

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1336/2014

ATAS/942/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 août 2014**

**4ème Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à VÉSENAZ, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO,  
Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Par décision du 24 avril 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a octroyé à Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1968, un quart de rente d'invalidité avec effet au 2 mai 2005, en raison des séquelles d'un accident de circulation survenu le 24 novembre 2003.
2. Le 4 septembre 2007, l'assurée a sollicité la révision de son droit à la rente, invoquant une aggravation de son état de santé.
3. L'OAI, par décision du 18 décembre 2007, a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision. Le recours interjeté par l'assurée a été rejeté par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS ; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Cour de Justice, Chambre des assurances sociales) du 30 avril 2009.
4. Par arrêt du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Tribunal fédéral a annulé cette décision et renvoyé la cause au TCAS, afin qu'il analyse la situation au regard de l'avis de la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 16 décembre 2008 et statue à nouveau.
5. Par arrêt du 16 septembre 2010 (ATAS/948/2010), le TCAS a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI afin qu'il entre en matière sur la demande de révision déposée par l'assurée, considérant que la recourante avait rendu plausible une aggravation de son état de santé.
6. A réitérées reprises, la recourante a demandé à l'OAI d'exécuter le jugement cantonal et de lui octroyer une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 60 %. Dans un premier temps, l'OAI lui a répondu que son dossier était auprès du Service médical régional AI (SMR) pour examen, puis qu'une évaluation sous forme d'expertise était indispensable. L'assurée s'y est opposée, considérant que son dossier était suffisamment instruit puisque le TCAS avait admis la valeur probante du rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_. Les parties n'étant pas parvenues à s'entendre, notamment sur la période devant faire l'objet de l'investigation envisagée, l'expertise prévue le 26 avril 2011 a été annulée.
7. Le 20 octobre 2011, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un premier recours pour déni de justice, concluant par ailleurs à la condamnation de l'OAI à lui verser trois-quarts de rente à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2007 et à ouvrir sans tarder une nouvelle procédure de révision concernant l'aggravation de son état de santé depuis décembre 2010.
8. Par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2012 (ATAS/63/2012), la chambre de céans a admis le recours pour déni de justice et invité l'intimé à rendre sans délai une décision incidente concernant la mise en oeuvre de l'expertise contestée.
9. Le 5 mars 2012, l'OAI a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral, concluant à l'annulation de l'arrêt précité. Il estimait incompréhensible que la Cour de céans ait admis l'existence d'un déni de justice et mis les dépens à sa charge. Par arrêt du 7 septembre 2012 (9C\_205/2012), le Tribunal fédéral a déclaré le recours irrecevable.

La Haute Cour a jugé que l'OAI ne pouvait pas prétexter de sa condamnation au paiement des dépens pour invoquer un dommage irréparable - à propos duquel l'argumentation faisait totalement défaut - et critiquer le point principal de la décision incidente. Le Tribunal fédéral ne voyait pas en outre en quoi le fait de devoir rendre une décision (que ce soit sur la demande de révision ou sur la réalisation d'une expertise) - que l'OAI serait de toute façon amené à prendre - constituerait pour lui un préjudice irréparable.

10. Dans l'intervalle, plusieurs échanges de courriers et courriels ont eu lieu entre les parties, tant à propos de l'expertise envisagée que de la rente à laquelle l'assurée considérait avoir droit dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007.
11. Lors d'un entretien téléphonique du 2 mai 2012 avec l'OAI, le conseil de l'assurée a fait valoir que ce dernier était en mesure de statuer sur la base du rapport d'expertise attestant d'une aggravation de son état de santé et que l'assurée s'opposait à ce qu'il ordonne de nouvelles mesures d'instruction médicale sur des questions qui avaient déjà été investiguées. L'assurée n'était pas par principe opposée à toute expertise, mais à la condition que l'OAI explique en quoi celle-ci était nécessaire.
12. Le 29 mai 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un avis du Service médical régional AI (ci-après SMR) du 21 mai 2012, signé par la Dresse C\_\_\_\_\_, aux termes duquel le seul rapport du docteur D\_\_\_\_\_, médecin traitant, n'était pas suffisant pour déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée. Le SMR estimait nécessaire d'avoir une évaluation pluridisciplinaire ainsi qu'une évaluation professionnelle des répercussions entraînées par les séquelles de l'accident, afin d'évaluer si une capacité résiduelle existait dans une activité adaptée et si des empêchements ménagers devaient être pris en compte. Une instruction médicale complémentaire était ainsi indiquée, sous la forme d'une expertise auprès de la Clinique romande de réadaptation, qui pourra prendre en compte l'ensemble des atteintes à la santé, que ce soit sur le plan ostéoarticulaire, ORL, neuropsychologique ou psychique.
13. Par courrier adressé à l'OAI en date du 1<sup>er</sup> juin 2012, l'assurée a fait part de sa perplexité au sujet de l'avis du SMR, qui ne répondait toujours pas à la question posée. L'examen de sa capacité ménagère n'avait aucun sens car elle avait un statut d'active, sa profession exercée était adaptée et le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2008 répondait à l'ensemble des questions. Or, ce rapport n'avait jamais été contesté par l'OAI et sa pleine valeur probante avait été constatée par le TCAS. Elle a reproché à l'OAI de persister à ignorer cette expertise et l'a invité une dernière fois à lui octroyer sans délai la rente d'invalidité basée sur un taux de 60 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007.
14. Par acte du 31 août 2012, sans réponse de l'OAI, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un deuxième recours pour déni de justice, motif pris que sa demande de

---

révision datait de cinq ans, que par arrêt du 16 septembre 2010, le TCAS lui avait ordonné d'entrer en matière sur sa demande, puis, par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2012, lui avait ordonné de rendre sans délai une décision sur la question litigieuse de l'expertise, et que l'OAI n'avait toujours rien entrepris depuis plus de six mois. Au demeurant, si l'OAI avait recouru devant le Tribunal fédéral, il n'avait pas contesté devoir rendre une décision incidente et n'avait pas non plus demandé d'effet suspensif. Il était manifeste que l'OAI persistait dans le déni de justice par son inaction prolongée et compte tenu de la situation exceptionnelle, elle demandait à ce que la chambre de céans statue à sa place. Elle a conclu, sous suite de dépens, principalement à la condamnation de l'intimé à rendre sans délai une décision lui allouant trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, sous la menace des peines prévues à l'art. 292 CP, subsidiairement à l'admission du recours pour déni de justice, à la constatation que l'intimé n'était pas fondé à ordonner une nouvelle expertise médicale, à sa condamnation à rendre sans délai une décision sur la demande de révision, sous la menace des peines prévues à l'art. 292 CP ; plus subsidiairement, elle a conclu à l'admission du recours pour déni de justice et à la condamnation de l'intimé à rendre sans délai une décision incidente sur la question de l'expertise, sous la menace des peines prévues à l'art. 292 CP.

15. Le 17 octobre 2012, l'OAI a communiqué à la chambre de céans copie de sa décision incidente rendue le 16 octobre relative à l'expertise médicale polydisciplinaire et a conclu à ce qu'aucun déni de justice ne soit admis.
16. Invitée à se déterminer, l'assurée a maintenu son recours, à l'exception de sa conclusion plus subsidiaire.
17. Par arrêt du 14 novembre 2012 (ATAS/1371/2012), la chambre de céans a admis le deuxième recours pour déni de justice. Elle a d'abord rappelé avoir jugé par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2012 qu'au vu du désaccord entre les parties quant à la mise en œuvre d'une expertise, l'OAI devait rendre sans tarder une décision incidente. Elle a ensuite estimé que l'OAI avait violé le principe de célérité, nonobstant sa décision du 17 octobre 2012 (*recte* : 16 octobre 2012), invoquant à tort son recours devant le Tribunal fédéral pour ne pas statuer. En cas de désaccord quant au choix de l'expert et des questions à lui poser, l'OAI devait rendre une décision formelle. Or, il ne s'était toujours pas exécuté, onze mois après la requête de la recourante et plus de huit mois après l'arrêt de la chambre de céans, ce qui était déraisonnable s'agissant d'une décision incidente devant être rendue rapidement.
18. Par acte du 21 novembre 2012, l'assurée a interjeté recours contre la décision incidente rendue par l'OAI le 16 octobre 2012, concluant à son annulation, subsidiairement à ce que la mission d'expertise se limite à la seule question de savoir si son état de santé et/ou sa capacité de travail raisonnablement exigible s'étaient péjorés notablement depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007. Elle a fait valoir en substance que l'expertise de la Dresse B\_\_\_\_\_ répondait à toutes les questions qui, selon le SMR, devaient encore être investiguées, de sorte que l'OAI était en mesure de statuer sur son dossier et que l'expertise qu'il avait ordonnée était inutile.

19. Par réponse du 20 décembre 2012, l'OAI a exposé qu'il était tenu de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il était nécessaire de clarifier les aspects médicaux, ce qui était le cas en l'espèce. En outre, le rapport d'expertise privée de la Dresse B\_\_\_\_\_ ne pouvait guère remplacer une expertise pluridisciplinaire, les limitations fonctionnelles n'étaient pas clairement établies et les pièces médicales contradictoires. Enfin, il s'était conformé à la nouvelle procédure relative à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire selon le principe aléatoire, par le biais de la plateforme SuisseMED@P.
20. Par réplique du 18 janvier 2013, l'assurée a persisté dans les conclusions de son recours.
21. Par duplique du 4 février 2013, l'OAI a maintenu sa position. Il a exposé que les retards pris dans le dossier étaient dus au fait que l'assurée avait multiplié les procédures judiciaires et utilisé toutes les possibilités pour ne pas se soumettre à l'expertise qu'il tentait de mettre en œuvre depuis de nombreuses années, ce qui constituait une opposition parfaitement abusive. Rien ne justifiait une critique aussi véhémente de l'OAI, qui avait simplement instruit la demande de révision conformément à la loi, et cette nouvelle procédure ne ferait que retarder encore l'instruction de cette demande.
22. Par arrêt du 13 mars 2013 (ATAS/261/2013), la chambre de céans a admis partiellement le recours. Elle a jugé que l'OAI n'avait pas violé le droit en ordonnant une expertise pluridisciplinaire, mais, au vu des griefs soulevés par la recourante, a modifié le contenu de la mission d'expertise et reformulé les questions destinées aux experts.
23. Par courrier du 18 mars 2013, l'OAI a sollicité une nouvelle notification de l'arrêt du 13 mars 2013, dès lors que celui-ci ne mentionnait pas les voies de droit. Le 22 mars 2013, la Présidente de la chambre de céans l'a informé que cette absence découlait de la jurisprudence, de sorte qu'il ne serait pas procédé à une nouvelle notification.
24. Par courrier du 16 avril 2013, le conseil de l'assurée a prié l'OAI de donner suite sans délai à l'arrêt du 13 mars 2013, qui était exécutoire.
25. Par message électronique du 20 juin 2013, une collaboratrice de l'OAI a demandé à la Dresse C\_\_\_\_\_ de lui indiquer les disciplines à investiguer en vue d'inscrire l'assurée sur la plateforme SuisseMED@P, l'avis du SMR du 21 mai 2012 ne les stipulant pas clairement. Elle a précisé que le dossier était sensible, dans la mesure où le conseil du recourant avait interjeté de nombreux recours.
26. Par message électronique du 5 juillet 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ a répondu que les disciplines à investiguer étaient la médecine interne, l'orthopédie, la rhumatologie, la neuropsychologie et la psychiatrie, conformément à son avis du 21 mai 2012.
27. Par courrier du 23 août 2013, le conseil de l'assurée a déploré que l'expertise confirmée dans l'arrêt du 13 mars 2013 n'ait toujours pas été mise sur pied, cinq

mois après la décision précitée, et a fixé à l'OAI un ultime délai au 15 septembre 2013 pour y remédier. Si l'expertise n'était pas mise en œuvre dans le délai imparti, il déposerait un nouveau recours pour déni de justice.

28. Par pli du 27 août 2013, l'OAI a informé le conseil de l'assurée que le dossier avait été introduit dans la plateforme SuisseMED@P. Cependant, le centre d'expertise était désigné au hasard comme le prévoyait la loi, et l'OAI ignorait combien de temps prendrait cette désignation. Il informerait l'assurée du lieu, de la date et de l'identité des experts dès qu'il en aurait connaissance.
29. Par courrier du 3 septembre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a prié l'OAI de lui indiquer quand son dossier avait été introduit dans la plateforme SuisseMED@P. Elle persistait pour le surplus dans les termes de son courrier du 23 août 2013.
30. Par courrier du 12 septembre 2013, l'OAI a répondu que les offices AI étaient tenus dès le 1<sup>er</sup> mars 2012 de confier les mandats d'expertises médicales pluridisciplinaires par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P, laquelle les attribuait de manière aléatoire. Compte tenu de la surcharge des centres intégrés dans cette plateforme, les délais d'attente pouvaient être importants et dépendaient, comme en l'espèce, de la disponibilité des spécialistes. L'OAI n'avait toutefois aucun moyen d'accélérer ce processus d'attribution qui ne dépendait pas de son organisation interne. Par ailleurs, le mandat avait été enregistré en juillet 2013, mais l'OAI était toujours en attente des coordonnées du centre d'expertise qui serait désigné.
31. Par pli du 16 septembre 2013, le conseil de l'assurée a fait valoir qu'il était inacceptable d'avoir attendu le mois de juillet 2013 pour enregistrer sa mandante dans la plateforme SuisseMED@P, alors que l'arrêt du tribunal de céans datait du 13 mars 2013. L'OAI était prié de lui donner rapidement des nouvelles de l'expertise.
32. Par courrier du 9 octobre 2013, l'OAI a réitéré avoir enregistré la demande d'expertise dans la plateforme SuisseMED@P en juillet 2013, et a confirmé avoir invité la Caisse cantonale genevoise de compensation à procéder au versement des dépens.
33. Par pli du 6 mars 2014, le conseil de l'assurée a imparti un ultime délai à l'OAI au 30 avril 2014 pour mettre en œuvre l'expertise stipulée dans l'arrêt du 13 mars 2013. À défaut, il saisirait le tribunal d'un nouveau recours pour déni de justice.
34. Par courrier du 30 avril 2014, l'OAI a expliqué qu'il n'avait toujours pas connaissance du centre d'expertise, de sorte qu'il se référait à sa correspondance du 12 septembre 2013.
35. Par acte du 12 mai 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté un troisième recours pour déni de justice, concluant, sous suite de dépens, à la constatation d'un déni de justice et à la condamnation de l'intimé à la mise en

œuvre sans délai d'une expertise pluridisciplinaire, sous menace des peines prévues à l'art. 292 du Code pénal. Elle a déploré l'attitude inadmissible de l'OAI à son égard, dès lors qu'elle avait déposé sa demande de révision plus de sept ans auparavant et avait systématiquement dû agir en justice pour obtenir le moindre avancement de son dossier. Il s'agissait de son troisième recours pour déni de justice, les deux premiers ayant obtenu gain de cause. En vertu de l'arrêt du 13 mars 2013, il incombait seulement à l'intimé d'ordonner une expertise pluridisciplinaire et de choisir des experts. Cependant, cela n'était toujours pas fait plus d'un an après cet arrêt et malgré ses interpellations répétées. Enfin, au vu de la teneur du courrier de l'intimé du 30 avril 2014, stipulant qu'il ignorait quel centre d'expertise serait désigné et renvoyant à son courrier du 12 septembre 2013, ce dernier n'avait manifestement aucune intention de faire avancer l'instruction, en violation de l'arrêt du 13 mars 2013.

36. Par réponse du 10 juin 2014, l'OAI (ci-après l'intimé) a conclu au rejet du recours, motif pris qu'il n'avait commis aucun déni de justice. En effet, il s'était conformé à la procédure légale, notamment en introduisant le mandat dans la plateforme SuisseMED@P. Il ne pouvait donner aucune instruction à l'intention du MED@P ni lui soustraire de mandat, sous peine de violer le principe du choix aléatoire. On ne pouvait pas lui reprocher un déni de justice pour les retards induits par cette procédure, sur laquelle il n'avait pas d'influence. En outre, compte tenu du délai de recours au Tribunal fédéral, des fêtes pascales, de la consultation au SMR pour déterminer les volets de l'expertise et des démarches administratives, il avait procédé promptement à l'enregistrement du dossier dans la plateforme MED@P en juillet 2013, ce qui ne correspondait pas au délai de quatre mois déploré par la recourante. Par ailleurs, l'argument selon lequel il lui incombait seulement de choisir les experts et mettre sur pied l'expertise était erroné au vu de la jurisprudence. Enfin, il se prévalait de l'arrêt de la chambre de céans du 26 février 2014 (ATAS/237/2014) et estimait que l'attitude inadmissible stigmatisée par la recourante ne pouvait lui être imputée, au vu du dossier et notamment de sa duplique du 4 février 2013.
37. Par réplique du 23 juin 2014, la recourante a persisté dans les termes de son recours, et a requis la production de tout document lié à l'enregistrement de son dossier dans la plateforme MED@P.
38. Par duplique du 4 juillet 2014, l'intimé a persisté dans sa réponse, et a transmis à la chambre de céans copie d'un message électronique du même jour, émanant de la Dresse C\_\_\_\_\_ et l'informant que le dossier de la recourante avait été introduit dans la base SuisseMED@P le 9 juillet 2013. Un extrait de la base SuisseMED@P est intégré au message, mentionnant le numéro d'assuré, le nom du gestionnaire du dossier, la date de la procédure d'attribution du mandat et son numéro.
39. Par observations du 17 juillet 2014, la recourante a fait valoir que l'intimé n'avait pas respecté la procédure MED@P, dès lors qu'il ne l'avait pas informée des disciplines médicales prévues, et ne lui avait pas transmis une liste des questions ni

mentionné la possibilité de soumettre des questions supplémentaires, contrairement à ce que prévoyait la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) et son annexe V. C'est seulement en découvrant un message électronique du SMR dans le cadre de son recours qu'elle avait obtenu ces informations. Comme l'intimé avait omis de l'informer avant l'introduction du dossier dans la plateforme MED@P, l'instruction devait être reprise dès le début afin de respecter son droit d'être entendu. Elle contestait la nécessité de réaliser une expertise aussi étendue, car seuls les volets neurologie-neuropsychologie et psychiatrie s'imposaient vu ses atteintes, de sorte que la procédure MED@P avait été suivie à tort. L'expertise du CEMED du 17 janvier 2006 n'abordait de surcroît pas les volets orthopédie et rhumatologie, et l'accumulation de spécialités retardait la procédure. Le document du 4 juillet 2014 ne l'éclairait pas sur le mandat concrètement introduit dans la plateforme MEDAP ni sur les disciplines prévues. Enfin, l'intimé avait commis un déni de justice en introduisant son dossier seulement le 9 juillet 2013, et aucun argument ne justifiait ce retard. L'intimé n'avait pas pu envisager de recourir au vu du dispositif de l'arrêt du 13 mars 2013, sa consultation au SMR s'était limitée à un courriel, et ses « démarches administratives » se rapportaient vraisemblablement au document du 4 juillet 2014. Par ailleurs, ce dernier conservait certaines compétences même s'il ne pouvait intervenir dans le choix de l'expert, de sorte qu'il ne pouvait se décharger de ses responsabilités sur la plateforme SuisseMED@P. Il n'avait jamais interpellé la plateforme malgré le temps écoulé, si bien qu'aucun centre d'expertise n'avait été désigné un an et demi après l'arrêt du 13 mars 2013.

À l'appui de ses observations, la recourante a annexé copie de son courrier du 17 juillet 2014 à l'intimé, dans lequel elle a fait valoir que seuls les volets neurologie-neuropsychologie et psychiatrie devaient être investigués, de sorte que la procédure MED@P ne devait pas être suivie et qu'elle invitait l'intimé à réduire le mandat d'expertise.

40. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

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

---

Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

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

3. Dans ses dernières écritures du 17 juillet 2014, la recourante fait valoir que l'intimé n'aurait pas respecté la procédure MED@P, en omettant de l'informer des disciplines médicales prévues, de la liste des questions à poser aux experts et de la possibilité de soumettre des questions supplémentaires, contrairement à ce que stipule la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI). Compte tenu de ces omissions, l'instruction devrait être reprise dès le début afin de respecter son droit d'être entendu. Elle conteste également l'étendue de l'expertise prévue par l'intimé et l'applicabilité de la procédure SuisseMED@P au cas d'espèce.

Lorsque l'assuré interjette recours pour déni de justice, seuls le refus de statuer ou le retard à statuer constituent l'objet du litige soumis au tribunal des assurances et non les droits ou les obligations du droit de fond, sur lesquels l'intéressé a demandé expressément à l'assureur de se prononcer (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 328/03 du 23 octobre 2003 consid. 4.2 et K 55/03 consid. 2.4; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, ch. 12 et 13 ad art. 56). En procédure fédérale subséquente (art. 62 al. 1 LPGA), l'objet du litige est également limité au refus de statuer ou au retard à statuer de l'assureur, à l'exclusion des droits ou obligations du droit de fond (arrêt I 328/03 précité consid. 1.3).

Comme cela découle du considérant qui précède, l'objet du litige porte en l'espèce uniquement sur le retard à statuer. Dans la mesure où plusieurs griefs soulevés par la recourante le 17 juillet 2014 sont sans rapport avec cette problématique, ils excèdent l'objet du litige. Partant, ils ne peuvent être examinés dans le cadre de la présente procédure.

4. a. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). A cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à

accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", 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'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié ; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2 ; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1 ; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c).

En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61).

La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 Arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90).

b. Dans un cas où l'OAI, à la suite d'un jugement du Tribunal cantonal des assurances du canton du Valais du 25 avril 2003, avait rendu de nouvelles décisions le 17 mars 2004, soit un peu moins de onze mois plus tard, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) a considéré que l'OAI n'avait pas commis de déni de justice et qu'en conséquence des dépens ne se justifiaient pas en faveur du recourant. Il s'agissait d'un cas où le montant de la rente devait être calculé à nouveau par l'OAI, les prétentions en compensation du service social devaient faire l'objet d'une instruction complémentaire et 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).

Dans une autre cause en matière d'assurance-invalidité, le TFA a jugé que bien que l'on puisse considérer que la limite du tolérable pour un litige de cette nature était proche, un laps de temps de 15 mois entre le recours auprès de la commission de recours AVS/AI et le recours pour déni de justice au TFA n'apparaissait pas excessif au point de constituer un retard injustifié prohibé et cela en dépit de l'exigence de célérité qui ne peut l'emporter sur la nécessité d'une instruction complète et de l'enjeu de la cause pour l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/02 du 23 avril 2003).

Dans un arrêt ATAS 237/2014 du 26 février 2014, la chambre de céans a également nié l'existence d'un déni de justice, dans un cas où l'OAI avait informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale polydisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et orthopédique), et où aucune décision quant au centre d'expertise désigné n'était encore intervenue dix mois plus tard, au moment du recours. En effet, l'introduction du mandat dans le système SuisseMED@P avait été effectué moins de dix jours après la communication à la recourante. En outre, si un délai de près d'une année pour l'attribution d'un mandat par le biais de cette plateforme apparaissait excessif, ce retard n'était en l'occurrence pas imputable à l'intimé.

c. En revanche, dans un arrêt ATAS/859/2006 du 2 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après TCAS) a admis que la décision de l'OAI intervenue cinq mois après un arrêt du TCAS, lequel rétablissait simplement la rente que l'OAI avait supprimée, était tardive, ledit retard constituant un déni de justice dès lors qu'aucune instruction complémentaire n'était nécessaire de la part de l'administration, hormis l'envoi d'un formulaire de compensation.

Le TCAS a aussi jugé qu'un déni de justice devait être considéré comme établi quand l'assureur-maladie ne s'était pas formellement prononcé deux ans et demi après une demande de remboursement (ATAS/354/2007). Il en a jugé de même dans le cas d'un recourant qui était sans nouvelle de l'office cantonal de l'assurance-invalidité vingt et un mois après le dépôt d'une demande de révision (ATAS/860/2006), dans celui d'un assuré qui avait attendu dix-huit mois après que la cause ait été renvoyée à l'office pour nouvelle décision suite à l'admission partielle de son recours (ATAS/62/2007) ou encore dans celui où l'OAI, 9 mois après un jugement lui ordonnant de mettre en place une expertise, n'avait pas encore entrepris de démarches en ce sens (arrêt du 10 mai 2005 ATAS/430/2005).

Un déni de justice a été constaté dans le cas où l'OAI avait attendu 14 mois depuis l'opposition pour mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire à laquelle la recourante avait conclu d'emblée, dès lors que cette mesure d'instruction devait être prise sans tarder, l'intimé reconnaissant d'ailleurs que la mise sur pied d'une expertise multidisciplinaire prendrait plusieurs mois (ATAS/484/2007 du 9 mai 2007) et dans le cas où l'OAI avait ordonné un complément d'expertise 17 mois après avoir obtenu les renseignements des médecins-traitants (ATAS/860/2006 du 2 octobre 2006).

Enfin, 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 prestation, 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 oeuvre 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).

5. Pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le Conseil fédéral a introduit le nouvel art. 72bis du Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), en vigueur depuis le 1er mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois, ou plus de trois, disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans ce même ordre d'idées, l'OFAS a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises doivent remplir depuis le 1er mars 2012, qui comprennent d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Il a également élaboré une convention et émis un nouveau tarif (cf. documents disponibles sur [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)).

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

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

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

Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser

l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse.

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

6. a. La recourante se plaint d'un déni de justice, soutenant en substance que l'intimé tarde à exécuter l'arrêt du 13 mars 2013 puisqu'il n'a toujours pas ordonné d'expertise pluridisciplinaire ni choisi d'experts, plus d'un an après celui-ci. Dans ses dernières écritures, elle souligne en particulier que l'intimé aurait commis un déni de justice en introduisant tardivement son dossier dans la plateforme SuisseMED@P le 9 juillet 2013. Sa demande de révision date en outre d'il y a près de sept ans et l'intimé n'aurait pas l'intention d'entreprendre quoi que ce soit pour faire avancer l'instruction.

Pour sa part, l'intimé fait valoir qu'il s'est conformé à la procédure MED@P en introduisant le mandat sur la plateforme informatique. Il estime avoir effectué cette dernière démarche rapidement, compte tenu des fêtes judiciaires, du délai de recours, de sa consultation au SMR pour déterminer les volets de l'expertise et de ses démarches administratives. On ne saurait lui reprocher les retards induits par cette procédure, qui sort de sa sphère d'influence. Enfin, il se prévaut de la jurisprudence de la chambre de céans (ATAS/237/2014 du 26 février 2014).

En l'occurrence, suite à la notification de l'arrêt de la chambre de céans du 13 mars 2013, l'intimé a d'abord sollicité une deuxième notification de cet arrêt complété des voies de recours, laquelle a été refusée par la Présidente de la chambre de céans. Après avoir été invité par la recourante, en date du 16 avril 2013, à donner suite sans délai à l'arrêt précité, l'intimé a demandé le 20 juin 2013 au SMR de lui indiquer les disciplines à investiguer en vue d'inscrire le dossier sur la plateforme SuisseMED@P. Le 5 juillet 2013, la Dresse C\_\_\_\_\_ lui a répondu que ces disciplines étaient la médecine interne, l'orthopédie, la rhumatologie, la neuropsychologie et la psychiatrie, conformément à son avis du 21 mai 2012. L'intimé a inscrit le dossier dans la plateforme susmentionnée le 9 juillet 2013. Un échange de correspondance est ensuite intervenu entre les parties du 23 août 2013 au 6 mars 2014, lors duquel la recourante a sollicité plusieurs fois la mise en œuvre de l'expertise et a déploré son enregistrement tardif sur la plateforme SuisseMED@P (cf. courriers de la recourante des 23 août, 3 septembre, 16 septembre 2013 et 6 mars 2014 ; de l'intimé des 27 août, 12 septembre, 9 octobre 2013 et 30 avril 2014). Enfin, l'assurée a interjeté recours le 12 mai 2014.

La chambre de céans relève que l'intimé a introduit le mandat d'expertise n°8251 dans la plateforme SuisseMED@P le 9 juillet 2013, soit près de quatre mois après la notification de l'arrêt du 13 mars 2013. Ce retard n'est pas justifié par la complexité de l'affaire, dès lors qu'il lui appartenait uniquement de déterminer les volets de l'expertise pluridisciplinaire et d'inscrire le dossier sur la plateforme informatique précitée. Il n'est pas davantage lié à un quelconque délai de recours,

aux fêtes judiciaires ou à des démarches administratives, contrairement à ce que soutient l'intimé, puisque celui-ci a été informé que l'arrêt du 13 mars 2013 n'était pas susceptible de recours et qu'il n'a de surcroît entrepris aucune démarche administrative hormis son message électronique au SMR du 20 juin 2013. En outre, l'intimé a été invité par la recourante (cf. courrier du 16 avril 2013) à donner suite sans délai à l'arrêt de la chambre de céans, de sorte qu'on pouvait s'attendre à ce qu'il entreprenne rapidement les démarches nécessaires pour inscrire son dossier dans la plateforme SuisseMED@P, ce d'autant plus que des retards étaient déjà intervenus dans l'instruction de la demande de révision déposée par la recourante en 2007, sanctionnés par deux arrêts de la chambre de céans (cf. ATAS/63/2012 et ATAS/1371/2012 des 1<sup>er</sup> février et 14 novembre 2012), et que l'intimé connaissait la longueur des délais pour la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. À cet égard, on précisera qu'au jour de sa réponse, le 10 juin 2014, la désignation d'un centre d'expertise n'avait manifestement pas encore eu lieu, onze mois après l'inscription dans la plateforme SuisseMED@P.

Partant, au vu des circonstances du cas d'espèce, l'intimé a violé le principe de célérité en introduisant tardivement le mandat d'expertise n° 8251 dans la plateforme précitée. Pour ce motif déjà, la chambre de céans doit ainsi constater une nouvelle fois que l'intimé a commis un déni de justice, que la recourante a un intérêt à faire constater.

On relèvera à l'attention de l'intimé que le cas particulier se distingue de l'arrêt dont il se prévaut (ATAS/237/2014 du 26 février 2014), dans lequel l'introduction du mandat sur la plateforme SuisseMED@P était intervenue moins de dix jours après la communication à l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (cf. arrêt précité, consid. 4). Il n'y a pas lieu de se fonder sur cet arrêt, puisque l'enregistrement du mandat est intervenu en l'espèce sensiblement plus tard, sans justification.

b. En revanche, les conclusions de la recourante tendant à « intimer à l'Office de l'assurance-invalidité de mettre en place une expertise pluridisciplinaire sans délai », sous la menace des peines prévues à l'art. 292 CP, doivent être rejetées.

En effet, la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire suppose l'attribution aléatoire du mandat d'expertise par le biais de la plateforme SuisseMED@P, conformément à l'art. 72bis RAI. Or, dans la mesure où cette attribution ne s'opère que parmi les centres d'expertises qui bénéficient de capacités libres dans les disciplines médicales voulues et sont en mesure de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée (cf. Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2010, annexe V, p. 99), elle repose sur des critères qui dépendent des centres d'expertise eux-mêmes et sur lesquels l'intimé n'a pas directement d'influence. Par conséquent, il n'y a pas lieu de condamner l'intimé à mettre en œuvre « sans délai » une expertise pluridisciplinaire.

Cela étant, la chambre de céans s'étonne, ainsi que le fait remarquer la recourante, que l'intimé n'ait jamais interpellé les responsables de la plateforme SuisseMED@P afin de tenter d'accélérer la procédure ou du moins de s'enquérir des raisons expliquant qu'un centre d'expertise n'ait pas encore pu être désigné dans le cas d'espèce, ceci malgré les nombreux mois écoulés depuis l'introduction du mandat sur la plateforme et les divers courriers qui lui ont été adressés par l'assurée (cf. courriers des 16 avril, 23 août, 3 septembre, 16 septembre 2013 et 6 mars 2014).

Partant, il conviendra que l'intimé interpelle les responsables de cette plateforme puis, dès réception du rapport d'expertise pluridisciplinaire, statue dans les meilleurs délais sur la demande de révision, compte tenu de la durée déjà importante écoulée depuis son dépôt en septembre 2007.

7. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis.
8. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

Au vu de la nature du litige, la procédure est gratuite (art. 69 al.1bis LAI a contrario).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable dans le sens des considérants.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Dit que l'intimé a commis un déni de justice dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
5. Dit qu'il n'est pas perçu d'émolument.
6. 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

Juliana BALDÉ

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