnostiqué des symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle. Il s'agissait d'un trouble réactionnel à un mobbing, d'intensité légère actuellement. Il a également retenu des traits de personnalité anxieuse, actuellement non décompensés, ainsi que des difficultés liées à l'emploi et au chômage. L'expert a conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle jusqu'au 31 mai 2015, de 50% jusqu'au 30 juin 2015, puis de 100% sans diminution de rendement ;
- le 30 septembre 2015, l'assuré a envoyé à l'assureur le certificat du Dr D_____, prolongeant l'incapacité de travail totale jusqu'au 31 novembre 2015. Il a demandé à l'assureur de lui confirmer qu'il lui verserait les indemnités journalières afférentes au mois d'octobre et de novembre 2015 ;
- par pli du 6 octobre 2015 (communiqué également par courriel), l'assureur a indiqué qu'il avait accepté de lui verser des indemnités journalières au-delà du 1^{er} juillet 2015, alors que dans son expertise, le Dr F_____ avait estimé qu'à partir de cette date, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail, sans diminution de rendement, afin de permettre à l'employeur d'examiner dans l'intervalle les possibilités de lui procurer un poste de travail auprès d'un autre

service. Cependant, l'employeur ayant résilié le contrat de travail pour la fin du mois d'octobre 2015, l'assureur a annoncé la fin des prestations au 31 octobre 2015, sauf avis contraire dûment motivé sur le plan médical ;

- par courriel du 6 octobre 2015, l'assuré a répondu que son généraliste avait prolongé son arrêt de travail jusqu'au 30 novembre 2015. Il a demandé à l'assureur de lui confirmer qu'il lui verserait les indemnités journalières de novembre 2015 ;
- le 7 octobre 2015, l'assureur a expliqué que, conformément à ses conditions générales, un certificat médical établi à l'avance, à l'instar de celui du Dr D_____ du 30 septembre 2015, était valable un mois au maximum, soit jusqu'au 31 octobre 2015. Un arrêt de travail pour le mois de novembre 2015 nécessiterait un nouveau certificat, spécifiant les raisons médicales en faveur du prolongement de l'arrêt de travail ;
- le même jour, l'assuré a sollicité de l'assureur une copie de ses conditions générales, en particulier les dispositions mettant en exergue la durée de validité d'un certificat médical, ainsi que l'obligation pour le médecin traitant de communiquer à l'assureur les raisons motivant un prolongement de l'arrêt de travail ;
- le 12 octobre 2015, l'assureur lui a transmis une copie de ses conditions générales, et, souligné qu'en application de la jurisprudence, les rapports des médecins traitants étaient examinés avec précaution, au vu de la relation de confiance qui liait le praticien à son patient. Ainsi, en l'absence d'un nouvel élément médical, l'incapacité de travail prolongée au-delà du 31 octobre 2015 ne pourrait pas être admise ;
- par courriel du 13 octobre 2015, l'assuré a rétorqué que la jurisprudence citée par l'assureur ne mentionnait pas qu'un nouvel élément médical était requis. Il a ainsi invité l'assureur à lui indiquer sur quelle base juridique il se fondait ;
- par courrier du 22 octobre 2015, l'assuré a expliqué qu'il ne pouvait pas s'inscrire auprès de Pôle Emploi en tant que demandeur d'emploi aussi longtemps qu'il était inapte à travailler. En outre, il ne pouvait pas bénéficier du régime d'assurance-maladie français. Il a ainsi mis l'assureur en demeure de l'indemniser pendant toute la durée de son arrêt de travail pour cause de maladie, et invité celui-ci à répondre à son courriel précité, ainsi qu'à lui notifier une décision formelle d'ici le 28 octobre 2015 ;
- par courriel du 23 octobre 2015, l'assureur a écrit qu'aucun élément médical ne justifiait l'incapacité de travail, de sorte que les conclusions de l'expertise du 10 avril 2015 étaient maintenues ;
- par courrier du 26 octobre 2015, l'assureur a répété la teneur de son courrier du 6 octobre 2015 ;

- le 2 novembre 2015, l'assuré a transmis à l'assureur le certificat établi par le Dr D_____ le 30 octobre 2015, attestant que son état de santé psychique, sous traitements médicamenteux, empêchait la reprise d'une activité professionnelle. Il a joint le rapport de la Dre E_____ du 30 octobre 2015, confirmant l'incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2015 en raison d'un burn-out ;
- par courriel du 4 novembre 2015, l'assuré a demandé à l'assureur si celui-ci continuerait à lui verser des prestations à partir du 1^{er} novembre 2015 ;
- le 6 novembre 2015, l'assureur a répondu que son dossier avait été soumis au médecin-conseil, lequel n'était toutefois pas en mesure en l'état de se déterminer. L'assureur a ainsi transmis à l'assuré un questionnaire médical que celui-ci devait retourner, dans les plus brefs délais, dûment complété, signé et daté par la Dre E_____ ;
- le 9 novembre 2015, l'assuré a exprimé sa stupéfaction. En raison de sa maladie, il avait de la peine à suivre toutes les demandes de l'assureur (qu'il considérait comme un acharnement) quant à son incapacité de travail. Celui-ci disposait déjà des informations communiquées par le Dr D_____, et connaissait les coordonnées de son généraliste et celles de son psychiatre. Le médecin-conseil pouvait dès lors s'adresser directement à ces derniers ;
- en réponse, l'assureur a écrit, le 11 novembre 2015, qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, il considérait la capacité de travail de l'assuré comme étant entière dès le 1^{er} novembre 2015. Si ce dernier estimait que tel ne devait pas être le cas, il lui appartenait d'inviter son médecin à justifier la continuation de l'incapacité de travail ;
- le 13 novembre 2015, l'assuré a objecté que sa psychiatre l'avait contacté la veille pour l'informer de son impossibilité, suite à un accident, de répondre à ses appels. Ses médecins avaient toujours justifié son incapacité de travail, et l'assureur était systématiquement informé de l'évolution de son état de santé. Fin octobre 2015, il lui avait transmis deux rapports médicaux : celui de sa psychiatre, certifiant une totale incapacité de travail en raison d'un burn-out, et celui de son généraliste, attestant également une telle incapacité de travail ;
- par courriel du 16 novembre 2015, l'assureur a informé l'assuré que son médecin-conseil requérait un complément d'expertise, compte tenu de la difficulté à obtenir des renseignements médicaux et du délai écoulé depuis la dernière expertise du 10 avril 2015. Dans l'attente de la convocation pour une expertise, l'assureur acceptait de régler les indemnités du mois de novembre 2015 ;
- le 30 novembre 2015, l'assuré a transmis à l'assureur le certificat de travail établi par le Dr D_____ le jour même, attestant une prolongation de l'incapacité de travail totale jusqu'au 4 janvier 2016.

-
8. Par courriers du 18 décembre 2015, l'OAI a rappelé aux Drs E_____ et D_____ qu'en vue de l'instruction du dossier de l'assuré, ils étaient priés de remplir, dans les plus brefs délais, le questionnaire de santé qui leur avait été remis le 4 novembre 2015.
 9. Par courrier du même jour, l'OAI a également relancé l'assuré, ainsi que l'employeur.
 10. Dans une note du 21 décembre 2015, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a notamment mentionné qu'il fallait contacter l'assureur en lien avec l'expertise psychiatrique prévue auprès du Dr F_____ le 27 novembre 2015 pour en obtenir une copie.
 11. Le 6 janvier 2016, l'OAI a reçu de la part de l'assureur une copie de l'expertise du Dr F_____ du 30 novembre 2015, ainsi que le courrier qu'il avait adressé à l'assuré le 29 décembre 2015 :
 - dans son rapport, ce praticien a observé que l'assuré était négligé (en termes d'hygiène, et il portait des vêtements sales). Les réponses qu'il fournissait étaient peu structurées, et peu compréhensibles. Il présentait une agitation psychomotrice significative. Il souffrait de troubles attentionnels, de concentration et mnésiques objectivables à l'examen. Les tests effectués confirmaient des capacités intellectuelles, attentionnelles et de concentration déficitaires. Le médecin a posé les diagnostics suivants : « épisode dépressif récurrent sévère, avec symptômes psychotiques, versus une simulation (vu l'absence de symptômes psychotiques lors du premier entretien et la fin du suivi psychiatrique et l'absence d'hospitalisation psychiatrique malgré une situation gravissime); troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique ; accentuation de certains traits de personnalité, traits de personnalité anxieuse ; difficultés liées à l'emploi et au chômage ». L'expert a préconisé une hospitalisation psychiatrique immédiate, et proposé de réévaluer sa capacité de travail après la sortie de l'hôpital ;
 - dans son courrier du 29 décembre 2015, l'assureur, se référant aux conclusions du Dr F_____, a attiré l'attention de l'assuré quant à son obligation de restreindre son dommage, et invité celui-ci, avec l'aide de ses médecins traitants, à faire le nécessaire en vue de son hospitalisation dans un établissement spécialisé d'ici au 15 janvier 2016. En cas de refus, l'assureur a mis en exergue qu'aucune prolongation d'arrêt de travail ne serait admise à compter du 16 janvier 2016.
 12. Lors d'un entretien téléphonique le 13 janvier 2016, l'assureur a indiqué au service de réadaptation de l'OAI que l'assuré avait un rendez-vous le 2 février 2016 avec un psychiatre à l'Hôpital de Thonon.

La note relative audit entretien mentionne que le service de réadaptation recontacterait l'assureur fin février pour aviser de la suite. Dans l'intervalle, l'OAI ne convoquerait pas l'assuré.

13. Par plis du 2 février 2016, l'OAI a rappelé à l'assuré, à ses médecins traitants, et à l'employeur, qu'il leur fallait répondre au courrier qui leur avait été précédemment envoyé en vue de compléter l'instruction du dossier.
14. Le 3 février 2016, l'assuré a transmis à l'OAI la copie de ses certificats de travail de ses précédents employeurs, celle de son diplôme universitaire, ainsi que les coordonnées de son assurance-maladie obligatoire.
15. Le 17 février 2016, le Dr D_____ a communiqué à l'OAI son rapport. Il a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail: épisode dépressif depuis novembre 2014, trouble de la personnalité et/ou de comportement. L'assuré consultait également la Dre E_____ depuis janvier 2015, ainsi que le docteur G_____ (recte : H_____) depuis février 2016.
16. Lors d'un entretien téléphonique le 24 février 2016, l'assureur a informé le service de réadaptation de l'OAI que l'assuré s'était présenté aux Hôpitaux du Léman le 2 février 2016.

La note relative audit entretien mentionne que l'assureur contacterait le médecin pour obtenir des informations, et que le service de réadaptation avait appelé l'assuré, en vain, mais lui avait laissé un message.
17. Dans une note du 14 mars 2016, le service de réadaptation a mentionné avoir contacté le Dr H_____, psychiatre, sans succès, pour faire le point, l'assuré ne répondant pas aux appels de l'OAI.
18. Le 18 mars 2016, l'OAI a reçu le rapport du Dr H_____ du 14 mars 2016, lequel diagnostiquait un état anxio-dépressif depuis la fin de l'année 2015. La première consultation remontait au 2 février 2016 au Centre médico-psychologique de Thonon.
19. Dans une note du 21 mars 2016, le service de réadaptation a écrit qu'au vu du rapport précité, l'assuré n'était pas hospitalisé. Il le convoquerait par écrit pour un « entretien IP » (intervention précoce).
20. Par courrier du même jour, l'OAI a convoqué l'assuré pour un entretien le 25 avril 2016 dans ses locaux.
21. Par courrier du 29 mars 2016, l'assuré a confirmé sa disponibilité pour le rendez-vous précité. Il a toutefois demandé à l'OAI de trouver « une solution alternative », car au vu de son état de santé, il n'était pas en mesure de se déplacer « par ses propres moyens ».
22. Par courriers du 1^{er} avril 2016, l'OAI a encore une fois rappelé à l'employeur et à la Dresse E_____ qu'il leur fallait compléter et retourner le questionnaire qui leur avait été remis.
23. Par courrier du 13 avril 2016, l'assuré a écrit à l'OAI que sans réponse à son courrier du 29 mars 2016, il ne pourrait pas se présenter au rendez-vous fixé.

24. Par courrier du 14 avril 2016, l'OAI a accusé réception des courriers de l'assuré des 29 mars et 13 avril 2016. Il lui a proposé, alternativement, un entretien téléphonique le 25 avril 2016.
25. Par courrier du 15 avril 2016, l'OAI a demandé à l'assuré de prendre les mesures nécessaires auprès de la Dre E_____ afin qu'elle lui transmette son rapport. Si l'assuré ne consultait plus cette spécialiste, il devait lui communiquer les coordonnées de son nouveau médecin.
26. Lors de son entretien téléphonique du 25 avril 2016 avec le service de réadaptation, l'assuré a indiqué qu'il ne sortait plus de chez lui. Il aimerait reprendre une activité professionnelle auprès de son employeur. Il ne comprenait pas les raisons de son licenciement. Les relations avec les collègues s'étaient dégradées. Dans son rapport du même jour, le service de réadaptation a spécifié qu'aucune hospitalisation n'était en cours. L'assuré n'était plus suivi par la Dre E_____. Après lui avoir expliqué les mesures possibles dans le cadre de l'intervention précoce, l'assuré a indiqué qu'il reviendrait vers l'OAI une fois qu'il en aurait discuté avec son médecin.
27. Le 2 mai 2016, l'OAI a reçu le « questionnaire pour l'employeur », dûment complété. L'employeur a spécifié que les absences de l'assuré pendant la durée des rapports de travail étaient liées à la même maladie.
28. Par courrier du 7 juin 2016, l'OAI a sollicité de l'assureur la copie du dossier de l'assuré postérieur au 29 décembre 2015, ainsi que le détail précis des incapacités de travail répertoriées.
29. Dans une note du 13 juin 2016, l'OAI a mentionné que le statut de l'assuré était celui d'une personne active. Il manquait le rapport de la psychiatre. Le médecin du SMR était invité à indiquer s'il était possible de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.
30. Le 23 juin 2016, l'OAI a reçu de la part de l'assureur : les certificats établis par le Dr D_____, prolongeant l'incapacité totale de travail du 4 janvier au 4 février 2016, puis, à plusieurs reprises, jusqu'au 6 juin 2016 (cf. certificats des 4 janvier, 4 et 26 février, 4 avril, et 4 mai 2016) ; une liste de médicaments prescrits par le Dr H_____ le 2 février 2016 ; un courriel du Dr F_____ à l'assureur du 1^{er} décembre 2015 ; le rapport d'expertise du Dr F_____ du 30 novembre 2015 ; et les décomptes d'indemnités journalières entre avril 2014 et mai 2016.
31. Dans son avis du 24 juin 2016, le SMR a rappelé les diagnostics retenus par le Dr F_____ dans ses deux rapports, et relevé que le rapport du Dr D_____ de février 2016 était incomplet. En vue d'instruire correctement le dossier, le SMR proposait de demander le dossier de l'assureur, ainsi que la dernière expertise du Dr F_____ (sic).
32. Lors d'un entretien téléphonique le 5 juillet 2016, l'assureur a indiqué au gestionnaire du dossier auprès de l'OAI qu'il ne possédait pas d'autres pièces médicales que celles transmises le 23 juin 2016.

33. Par courrier du 6 juillet 2016, l'assuré a écrit à l'OAI qu'il était en arrêt de travail pour maladie depuis le 17 décembre 2014. Il était surpris qu'aucune demande de détection précoce n'ait été communiquée à l'OAI, ni par son employeur, ni par l'assureur, ni par une institution de prévoyance sociale de la Fondation de prévoyance de son employeur, ni par l'office cantonal de l'inspection et des relations du travail (OCIRT). En raison de cette négligence, il n'avait pas pu bénéficier d'un programme visant à le soutenir et à le stimuler en vue de conserver son poste de travail. Le système de santé présentait un dysfonctionnement majeur. Huit mois s'étaient écoulés depuis sa demande de prestations d'octobre 2015, sans qu'une décision ne lui ait encore été notifiée. Les Drs D_____ et H_____ lui avaient confirmé qu'ils avaient transmis à l'OAI les renseignements sollicités. L'assuré a joint le courrier de l'assureur du 23 juin 2016, l'informant que les prestations maximums arriveraient à épuisement le 9 septembre 2016. Au vu de son état de santé qui ne s'améliorait pas, il a réclamé une décision à l'OAI avant fin juillet afin de lui éviter des « possibles préjudices financiers ».
34. Dans sa note du 22 juillet 2016, le gestionnaire du dossier a rappelé les conclusions du Dr F_____ dans son rapport de novembre 2015, et a invité le SMR à se prononcer.
35. Lors d'un entretien téléphonique du 9 août 2016, l'épouse de l'assuré s'est enquis de l'état d'avancement du dossier. Elle s'inquiétait de la situation. Le gestionnaire a indiqué que le dossier était en attente auprès du SMR, et lui a conseillé de recontacter l'OAI durant la semaine du 23 août 2016 (cf. note de l'OAI du 9 août 2016).
36. Dans une note du 15 août 2016, le service de réadaptation a mentionné que des mesures en intervention précoce n'avaient pas pu être mises en place en raison de l'état de santé de l'assuré.
37. Le 10 septembre 2016, l'assuré a envoyé à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice un courrier, expliquant avoir sollicité le 29 octobre 2015 des prestations à l'OAI. Or, celui-ci n'avait pas encore statué, alors même qu'il avait signalé début juillet 2016 que les indemnités journalières qu'il percevait de la part de l'assureur arrivaient à épuisement le 9 septembre 2016. Il posait, de ce fait, la question suivante : « [p]ourriez-vous me communiquer qui va me prendre en charge à partir d'aujourd'hui ? ».
38. Par courrier du 12 septembre 2016, la chambre des assurances sociales a informé l'assuré qu'elle statuait sur des recours contre des décisions sur opposition des administrations cantonales en matière d'assurances sociales ou sur des demandes concernant les assurances complémentaires maladie et accidents, si bien qu'elle n'était pas compétente pour fournir des conseils, ni pour se renseigner sur la prise en charge de l'assuré. Ainsi, elle a invité ce dernier à préciser si son courrier précité devait être considéré comme une recours pour déni de justice, auquel cas une procédure serait ouverte. Dans cette hypothèse, elle a imparti à l'assuré un délai au

26 septembre 2016 pour qu'il expose les motifs pour lesquels il estimait que l'OAI avait commis un déni de justice, indique les moyens de preuve, et appose sa signature manuscrite.

39. Par courrier du 20 septembre 2016, l'assuré a, cette fois-ci, saisi la chambre des assurances sociales d'une demande en déni de justice. Il a expliqué qu'il était en arrêt de travail pour cause de maladie depuis le 17 décembre 2014. Il avait été licencié au 31 octobre 2015, et son cas n'avait pas été annoncé à l'OAI en détection précoce, ni par son employeur, ni par l'assureur, ni par une institution de prévoyance sociale de la Fondation de prévoyance de son employeur, ce qui aurait pu éviter son exclusion du marché du travail. Il reprochait une négligence de la part de ces organismes, y compris de la part de l'OCIRT, qui, en violation de son obligation d'informer, ne l'avait pas renseigné sur la possibilité de communiquer à l'OAI son cas en vue d'une détection précoce. En outre, sur demande de l'assureur, il avait été examiné à deux reprises par le Dr F_____, lequel avait retenu une aggravation de son état de santé dans son second rapport du 30 novembre 2015. L'OAI n'étant pas intervenu à ce moment-là pour limiter l'aggravation de son état de santé, il avait commis, selon l'assuré, un premier déni de justice. Par ailleurs, le droit à la rente prenant naissance à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré avait fait valoir son droit aux prestations, l'OAI avait commis un deuxième déni de justice, n'ayant pas encore statué ; dix mois s'étaient écoulés depuis sa demande de prestations du 29 octobre 2015. L'OAI avait ainsi violé le principe de la célérité, ce qui portait atteinte à ses droits fondamentaux. L'absence de décision depuis le 10 septembre 2016 lui engendrait des préjudices financiers.
40. Par courrier du 20 septembre 2016, l'assureur a demandé à l'OAI s'il avait rendu une décision, et invité ce dernier à lui soumettre un décompte de paiements rétroactifs en vue de l'examen d'une éventuelle surindemnisation.
41. Par courrier du 22 septembre 2016, l'OAI a répondu que le dossier de l'assuré était encore en étude auprès du SMR.
42. Dans sa réponse du 11 octobre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours en déni de justice. Il a argué que suite au dépôt de la demande de prestations le 30 octobre 2015, il avait envoyé, le 4 novembre 2015, les questionnaires topiques aux médecins traitants. Il les avait relancés en décembre 2015, puis périodiquement dès février 2016. En décembre 2015, il avait reçu le dossier de l'assureur, ainsi que l'expertise du Dr F_____ de novembre 2015. En février 2016, il avait réceptionné une partie des rapports des médecins traitants. En juillet 2016, le SMR avait été sollicité une nouvelle fois pour avis. Quant à l'assuré, il n'était pas joignable par téléphone, de sorte qu'il avait été convoqué par courrier du 21 mars 2016 dans le cadre de l'intervention précoce. Finalement, un entretien téléphonique avait été organisé, l'assuré ayant informé qu'il n'était pas en mesure de se déplacer. Les mesures d'intervention précoce avaient toutefois été closes, en raison de l'état de

santé de l'assuré. Ainsi, n'avait-il pas tardé à instruire le dossier, ni partant à statuer.

43. Par courrier du 19 octobre 2016, l'assuré a sollicité une prolongation du délai qui lui avait été accordé pour produire sa réplique (délai qui lui a été octroyé au 1^{er} décembre 2016). Il a également précisé avoir demandé à l'OAI de lui envoyer à son domicile toutes les pièces figurant dans son dossier.
44. Par pli du 3 novembre 2016, l'assuré a notamment produit son courrier du même jour, adressé à l'OAI, mettant celui-ci en demeure de lui faire parvenir son dossier avant le 8 novembre 2016, afin de pouvoir répliquer dans le délai fixé. Il a, en outre, reproché à l'OAI de pas lui avoir transmis les rapports du service de réadaptation des 24 (recte : 25) avril 2016 et 15 août 2016, et de ne pas lui avoir spécifié que son courrier du 21 mars 2016 visait une convocation dans le cadre d'une intervention précoce. Il a rappelé qu'il était marié et avait une famille à charge. Ainsi, depuis le 10 septembre 2016, l'absence de décision lui causait un préjudice économique.
45. Le 17 novembre 2016, l'OAI a versé au dossier son courrier du 10 novembre 2016, adressé à l'assuré, dans lequel le premier accusait réception des courriers du second datés des 7 et 9 novembre 2016 (lesquels ne figurant pas dans le dossier). L'OAI informait l'assuré qu'il ne pouvait lui envoyer directement les rapports d'expertise psychiatrique, et que la copie complète de son dossier serait envoyée au Dr D_____.
46. Dans sa réplique du 30 novembre 2016, l'assuré a indiqué que le Dr D_____ lui avait remis la copie complète de son dossier le 18 novembre 2016. Quand bien même l'OAI avait reçu tous les rapports établis par les médecins traitants, il n'avait pas encore statué. En particulier, neuf mois s'étaient écoulés depuis le dernier rapport médical du 18 mars 2016, et treize mois depuis sa demande de prestations. L'OAI avait reçu le « questionnaire pour l'employeur » le 2 mai 2016, soit six mois après l'avoir requis. Il avait toutefois laissé passer entre quarante-cinq à soixante jours entre les différents rappels pour obtenir ledit document complété. Ce laps de temps était exagérément long. L'assuré a ensuite expliqué que son état de santé s'était aggravé suite au refus de son employeur de le réintégrer en juillet 2015. À l'appui de son allégation, il a produit diverses correspondances qu'il avait échangées avec son employeur, ainsi qu'avec l'OCIRT. L'OAI aurait pu obtenir, selon l'assuré, des renseignements de la part du médecin-inspecteur du travail qui le suivait depuis plus d'un an suite à la demande d'intervention de l'OCIRT du 15 octobre 2014. De plus, l'assuré a souligné qu'il ne comprenait pas pourquoi l'OAI insistait pour recevoir un rapport de la part de la Dre E_____, puisque celui-ci savait que cette dernière avait été victime d'un accident et qu'elle ne répondait plus aux appels de l'assuré. Par ailleurs, dans son avis du 24 juin 2016, le SMR demandait sept mois après l'expertise du Dr F_____ de novembre 2015, soit tardivement, le dossier de l'assuré, ainsi que ladite expertise. Enfin, l'OAI ne

l'avait pas informé de l'évolution de son dossier, notamment, du contenu des rapports du service de réadaptation des 24 avril et 15 août 2016.

47. Dans sa duplique du 9 décembre 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
48. Dans son écriture spontanée du 10 février 2017, l'assuré a fait part de sa situation financière difficile, et sollicité que son recours soit tranché avant fin février 2017, à défaut de quoi il considérerait le silence de la chambre des assurances sociales comme un déni de justice.
49. Par courrier du 21 février 2017, la chambre des assurances sociales a informé l'assuré qu'elle rendrait un arrêt en principe dans le courant du mois de mars 2017.

EN DROIT

1. a. 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).

La compétence de la chambre de céans est dès lors établie pour connaître d'un recours pour déni de justice, étant précisé que c'est bien l'OAI qui est compétent pour l'enregistrement et l'examen de la demande de prestations AI présentée par le recourant (art. 40 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; ATAS/337/2015 du 5 mai 2015 consid. 3).

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

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.

Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA) et son recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B LPA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. L'objet du litige se limite à la question de savoir si un déni de justice est avéré dans le cas particulier.
3. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril

1999 (Cst. – RS 101) et par l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, du 4 novembre 1950 (CEDH – RS 0.101) (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2]). 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 (ATF 130 I 312 consid. 5.2; 125 V 188 consid. 2a), mais aussi la difficulté à élucider les questions de fait (expertises, par exemple; Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II « Les actes administratifs et leur contrôle », 2^{ème} éd., Berne 2002, p. 292 et la note n. 699; arrêt du Tribunal fédéral C.53/01 du 30 avril 2001 consid. 2b).

4. 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. Par ailleurs, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques « temps morts », qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'État d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 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 (arrêts du Tribunal fédéral C.53/01 du 30 avril 2001 consid. 2; I.819/02 du 23 avril 2003 consid. 2.1; ATF 124 V 133; 117 Ia 117 consid. 3a; 197 consid. 1c; 108 V 20 consid. 4c).
5. En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est 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 ; cette disposition est l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b).
6. La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (arrêt du Tribunal fédéral H.134/02 du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond ; elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90).
7. La chambre de céans a notamment admis un déni de justice dans les cas suivants :
 - dans un arrêt du 27 février 2014, elle avait constaté que plus de six ans s'étaient écoulés depuis la demande de prestations. Même s'il était

incontestable que la recourante avait contribué à rallonger la procédure (elle avait tardé à remettre les documents qui lui étaient réclamés), il était manifeste que le retard pris à ordonner une expertise (alors que le SMR avait signalé près d'une année et demie plus tôt qu'il fallait procéder à une nouvelle instruction médicale) n'était imputable qu'à l'administration (ATAS/246/2014);

- un déni de justice a été admis dans un cas où l'OAI n'avait rendu aucune décision plus de cinq ans après le dépôt de la demande de prestations, et avait notamment tardé à instruire le cas par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, le recourant ayant par ailleurs régulièrement pris contact avec l'intimé pour demander des nouvelles de son dossier. Le tribunal a notamment tenu compte du fait que l'OAI s'était contenté durant une année de requérir un rapport médical intermédiaire du médecin-traitant. Par la suite, il avait reçu le 16 juin 2010 un certificat du médecin-traitant et était dès ce moment en mesure d'instruire l'aggravation de l'état de santé du recourant, mais s'était contenté de requérir des rapports médicaux en août et octobre 2010 pour soumettre à nouveau le dossier au SMR. En mai 2011, l'OAI avait ordonné une expertise qui aurait pu être mise en œuvre plus tôt au vu des rapports médicaux recueillis entre juillet 2008 et décembre 2009. Enfin, l'OAI était en mesure de diligenter une expertise pluridisciplinaire depuis le 16 octobre 2012 mais avait attendu le 5 mars 2013 pour demander l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P, l'expertise n'ayant toujours pas eu lieu plus de huit mois après cet enregistrement (ATAS/1116/2013 du 18 novembre 2013) ;
 - un déni de justice a été admis dans le cas où l'OAI n'avait pas statué quarante-huit mois après le dépôt de la demande de prestations alors même qu'il était en possession de tous les éléments médicaux lui permettant soit de statuer sur le droit à la rente, soit de mettre en œuvre une expertise (ATAS/363/2013 du 17 avril 2013) et dans le cas où, plus de trois ans s'étaient écoulés depuis la demande de révision de l'assuré alors que l'OAI avait laissé le dossier de l'assuré plusieurs fois en suspens pendant plusieurs mois, sans justification (ATAS/786/2007 du 5 juillet 2007) ;
 - dans un arrêt du 29 juin 2011, un déni de justice a également été admis, l'OAI ayant considérablement ralenti la procédure, notamment en sollicitant à deux reprises l'avis du SMR au lieu de mettre en œuvre immédiatement une expertise neurologique ou pluridisciplinaire et en mandatant un expert en mai 2011, soit seize mois après l'arrêt de renvoi de la chambre de céans pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur révision (ATAS/665/2011).
8. a. En vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'art. 57 al. 3 LAI dispose que les offices AI fixent les mesures d'instruction déterminantes et nécessaires avant qu'une décision ne soit rendue. L'art. 69 al. 2 du

règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) prévoit que l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

b. Si un assuré peut certes refuser de se soumettre à des examens médicaux ou techniques qui ne sont pas nécessaires ou qui ne peuvent raisonnablement être exigés (art. 43 al. 2 LPGA), il ne saurait en revanche dicter à l'administration la façon dont elle doit instruire le cas, c'est-à-dire lui indiquer les actes d'instruction qu'elle doit accomplir ou ceux dont elle doit s'abstenir (arrêt du Tribunal fédéral 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 7).

9. En l'espèce, le recourant prétend que la passivité de l'intimé a duré treize mois, depuis le dépôt de sa demande de prestations du 30 octobre 2015, ce qui impliquerait, selon lui, un retard injustifié à statuer.
10. Au préalable, il convient d'explicitier l'application de l'art. 29 al.1 LAI, dont la teneur est citée par le recourant pour soutenir que l'intimé n'a pas respecté le principe de célérité. Selon cette disposition, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Contrairement à ce que paraît croire le recourant, ledit alinéa ne fixe pas un délai de six mois à l'intimé, suite au dépôt de la demande de prestations, pour rendre une décision. Cet alinéa détermine le début du droit à la rente, et doit se lire en corrélation avec l'art. 28 LAI et l'art. 29 LAI dans son ensemble. Ainsi, si un assuré peut prétendre à une rente (c'est-à-dire s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année [délai d'attente d'une année] sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins selon l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI), sa rente lui sera versée conformément à l'art. 29 al. 3 LAI (soit dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance), à condition qu'il ait présenté sa demande dans le délai de six mois avant l'expiration du délai d'attente d'une année. Si l'assuré dépose sa demande à l'office AI plus de six mois après le début de son incapacité de travail (ou du délai d'attente), il s'agit d'une demande tardive, ayant pour conséquence la perte du droit à la rente pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n. 2187-2190 ; Circulaire de l'office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, chiffres 2025 et 2027).
11. En l'espèce, trois jours ouvrables après le dépôt de la demande de prestations (le vendredi 30 octobre 2015), l'intimé a entrepris des démarches le (mercredi) 4 novembre 2015 pour obtenir des renseignements auprès de l'assureur, de l'employeur, des médecins traitants (les Drs E_____ et D_____), et du recourant.

À cet égard, contrairement à ce que prétend celui-ci, on ne saurait reprocher à l'intimé de ne pas avoir procédé à des investigations auprès de l'OCIRT (ou du médecin-inspecteur de travail), puisque l'intimé a eu connaissance de l'intervention de cet organisme une fois la mise en demeure du recourant le 6 juillet 2016. D'ailleurs, ce dernier ne saurait dicter à l'administration les actes d'instruction qu'elle doit accomplir, ce d'autant que si l'OCIRT s'adjoit les services d'un ou plusieurs médecins-inspecteurs du travail, en vue d'assurer le traitement des aspects médicaux liés à la prévention des risques professionnels (art. 3 al. 5 de la loi sur l'inspection et les relations du travail, du 12 mars 2004 (LIRT – RS/GE J 1 05), ledit médecin, dans le cas d'espèce, ne s'est pas prononcé sur la capacité (ou l'incapacité) de travail du recourant, facteur pourtant pertinent dans le domaine de l'assurance-invalidité (cf. échanges de correspondances entre le recourant et ledit médecin, produits dans le cadre de la réplique).

Quoi qu'il en soit, avant la mise en demeure du recourant le 6 juillet 2016, l'intimé n'est pas resté inactif. En effet, on ne saurait être aussi catégorique que le recourant pour calculer en jours les éventuels quelques temps morts, dus au fait que ni l'employeur, ni les médecins ne répondaient aux questionnaires que l'intimé leur avait remis en novembre 2015. Non seulement l'intimé a relancé à deux reprises le Dr D_____ les 18 décembre 2015 et 2 février 2016 (avant que celui-ci ne lui transmette son rapport le 17 février 2016), et à trois reprises la Dre E_____ (aux dates précitées, ainsi que le 1^{er} avril 2016), l'intimé a également pris contact, pour compléter l'instruction, avec l'assureur (cf. note du SMR du 21 décembre 2015 ; note du service de réadaptation des 13 janvier, 24 février et 5 juillet 2016 ; courrier de l'intimé du 7 juin 2016) et a tenté de faire de même avec le Dr H_____ le 14 mars 2016, en vain, avant de recevoir le rapport de ce dernier le 18 mars. L'intimé a également envisagé un entretien personnel avec le recourant le 25 avril 2016 en vue d'évaluer les éventuelles mesures à planifier dans sa situation (cf. courrier de l'intimé du 21 mars 2016), entretien qui a finalement eu lieu par téléphone suite à un échange de correspondances entre les parties, le recourant ayant indiqué ne pas être en mesure de se déplacer en raison de son état de santé. Lors de cet entretien, l'intimé lui a expliqué le cadre de l'intervention précoce et les mesures possibles, et le recourant a spécifié vouloir en discuter au préalable avec son médecin avant de se déterminer (cf. rapport du service de réadaptation du 25 avril 2016). Or, il n'est pas revenu vers l'intimé à ce sujet. Aussi l'argument du recourant, selon lequel l'intimé aurait commis un premier déni de justice, n'étant pas intervenu dans le cadre d'une détection précoce, tombe-t-il à faux. On ajoutera que, conformément à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA, le recourant aurait pu demander à consulter son dossier en cours d'instruction, si bien que la critique qu'il formule dans sa réplique à l'égard de l'intimé, - celui-ci ne l'ayant pas informé du contenu des rapports du service de réadaptation des 25 avril et 15 août 2016 -, ne saurait être suivie.

Si l'on peut reprocher au SMR d'avoir noté dans son avis du 24 juin 2016 qu'en vue d'instruire correctement le dossier, il sollicitait la dernière expertise du Dr F_____, alors que dans le même avis, il rappelait les diagnostics posés par ce médecin dans ses deux rapports (y compris le dernier), force est cependant de constater que le SMR a estimé (dans cet avis) que le rapport du Dr D_____ (généraliste) du 17 février 2016 était incomplet. Vu l'atteinte psychiatrique alléguée par le recourant, l'impossibilité de la Dre E_____ à répondre au questionnaire requis (dont les informations auraient été utiles, puisqu'étant la psychiatre du recourant, elle a certifié l'incapacité totale de travail jusqu'à fin novembre 2015), et l'appréciation divergente du Dr F_____ dans ses deux rapports des 13 avril 2015 et 30 novembre 2015 quant à la capacité de travail du recourant, l'interpellation du SMR, une seconde fois, en juillet 2016 apparaît justifiée.

Force est ainsi de constater que l'instruction n'a pas été clôturée, à juste titre, compte tenu des points qui méritent encore des clarifications.

Dans ces conditions, on ne saurait conclure à l'existence d'un déni de justice, treize mois après le dépôt de la demande de prestations.

12. Ainsi, le recours doit être rejeté.
13. La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales et, pour information, à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, par le greffe le