

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2826/2015

ATAS/831/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 novembre 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Georges ZUFFEREY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 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-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mars 1995.
3. L'OAI a initié une procédure de révision en juin 2004 et en août 2008. Par communication du 20 août 2004, respectivement du 1^{er} octobre 2008, l'office précité a informé l'assuré qu'il continuerait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité.
4. Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision introduite en février 2009 suite à une dénonciation, l'assuré ayant été contrôlé sur un chantier, l'OAI a mandaté le docteur B_____, ophtalmologue à l'hôpital Jules Gonin à Lausanne, et le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie à Genève pour expertise.
5. Dans son rapport du 11 septembre 2009, le Dr B_____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de diminution unilatérale de la vision à 0.2 à l'œil droit, non améliorable avec la meilleure correction possible, de pseudophakie, d'éblouissement et de photophobie. S'agissant de l'appréciation du cas, il a considéré que l'état de santé de l'assuré était stationnaire du point de vue fonctionnel avec une limitation de l'acuité visuelle à 20%. Il en allait de même des symptômes associés comprenant une photophobie, des vertiges et des douleurs temporales droites secondaires à une névralgie du trijumeau, symptômes qui existaient depuis l'accident de 1994. Ces troubles étaient difficilement compatibles avec une activité professionnelle de chantier. Les séquelles ophtalmologiques et neurologiques étaient à même d'entraîner une incapacité de travail de 100%, en particulier dans le type de travail que l'assuré exerçait. Par ailleurs, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables, sans autres précisions.
6. Selon le rapport du 21 juin 2010 du Dr C_____, il n'y avait pas de trouble neurologique influençant l'activité professionnelle exercée jusqu'ici. Les vertiges et céphalées dont souffrait l'assuré n'étaient pas de caractère spécifique ni de net substrat neurologique sous-jacent. Les limitations fonctionnelles liées à un syndrome douloureux étaient d'appréciation difficile. Cela étant, l'assuré mentionnait des douleurs relativement modérées, des vertiges qui n'apparaissent qu'après une démarche prolongée et, "au surplus, il avait été contrôlé sur un chantier". Compte tenu de ces éléments, le médecin a considéré que l'assuré était apte à travailler en tant que maçon sur un chantier, sans limitations et ce dès 1996 mais en tout cas depuis mars 2000. Le degré d'incapacité de travail avait ainsi évolué favorablement depuis l'accident.
7. Par courrier du 13 juillet 2010, le Dr B_____, informé que l'assuré avait été contrôlé sur un chantier, a complété son rapport d'expertise, considérant qu'il

semblait peu probable que la situation ophtalmique se fût modifiée de façon marquée. La prise en charge générale de la douleur par les neurologues pouvait toutefois avoir amélioré la situation.

8. Se fondant sur ces expertises, l'OAI a, par décision du 3 novembre 2010, supprimé la rente de l'assuré avec effet au 7 novembre 2008.
9. Par arrêt du 31 janvier 2012 (ATAS/73/2012), la chambre de céans a admis le recours interjeté par l'assuré et annulé la décision du 3 novembre 2010, considérant que son état de santé ne s'était pas amélioré comme cela ressortait des expertises menées à la demande de l'OAI. En effet, le Dr B_____ faisait état d'une situation restée inchangée et le Dr C_____ procédait à une appréciation différente d'un même état de fait.
10. Par arrêt du 21 août 2012 (cause 9C_215/2012), le Tribunal fédéral a, sur recours, annulé l'arrêt de la chambre de céans du 31 janvier 2012 ainsi que la décision 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 consilium pluridisciplinaire avec l'expert neurologue ».

A l'appui de sa décision, le Tribunal fédéral a considéré que le rapport d'expertise du Dr B_____ reposait sur une anamnèse extrêmement succincte, ne mentionnait aucun document établi par les médecins ayant examiné l'assuré - alors que l'accident dont l'expert devait apprécier les séquelles remontait à 1994 - et ne faisait pas de distinction, s'agissant de l'influence des troubles de l'intéressé sur sa capacité de travail entre l'activité habituelle et une autre activité. A cela s'ajoutait le fait que l'ophtalmologue en question n'expliquait pas pourquoi il considérait l'assuré comme incapable d'exercer toute activité lucrative d'un point de vue purement ophtalmologique. Enfin, la brève appréciation du cas à laquelle procédait l'expert consistait en fait en une simple énumération d'éléments qui correspondaient aux plaintes de l'assuré. Par conséquent, la cause n'était pas encore en état d'être jugée vu l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr B_____.

11. 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201).
12. Le 16 octobre 2012, l'assuré a contesté la désignation d'un centre d'expertise par l'entremise du système SuisseMED@P, considérant que cela n'était pas conforme à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101). Il a, en outre, demandé à l'OAI de lui communiquer des propositions d'experts, afin que la désignation puisse intervenir de façon consensuelle.

13. Par décision incidente du 20 décembre 2012, l'OAI a confirmé que le centre d'expertise serait choisi par la plateforme SuisseMED@P, le recours à de tels centres étant conforme à la Constitution et à la CEDH. En outre, d'éventuels motifs de récusation devaient porter sur un expert déterminé à titre personnel et non sur l'ensemble d'une institution ou d'une autorité. Enfin, la liste des questions à poser aux experts lui avait été communiquée et il avait la possibilité de poser ses propres questions. L'OAI avait ainsi respecté les droits de l'assuré.
14. Le 18 janvier 2013, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise polydisciplinaire envisagée allait être effectuée par le docteur D_____ pour la médecine interne générale et la neurologie, et par le docteur E_____ pour l'ophtalmologie. En copie, figurait notamment la clinique Corela SA.
15. L'assuré, représenté par son mandataire, a, le 25 janvier 2013, contesté la mise en place de cette expertise, faisant valoir des motifs de récusation à l'encontre du Dr D_____ et de la clinique Corela, laquelle ne présenterait pas des garanties d'impartialité suffisantes et dont les méthodes n'étaient pas conformes au droit fédéral. Il a dès lors requis la notification d'une décision formelle.
16. Par décision incidente du 26 mars 2013, l'OAI a maintenu l'expertise envisagée.
17. Le 7 mai 2013, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant préalablement au rétablissement de l'effet suspensif et principalement, à l'annulation de la décision du 26 mars 2013, à la constatation que la désignation de l'expert ophtalmologue ne devait pas intervenir par le biais du système SuisseMED@P, au renvoi de 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 introduits dans le système SuisseMED@P, ainsi que l'ensemble des autres éléments relatifs à la désignation du centre.
18. Par arrêt incident du 31 mai 2013 (ATAS/551/2013), 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 procédure.
19. Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 17 juillet 2013 (cause 9C_471/2013), 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.
20. Par arrêt du 10 décembre 2013 (ATAS/1231/2013), la chambre de céans a admis le recours de l'assuré, rappelant que, dans son arrêt du 21 août 2012, le Tribunal fédéral avait 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 consilium pluridisciplinaire avec l'expert neurologue, dont l'expertise était

probante. 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.

21. Par avis du 20 mars 2014, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a demandé à l'OAI de mandater l'hôpital ophtalmique Jules Gonin, Lausanne, pour expertise, l'expert retenu devant ensuite contacter le Dr C_____.
22. Le 21 mars 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise ophtalmologique était nécessaire et que celle-ci serait confiée à l'hôpital ophtalmique Jules Gonin. La communication comprenait également la liste des questions auxquelles l'expert devait répondre.
23. Par courrier du 27 mars 2014, l'assuré a considéré que la manière de procéder de l'OAI ne respectait ni les exigences légales ni celles jurisprudentielles. Il sollicitait dès lors la communication de propositions d'experts nommément désignés.
24. Le 3 octobre 2014, l'OAI a informé l'assuré que l'expertise allait être effectuée par le professeur F_____.
25. En fin de compte, l'assuré a été examiné par la docteure G_____, cheffe de clinique, qui a établi, le 8 janvier 2015, un rapport contenant une anamnèse succincte, une rapide description de l'évolution de la maladie, aucune description des pièces médicales du dossier, une très brève description des plaintes de l'assuré, le status clinique, les diagnostics retenus et leurs répercussions sur la capacité de travail. En substance, la Dresse G_____ retenait le diagnostic de cécité de l'œil droit avec absence de perception lumineuse depuis mars 2012. En raison de cette atteinte, l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de chantier. Aucune autre activité n'était exigible étant donné que l'assuré, qui souffrait de vertiges très invalidants, était retraité. Enfin, des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, sans autres précisions.
26. Par avis médical du 31 mars 2015, le SMR a considéré que l'expertise réalisée par la Dresse G_____ ne répondait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante et qu'elle était dès lors dénuée de toute valeur probante. En effet, l'experte se prononçait non seulement sur des éléments médicaux sortant de son domaine d'expertise mais également sur des éléments non médicaux (professionnels) ne pouvant être pris en considération. Aussi, une nouvelle expertise ophtalmologique devait être demandée au docteur H_____, spécialiste FMH en ophtalmologie.
27. Le 7 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré que le Dr H_____ allait être mandaté pour expertise, toutefois sans expliquer les motifs de cette démarche. En annexe à cette communication figurait la liste des questions qui seraient posées.
28. Par courrier du 13 avril 2015, l'assuré s'est opposé à la réalisation d'une nouvelle expertise, considérant que le rapport de la Dresse G_____ du 8 janvier 2015 remplissait les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Si l'OAI

persistait à demander une nouvelle expertise, l'assuré sollicitait la notification d'une décision formelle.

29. Par décision incidente du 18 juin 2015, l'OAI (ci-après l'intimé) a maintenu son intention de demander une expertise au Dr H_____. A l'appui de sa décision, l'office précité a en substance considéré que les mêmes griefs que ceux retenus à l'encontre du rapport du Dr B_____ pouvaient être faits en ce qui concernait le rapport de la Dresse G_____.
30. L'assuré a interjeté recours en date du 24 août 2015 concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, cela fait, à l'audition des médecins de l'hôpital ophtalmique et, principalement, à l'annulation de la décision incidente précitée, à la constatation qu'une expertise supplémentaire n'était pas nécessaire et au renvoi de la cause à l'OAI pour que celui-ci statue sur le fond, subsidiairement à l'annulation de la décision incidente litigieuse et à la nomination d'un expert ophtalmologue.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment considéré que l'expertise de la Dresse G_____ revêtait une pleine valeur probante de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'ordonner une expertise supplémentaire. Pour des questions de célérité, si une nouvelle expertise s'avérait justifiée, il appartenait à la chambre de céans de statuer sur le nom de l'expert dès lors que celui retenu par l'intimé avait été imposé unilatéralement, en violation de ses droits de participation.
31. Dans sa réponse du 28 août 2015, l'intimé a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et, principalement, au rejet du recours. Se fondant sur l'arrêt de la chambre de céans du 31 mai 2013, l'intimé a considéré que la restitution de l'effet suspensif revenait à suspendre la réalisation de l'expertise envisagée, ce qui relevait du droit de fond. S'agissant du rapport de la Dresse G_____, il ne respectait pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante de sorte qu'une nouvelle expertise était justifiée.
32. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 16 septembre 2015, le recourant a maintenu sa demande de restitution de l'effet suspensif et a proposé que l'expert retenu soit désigné d'entente entre les parties. L'intimé a demandé à pouvoir se déterminer.
33. L'intimé s'est déterminé par écriture du 24 septembre 2015 et a considéré que, dans la mesure où il n'y avait pas d'objection « licite » de l'assuré, il pouvait procéder comme il l'avait lui-même proposé. Se fondant ensuite sur un arrêt de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud, il a considéré que la chambre de céans ne pouvait substituer son pouvoir d'appréciation à celui de l'assureur en procédant elle-même à la désignation de l'expert en cas de désaccord des parties ni même en tentant de les concilier sur le choix de l'expert.
34. Sur ce, 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte principalement sur l'opportunité d'ordonner une nouvelle expertise supplémentaire et, dans l'affirmative, sur la violation des droits de participation reconnus au recourant par les ATF 137 V 210 et 139 V 439.

6. Préalablement, le recourant conclut à la restitution de l'effet suspensif de sorte qu'il y a lieu d'examiner ce point en premier.

a. La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). L'art. 56 LPGA, qui concerne le droit de recours, ne règle pas l'effet suspensif éventuel du recours (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, p. 562 ch. m. 16 ad art. 56 et la référence; ATF 129 V 376 consid. 4.3 in fine). Quant à l'art. 61 LPGA, il pose des exigences auxquelles doit satisfaire la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, laquelle est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA. Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de cette disposition, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 [arrêt du Tribunal fédéral I 46/04 du 24 février 2004]), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire. Au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable.

Selon l'art. 11 al. 2 OPGA, l'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai. L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré. La demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

S'agissant du retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de la restitution de l'effet suspensif, l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé à la jurisprudence en la matière (arrêt précité I 46/04 du 24 février 2004). D'après la jurisprudence, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation; qu'en général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; qu'il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons

convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 s. consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références). Ces principes s'appliquaient également dans le cadre de l'art. 97 al. 2 LAVS (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; ATF 110 V 46), applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 81 LAI (abrogé par la LPGA).

b. Les mesures provisionnelles, auxquelles l'effet suspensif est assimilé, ne sont ainsi légitimes, aux termes de la loi, que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF 119 V 505 consid. 3 et les références citées) ; si la protection du droit ne peut exceptionnellement être réalisée autrement, il est possible d'anticiper sur le jugement au fond par une mesure provisoire, pour autant qu'une protection efficace du droit ne puisse être atteinte par la procédure ordinaire et que celle-ci produirait des effets absolument inadmissibles pour le requérant (GYGI, L'effet suspensif et les mesures provisionnelles en procédure administrative, RDAF 1976 p. 228; cf. aussi KÖLZ/HÄNER, Verwasltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème édition, ch. 334 ss.) ;

7. En l'espèce, le recours est dirigé contre la décision d'ordonner une nouvelle expertise. Ainsi, la requête visant à la restitution de l'effet suspensif revient à demander la suspension de la réalisation de l'expertise en tant qu'elle n'est pas nécessaire. Or, cela relève indiscutablement du droit de fond de la présente procédure, de sorte que la demande de restitution de l'effet suspensif devrait être rejetée.

Cependant, dans la mesure où la chambre de céans statue ci-après sur l'opportunité d'une deuxième expertise, la demande de restitution de l'effet suspensif devient en réalité sans objet.

8. Principalement, le recourant s'oppose à la réalisation d'une seconde expertise qu'il considère comme superflue. Subsidiairement, le recourant invoque une violation de ses droits de participation, en tant que la personne de l'expert a été imposée unilatéralement par l'intimé, et demande à ce que la chambre de céans nomme l'expert.

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

c. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). S'il estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral I 906/05 consid. 6). Le devoir d'instruction de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : office AI) s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Ainsi, l'office AI doit mettre en œuvre une expertise médicale lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a).

d. Selon la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in RSAS 2008 p. 181), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une « second opinion » sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} édition 2009, art. 43 n° 12 et 17). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, s'il se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions du

médecin sont dûment motivées et compréhensibles (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 consid. 3.2.2).

9. a. 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. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

b/aa. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3 p. 282; 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 V 368 consid. 3.1 p. 370).

b/bb. Dans un arrêt de principe publié à l'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). Il a rappelé en particulier que le déroulement équitable de la procédure exige que les prérogatives usuelles dans la procédure administrative générale, découlant du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst et 42 LPGA) et comprenant notamment le droit de faire administrer les preuves essentielles et la participation à l'administration des preuves, soient garanties (ATF 137 V 210, consid. 3.4.2.4). La notion de procès équitable doit être respectée globalement dans les instances successives. L'art. 6 ch. 1 CEDH déploie ainsi des effets sur la procédure administrative précédant le recours judiciaire (Ulrich MEYER-BLASER, Der Einfluss der Europäischen Menschenrechtskonvention [EMRK] auf das schweizerische Socialversicherungsrecht, in : ZSR 1994 I, p. 389ss, 401). Dans l'appréciation globale, en particulier afin de déterminer comment des expertises doivent être appréciées compte tenu des exigences de participation, de droit d'être entendu et d'équité, la question de savoir dans quelle mesure les droits des parties ont été mis en œuvre dans la procédure administrative joue un rôle important. Le Tribunal fédéral a par conséquent jugé qu'en l'absence de consensus, il convient de rendre une ordonnance d'expertise sous forme d'une décision incidente (art. 55 LPGA en corrélation avec l'art. 49 LPGA) correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA, 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.

b/cc. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que 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 ; 138 V 271 consid. 1.1). 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. Selon le Tribunal fédéral, 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).

b/dd. A noter que la recherche d'un consensus est uniquement nécessaire lorsque l'assuré fait valoir des objections admissibles de nature formelle (récusation des experts) ou matérielle (domaines médicaux à examiner) (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références). En outre, lorsqu'aucun accord n'est trouvé, l'office AI doit rendre une décision unique portant à la fois sur le moyen de preuve en lui-même (nécessité d'une expertise, limitation à une ou deux disciplines, description des disciplines) et sur la personne de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2012 consid. 5.2.2.3).

c. L'office fédéral des assurances sociales a établi des directives concernant la procédure à adopter en matière d'expertise (Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1er janvier 2015, ch. 2083 – 2084). Ainsi, si une expertise mono- ou bidisciplinaire s'avère nécessaire, l'office AI transmet à l'assuré une communication indiquant le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire) ainsi que le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. La liste des questions est annexée à la communication, laquelle doit également mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires. Un délai de dix jours, prolongeable sur demande écrite et motivée, est accordé à l'assuré pour formuler des objections et remettre des questions supplémentaires (ATF 139 V 349, consid. 5.2.3). L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle, qui portent notamment sur les thèmes suivants : l'expert a un intérêt personnel dans l'affaire ; l'expert est parent ou allié en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale, d'une partie, ou encore lié avec elle par mariage, fiançailles ou adoption ; l'expert est impliqué dans l'affaire pour d'autres raisons ; l'expert ne possède pas les compétences professionnelles nécessaires ; il faut demander une expertise dans une autre spécialité ; les faits sont suffisamment éclaircis, si bien qu'une nouvelle expertise est superflue. Si l'assuré ne soulève

aucune objection, le mandat est attribué à l'expert / aux experts. En revanche, si la personne assurée présente des questions supplémentaires, l'office AI les revoit, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, tant sous l'angle de la qualité que sur celui de la quantité. Les demandes doivent permettre d'établir une expertise à satisfaction de droit (ATF 137 V 210, consid. 3.4.1). Si une objection admissible de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité) est soulevée, la recherche d'un consensus est nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013, consid. 2.3.). La recherche d'un consensus présuppose qu'un échange (écrit ou oral) entre office AI et personne assurée ait lieu. Cet échange doit être consigné aux actes. Si aucun consensus n'est trouvé, l'office AI rend une décision incidente dans laquelle il indique le genre de l'expertise, la ou les disciplines médicales prévues, le nom de l'expert ou des experts désignés et où il explique pourquoi il n'a pas été tenu compte des objections soulevées. Si la personne assurée propose qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit effectuée, mais que l'office AI estime qu'une expertise mono- ou bidisciplinaire est indiquée, l'office exposera les raisons médicales d'un tel choix dans la décision incidente (ATF 139 V 349, consid. 3.2). Si un consensus est trouvé, une décision incidente ne doit pas être rendue (ATF 137 V 210, consid. 3.1.3.3).

10. a. En l'espèce, le recourant s'est principalement opposé à la réalisation d'une deuxième expertise, considérant que celle de la Dresse G_____ était probante. Il a, en d'autres termes, fait valoir un motif matériel, à savoir que l'expertise souhaitée par l'intimé constituait en réalité une seconde opinion superflue.

Or, force est de constater avec l'intimé que l'expertise de la Dresse G_____ présente les mêmes défauts que celle du Dr B_____, auquel le Tribunal fédéral a dénié toute valeur probante dans son arrêt 9C_215/2012 du 21 août 2012. En particulier, tout comme le rapport du Dr B_____, celui de la Dresse G_____ repose sur une anamnèse extrêmement succincte et ne mentionne aucun document établi par les médecins ayant examiné le recourant. Le rapport litigieux ne fait en outre pas de distinction, s'agissant de l'influence des troubles de l'intéressé sur sa capacité de travail, entre l'activité habituelle et une autre activité. En outre, comme le Dr B_____, la Dresse G_____ n'explique pas pourquoi elle considère l'intimé comme étant incapable d'exercer toute activité lucrative d'un point de vue purement ophtalmologique. Ses considérations liées à la retraite ne sont à l'évidence pas d'ordre médical et sortent du cadre de l'expertise. Enfin, la brève appréciation du cas à laquelle procède l'expert consiste en fait en une simple énumération d'éléments qui correspondent aux plaintes de l'intimé.

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a nié toute valeur probante au rapport d'expertise de la Dresse G_____ et ordonné une nouvelle expertise. Dans ces circonstances, le recourant doit être débouté en tant qu'il conteste la réalisation d'une deuxième expertise.

b. Subsidiativement, le recourant invoque une violation de ses droits de participation, considérant que l'expert lui a été imposé unilatéralement, et demande à la chambre de céans de bien vouloir nommer un autre expert ophtalmologue.

Si pour les expertises mono- ou bidisciplinaires, une tentative de consensus est préférable en vue d'éviter une éventuelle procédure contentieuse concernant la désignation de l'expert, elle n'est pas dans tous les cas obligatoire. Ce n'est en effet que si une objection fondée de nature formelle (demande de récusation formelle en rapport avec le cas concret) ou matérielle (en rapport avec la spécialité) est soulevée, que la recherche d'un consensus est nécessaire (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 ci-dessus).

Or, dans le cas d'espèce, contrairement à ce qui a été le cas dans les procédures ayant mené aux ATAS/226/2013 et ATAS/540/2013 invoqués par le recourant, dans lesquelles des critiques à l'encontre des experts avaient concrètement été formulées, le recourant n'a pas émis la moindre objection quant à la personne de l'expert ou aux disciplines retenues et il ne s'est pas non plus prononcé sur les questions à poser alors qu'il en avait la possibilité. En réalité, le recourant s'est uniquement contenté de contester la nécessité d'effectuer une deuxième expertise et a immédiatement sollicité une décision formelle. Dans de telles circonstances, l'intimé n'était pas en présence d'une objection admissible relative à la personne de l'expert ou à sa spécialité. En outre, dans la mesure où le recourant concluait immédiatement à ce qu'une décision formelle soit rendue, la voie consensuelle paraissait d'emblée vouée à l'échec. Dans de telles circonstances, force est de constater que les droits de participation du recourant n'ont à l'évidence pas été violés. En effet, il disposait de la possibilité de contester la personne de l'expert et s'en est abstenu.

Les droits de participation n'ayant pas été violés, il n'y a pas lieu d'examiner la possibilité pour la Chambre de céans de désigner elle-même l'expert.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la présente procédure portant sur un acte d'instruction, il n'y a pas lieu de prévoir un émolument (cf art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Sur incident :

2. Déclare la demande de restitution de l'effet suspensif sans objet.

Au fond :

3. Rejette le recours.
4. Dit qu'il n'est pas perçu d'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

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