

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1463/2013

ATAS/1231/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 10 décembre 2013**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, domicilié à VERNIER, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître MAUGUE Eric

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur C\_\_\_\_\_, né en 1948, exerçant le métier de maçon, a été victime d'un accident le 7 mars 1994 avec perforation du globe oculaire de l'œil droit et cataracte consécutive.
2. Par décisions des 17 février et 14 avril 1998, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mars 1995.
3. Dans le cadre d'une procédure de révision effectuée suite à une dénonciation, deux expertises ont été réalisées par le Docteur L\_\_\_\_\_, ophtalmologue, et par le Dr M\_\_\_\_\_, neurologue.
4. Par décision du 3 novembre 2010, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré avec effet au 7 novembre 2008.
5. Par arrêt du 31 janvier 2012, la Chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré et annulé la décision du 3 novembre 2010.
6. Par arrêt du 21 août 2012, le Tribunal fédéral a, sur recours de l'OAI, considéré que la cause n'était pas encore en état d'être jugée vu l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Il a ainsi annulé l'arrêt de la Chambre de céans du 31 janvier 2012, ainsi que la décision de l'OAI du 3 novembre 2010, et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, celle-ci devant « être reprise au plan ophtalmologique avec l'apport des données médicales complètes de l'assureur-accidents et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ophtalmologique, au besoin, complétée d'un concilium pluridisciplinaire avec l'expert neurologue. ».
7. Le 9 octobre 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait être soumis à une expertise médicale polydisciplinaire selon la nouvelle procédure prévue à l'art. 72bis RAI.
8. Le 16 octobre 2012, celui-ci a contesté que la désignation d'un centre d'expertise par l'entremise du système SuisseMED@P satisfasse les exigences de l'art. 6 CEDH. Il a demandé à l'OAI de lui communiquer des propositions d'experts, afin que la désignation puisse intervenir de façon consensuelle.
9. Par décision incidente du 20 décembre 2012, l'OAI a confirmé que le centre d'expertise serait choisi par la plateforme MED@P, étant précisé que « le fait qu'un tel centre soit lié à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) par une convention ne saurait justifier en soi une cause de récusation suffisante, en effet, le recours à de tels centres étant, contrairement à ce que vous soutenez, conforme à la Constitution et à la CEDH. En outre, d'éventuels motifs de récusation portent régulièrement sur un expert déterminé à titre personnel et non sur l'ensemble d'une institution ou d'une autorité (arrêt I 146/05 du 28 mars 2006 consid. 4.2). Par ailleurs, nous avons également respecté les droits de votre mandant en lui communiquant la liste des questions à poser aux experts et en lui donnant la possibilité de poser ses propres questions ».

10. Le 18 janvier 2013, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait être soumis à une expertise médicale polydisciplinaire, qui serait effectuée par le Dr N\_\_\_\_\_ pour la médecine interne générale et la neurologie, et par le Dr O\_\_\_\_\_ pour l'ophtalmologie. En copie, figure la Clinique Corela SA.
11. L'assuré, représenté par Me Eric MAUGUÉ, a, le 25 janvier 2013, contesté la mise en place de cette expertise, faisant valoir des motifs de récusation à l'encontre de la Clinique Corela et du Dr N\_\_\_\_\_. Il a dès lors requis la notification d'une décision formelle.
12. Par décision incidente du 26 mars 2013, l'OAI a maintenu l'expertise prévue. Il considère que  

« Les motifs de récusation invoqués sont dirigés à l'encontre de la Clinique Corela et non des experts à titre personnel. Les arguments soulevés relèvent d'appréciations subjectives qui ne sauraient avoir une influence sur l'expertise même. Ces arguments ne relèvent pas des art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA, et n'ont pas de rapport avec les compétences professionnelles nécessaires des experts. Les motifs de récusation évoqués à l'encontre des Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ concernant leur prétendue absence de formation dans le domaine des assurances sociales, au motif que de telles formations ne figurent pas dans leur CV ou dans le site de la Clinique pour laquelle ils travaillent, tombent à faux. »
13. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 7 mai 2013 contre ladite décision. Il conclut au rétablissement de l'effet suspensif.  

Principalement, il conclut à l'annulation de la décision du 26 mars 2013, à ce qu'il soit dit et constaté que la désignation de l'expert ophtalmologue ne doit pas intervenir par le biais du système SuisseMED@P, renvoyer la cause à l'OAI pour la désignation d'un nouvel expert ophtalmologue, et, subsidiairement, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de produire les noms des centres d'expertise introduit dans le système SuisseMED@P, ainsi que l'ensemble des autres éléments relatifs à la désignation du centre.
14. Par arrêt incident du 31 mai 2013, la Chambre de céans a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif, considérant qu'elle revenait à demander la suspension de la réalisation de l'expertise et relevait indiscutablement du droit de fond de la présente procédure.
15. Saisi d'un recours formé par l'assuré, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 17 juillet 2013, déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré contre ledit arrêt incident, dès lors que cet arrêt n'était pas susceptible de causer un préjudice irréparable, la faculté pour le recourant de faire valoir ses arguments à l'encontre de la mise en œuvre de l'expertise litigieuse n'étant en rien limitée.
16. Dans sa réponse au recours du 5 juin 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève qu'

---

« on comprend mal les raisons pour lesquelles le recourant conteste l'application d'une méthode de sélection instituée justement en faveur de l'assuré. En outre, conformément à l'arrêt précité de la Chambre de céans, la procédure a été jugée conforme à l'art. 6 § 1 CEDH, de sorte que le grief devra être rejeté (ATAS/1474/2012). S'agissant des compétences professionnelles du Dr N\_\_\_\_\_, renvoi à la motivation développée dans la décision litigieuse ».

17. Le 10 septembre 2013, l'assuré a adressé à la Présidente de la Chambre des assurances sociales une demande visant à un nouvel examen de l'arrêt incident du 31 mai 2013.

Par ordonnance du 9 octobre 2013, la Présidente de la Chambre des assurances sociales, constatant que ladite demande consistait en une demande de révision, a transmis le dossier à la 1<sup>ère</sup> Chambre afin qu'elle statue.

Par arrêt en révision du 5 novembre 2013, celle-ci a rejeté la demande.

18. Le même jour, l'assuré s'est déterminé sur le fond et a fait valoir :

- qu'il n'y avait pas lieu de recourir à l'art. 72bis RAI, puisque celui-ci ne s'applique qu'aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales.
- que le système SuisseMED@P ne constitue pas un remède satisfaisant pour établir l'égalité des armes au regard de l'art. 6 § 1 CEDH.
- qu'il doute que la désignation des centres intervienne réellement de manière aléatoire.
- que dans sa décision incidente du 26 mars 2013, l'OAI se borne à préciser que le Dr N\_\_\_\_\_ est titulaire d'un diplôme reconnu par le DARES, « ce qui ne répond absolument pas au grief soulevé par le recourant. »
- que la Clinique Corela n'offre pas de garanties suffisantes pour fonctionner en tant que centre d'expertise neutre et compétent.

19. Invité par la Chambre de céans à lui transmettre les documents retraçant l'historique de la désignation du Centre Corela par le biais de la plateforme SuisseMED@P dans le cas d'espèce, y compris ceux relatifs à un désistement d'un autre centre cas échéant, l'OAI a, le 9 octobre 2013, versé au dossier la copie d'e-mails adressés à la Dresse P\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (SMR), selon lesquels « votre mandat 5186 a été accepté », puis

« l'exécution de votre mandat n° 5186 a été confirmée du centre d'expertise Clinique Corela SA. (...)

médecine interne générale : N\_\_\_\_\_

neurologie : N\_\_\_\_\_

ophtalmologue : O\_\_\_\_\_ »

A cet égard, l'OAI a expliqué que pour l'attribution aléatoire des mandats, il passe par la plateforme MED@P et remplit un formulaire en ligne contenant notamment les informations sur l'identité de l'assuré, ainsi que les disciplines médicales à investiguer. Une fois ces informations enregistrées par la plateforme, il reçoit un mail de confirmation contenant les données relatives au centre et aux médecins désignés. Il précise qu'à sa connaissance, aucun centre ne s'est désisté.

20. Dans ses écritures du 31 octobre 2013, l'assuré a rappelé les griefs qu'il avait soulevés, principalement contre le choix de la méthode prévue à l'art. 72bis RAI à titre principal, compte tenu du motif qui a conduit le TF à renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et du fait qu'elle s'applique uniquement aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, subsidiairement, contre la désignation aléatoire d'un centre d'expertise par le biais de SuisseMED@P, laquelle ne répond pas au principe d'égalité des armes au regard de l'art. 6 § 1 CEDH, et, plus subsidiairement, encore sur le fait que la désignation du centre d'expertise Corela intervienne réellement de manière aléatoire.

Pour le surplus, l'assuré sollicite l'audition des Drs N\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_.

21. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause 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 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur la décision de l'OAI de confier l'expertise à laquelle elle entend soumettre l'assuré à la Clinique Corela SA, respectivement au Dr N\_\_\_\_\_.
4. A titre préalable, la Chambre de céans relève que la nécessité de mettre en œuvre une expertise n'est pas remise en cause par les parties, dans la mesure où elle fait suite à l'arrêt du Tribunal fédéral rendu le 21 août 2012 et renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

6. Dans un arrêt publié in ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en rapport avec la mise en œuvre d'expertises administratives et judiciaires auprès des Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI).

Le Tribunal fédéral a rappelé que la récolte de données médicales à l'appui de la décision auprès d'instituts d'expertise externes, comme le COMAI dans l'assurance-invalidité suisse, ainsi que l'utilisation de ces données également dans la procédure judiciaire sont en soi conformes à la Constitution et à la CEDH (ATF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011, consid. 2.1-2.3, publié in ATF 137 V 210), ce que confirme en particulier le droit comparé (consid. 2.2.3). Cela étant, afin de pallier les risques de mise en cause des garanties de procédure découlant des perspectives de gain que tire le COMAI de son activité pour le compte de l'assurance-invalidité, le TF a incité les autorités à mettre en place des correctifs en vue d'améliorer et d'unifier les exigences de qualité et de leur contrôle. Il a également estimé nécessaire de renforcer les droits de participation des justiciables et jugé qu'en cas de désaccord, l'expertise doit être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances sociales. Il convient, selon le TF, d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

Le TF a jugé que la mise en œuvre de l'expertise doit revêtir, en l'absence d'un accord, la forme d'une décision incidente correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), laquelle peut être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral. Il a également défini dans cet arrêt les droits de participation des parties lors de la mise en œuvre d'une expertise administrative et les a renforcés. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 317 consid. 6, p. 321 ss).

Selon l'arrêt publié à l'ATF 137 V 210, l'assuré peut faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une « second opinion » superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce

---

qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Notre Haute Cour a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM ; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert.

7. Pour répondre aux exigences posées par le Tribunal fédéral, 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 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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)).
8. 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.

9. En l'espèce, l'assuré fait tout d'abord valoir que c'est à tort que l'OAI a recouru à la méthode prévue par l'art. 72bis RAI, compte tenu du motif qui a conduit le TF à lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire.

Il y a à cet égard lieu de rappeler que dans son arrêt du 21 août 2012, le TF a considéré que le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ n'avait pas valeur probante. Il a plus particulièrement reproché à ce médecin d'avoir procédé à une anamnèse trop succincte, de n'avoir mentionné aucun document établi par les médecins ayant examiné l'assuré, de n'avoir pas fait de distinction, s'agissant de l'influence des troubles de l'assuré sur sa capacité de travail, entre l'activité habituelle et une autre activité, de n'avoir pas expliqué pourquoi il considérait l'assuré comme incapable d'exercer toute activité lucrative d'un point de vue purement ophtalmologique. Le TF en a ainsi conclu que la cause n'était pas encore en état d'être jugée, raison pour laquelle il a renvoyé la cause à l'OAI, l'instruction devant être reprise avec l'apport des données médicales complètes de l'assureur-accidents, et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ophtalmologique, au besoin complétée d'un concilium pluridisciplinaire avec l'expert neurologue. Il importe également de relever qu'il a en revanche jugé que les conclusions du rapport d'expertise établi par le Dr M\_\_\_\_\_ étaient convaincantes.

Force dès lors est de constater qu'il incombait à l'OAI, auquel la cause a été renvoyée, de mettre en œuvre une nouvelle expertise ophtalmologique, qui devait être, au besoin, complétée d'un concilium pluridisciplinaire avec l'expert neurologue, soit le Dr M\_\_\_\_\_. L'OAI n'avait ainsi pas à mandater plusieurs experts pour une expertise pluridisciplinaire, et partant, pas à décider d'une expertise selon la procédure prévue à l'art. 72bis RAI.

Aussi le recours doit-il être admis, la décision incidente du 26 mars 2013 annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin que celui-ci mette en œuvre une expertise ophtalmologique, qui sera, au besoin, complétée d'un concilium avec le Dr M\_\_\_\_\_.

Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de se prononcer sur les autres griefs soulevés par l'assuré contre la désignation du centre Corela par l'intermédiaire du système SuisseMED@P.

10. Le recourant, qui obtient 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'espèce à 2'000 fr. (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).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet, annule la décision incidente du 26 mars 2013 et renvoie la cause à l'OAI afin que celui-ci mette en œuvre une expertise ophtalmologique qui sera, au besoin, complétée d'un concilium avec le Dr M\_\_\_\_\_.
3. Condamne l'intimé à payer au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Renonce à percevoir un émolument.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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