

EN FAIT

1. Monsieur H_____ (ci-après l'assuré), né en 1954, originaire du Kosovo, arrivé en Suisse en 2001, travaillait en tant que maçon à plein temps depuis 2003 auprès de X_____ S.A.
2. Dès le 9 octobre 2008, l'assuré a été en incapacité de travail totale en raison de la rupture du tendon du sus-épineux droit et d'une tendinopathie du long chef du biceps droit, consécutives à une chute survenue le 12 janvier 2006 sur son lieu de travail.
3. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA, assureur-accidents.
4. Le 20 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après OAI).
5. Par rapport reçu le 3 août 2009 par l'OAI, le Dr L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une discopathie L5 et une tendinopathie à l'épaule droite. Il a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était fixée par le médecin traitant.
6. Par rapport du 18 août 2009, le Dr M_____, chef de clinique au Département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG), a diagnostiqué une lésion de la coiffe des rotateurs à droite. Les douleurs mécaniques persistaient. L'assuré ne pouvait exercer un travail avec les bras au-dessus du corps, ni porter des charges lourdes. L'activité habituelle n'était pas exigible en l'état vu les douleurs à l'épaule. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière dès ce jour.
7. Par rapport du 21 septembre 2009, le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a rappelé les diagnostics connus. Le travail de force était impossible en raison du handicap et des douleurs. La mobilité de l'épaule droite était diminuée et l'assuré présentait des douleurs lombaires à l'effort et à la station debout ou assise prolongée. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle; dans une activité adaptée évitant les efforts physiques et le port de charges de plus de 5 à 10 kilos, la capacité de travail était de 30%.
8. Par décision du 30 septembre 2009, la SUVA a mis fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2010, retenant que la capacité de travail résiduelle de l'assuré était totale dans une activité adaptée.
9. Par rapport du 12 octobre 2009, le Dr M_____ a noté qu'à douze mois de l'opération, la situation d'un point de vue orthopédique n'était pas réellement satisfaisante avec des amplitudes articulaires qui restaient limitées. Une reprise du

travail n'avait pas été possible en raison d'une récurrence des douleurs. Lorsque le patient faisait des activités modérées, les douleurs n'étaient pas présentes.

10. Par rapport du 30 novembre 2009, la Dresse O_____, médecin traitant, a diagnostiqué un status post opératoire de la coiffe des rotateurs à droite, des lombalgies chroniques et des douleurs chroniques diffuses. Elle a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale en raison des efforts physiques et répétitifs, des douleurs et des blocages. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle également.
11. Par communication du 6 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré que des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas indiquées.
12. A la demande de l'OAI, le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a, par rapport du 15 janvier 2010, diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), des lombopyralgies récurrentes chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L5-S1) et des omalgies droites récurrentes (rupture partielle du sus-épineux post-traumatique en 2006, un status post-arthroscopique et ténotomie du LCB et suture du sus-épineux en 2008). Le médecin a constaté une certaine discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle et les examens cliniques et paracliniques effectués. La capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon sur les chantiers (qui nécessite de manière répétitive des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, au-dessus de l'horizontal avec son membre supérieur droit) était nulle. Cependant, dans une activité adaptée dans la même entreprise ou en limitant, pour le membre supérieur droit, les ports de charge de plus de 5 kg, au-dessus de l'horizontal, avec long bras de levier, les mouvements d'ante-version ainsi que le stress, la capacité de travail pouvait être estimée à 80%. L'expert a relevé que son appréciation se différenciait de celle des Drs N_____ et L_____ qui estimaient la capacité de travail dans une activité adaptée entre 30% et 50%. Son appréciation s'apparentait à celle du Dr Q_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui estimait la capacité de travail totale dans une activité adaptée au regard du membre supérieur droit, sans prendre en compte les répercussions des douleurs lombaires.
13. Par rapport du 2 mars 2010, le Dr N_____ a relevé que l'assuré pouvait exercer une activité à temps partiel à 50%, pour autant qu'il n'ait pas à effectuer des efforts physiques lourds et répétitifs.
14. Par avis du 28 juin 2010, la Dresse R_____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a repris les diagnostics constatés par le Dr P_____ et a relevé qu'il résultait de l'expertise qu'un projet de reprise d'une activité professionnelle adaptée à 100% au sein de la même entreprise mais avec un rendement et une rémunération à 50% était prévue depuis mars 2010. Il convenait

par conséquent d'obtenir des renseignements concernant une reprise éventuelle de l'activité professionnelle.

15. Par décision du 29 juin 2010, confirmée sur opposition le 27 juillet 2011, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 29% dès le 1^{er} mars 2010, compte tenu d'une capacité de travail à 100% dans une activité légère, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%.
16. Le 3 août 2010, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assuré travaillait à temps partiel, environ 21h15 par semaine depuis le 15 mars 2010.
17. Le 21 décembre 2011, l'employeur a indiqué que l'assuré continuait à travailler à temps partiel (environ 50-60%) et qu'il avait dû interrompre totalement l'activité du 15 mars au 19 juillet 2011 et du 8 au 20 décembre 2011.
18. A la demande de l'OAI, l'employeur a encore ajouté que le poste avait été adapté de sorte que l'assuré ne faisait plus les travaux lourds. Le taux effectif en septembre-novembre 2011 était de 60%, sans diminution de rendement.
19. Par avis du 30 novembre 2012, la Dresse R_____ a estimé qu'il convenait de solliciter un complément d'expertise auprès du Dr P_____ afin de déterminer si l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, vu sa capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Il convenait en outre d'effectuer une expertise psychiatrique conjointe auprès du Dr S_____, avec les questions habituelles sur le trouble somatoforme douloureux.
20. Le 6 décembre 2012, l'OAI a informé l'assuré que des questions complémentaires allaient être posées au Dr P_____ et qu'il avait la possibilité de lui poser ses propres questions. L'OAI a également indiqué que le Dr S_____, à VEVEY, avait été mandaté afin d'effectuer une expertise psychiatrique et que l'assuré avait la possibilité, dans un délai de dix jours, de compléter la liste de questions que l'OAI entendait poser. Dans le même délai, l'assuré pouvait récuser l'expert pour des motifs pertinents.
21. Par pli du 19 décembre 2012, l'OAI a confirmé à l'assuré le report du délai précité au 14 janvier 2013.
22. Par pli du 14 janvier 2013, l'assuré a relevé n'avoir pas été consulté quant à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire et au choix du Dr S_____. L'assuré proposait que l'expertise soit confiée au Dr T_____ à Genève, ce qui lui éviterait de se déplacer à Vevey. Par ailleurs, le Dr S_____ était un médecin mandaté en principe par les assureurs, il n'était titulaire de l'autorisation de pratiquer en Suisse que depuis quelques années et il ne semblait pas disposer de l'expérience nécessaire pour traiter un cas complexe, contrairement au Dr T_____ régulièrement mandaté par les tribunaux.

L'assuré a proposé une liste de questions à poser au Dr P _____ et à l'expert psychiatrique, précisant qu'il n'avait pas reçu le questionnaire rédigé par l'OAI à l'attention du Dr S _____, de sorte que des redondances étaient possibles.

23. Le 16 janvier 2013, l'OAI a expliqué à l'assuré que le mandat d'expertise psychiatrique était mis en suspens suite à ses contestations. L'OAI a joint la liste des questions posées aux experts, l'assuré ayant dix jours pour proposer d'autres questions.
24. Par décision du 21 janvier 2013, l'OAI a maintenu l'expertise auprès du Dr S _____, rappelant qu'il appartenait à l'OAI de choisir l'expert. Le fait que le Dr S _____ ne réside pas à Genève n'entraînait pas de complications et les autres arguments invoqués par l'assuré n'étaient pas de nature à justifier la récusation de ce médecin. S'agissant des questions complémentaires transmises par l'assuré, la majeure partie de celles-ci figurait déjà dans la demande de renseignements de l'OAI. Les autres questions, plus « orientées », étaient écartées car elles ne permettaient pas d'apprécier le droit aux prestations.
25. En réponse au courrier de l'OAI du 16 janvier 2013, l'assuré a, par pli du 24 janvier 2013, indiqué que les questions qu'il souhaitait faire poser à l'expert psychiatre étaient celles figurant dans sa communication du 14 janvier 2013. Par ailleurs, il restait dans l'attente de la détermination de l'OAI sur la mise en œuvre d'une expertise consensuelle.
26. Par courrier du 15 février 2013, l'OAI a informé le Dr S _____ que par décision du 21 janvier 2013, il avait maintenu l'expertise prévue. L'expert pouvait donc procéder à la convocation de l'assuré. L'OAI a encore précisé à l'expert qu'il devait prendre en compte les questions complémentaires annexées posées par l'assuré.
27. Par acte du 22 février 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision de maintien de l'expertise auprès du Dr S _____, concluant principalement à son annulation et à ce que l'intimé procède à une discussion tendant à la mise en œuvre d'une expertise consensuelle (tant sur le nom de l'expert que sur le questionnaire d'expertise). Le recourant a fait valoir que le Dr S _____ pratiquait notamment au sein de la Clinique romande de réadaptation de la SUVA à Sion, selon le registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique (<http://www.medregom.admin.ch>). Or, la SUVA avait déjà eu à connaître de son cas, ce qui provoquait un risque de prévention. Le recourant a reproché à l'intimé avoir maintenu, sans autre forme de discussion, que l'expertise était confiée au Dr S _____, alors, qu'il avait expressément demandé qu'une expertise consensuelle soit mise en œuvre, afin précisément d'éviter des interminables discussions sur d'éventuels motifs de récusation et qu'il n'entendait pas désigner lui-même de manière unilatérale l'expert. De ce fait, son droit d'être entendu avait

été violé. S'agissant du questionnaire, le recourant a notamment allégué que le questionnaire de l'intimé était moins complet, que la question de l'exigibilité était posée à l'expert alors qu'il revenait au juge d'y répondre et qu'il n'était pas fait référence au rapport d'expertise rhumatologique déjà établi. Par ailleurs, l'intimé avait rejeté les questions orientées, sans pour autant préciser lesquelles.

28. Par réponse du 25 mars 2013, l'intimé a principalement conclu à l'irrecevabilité du recours et subsidiairement à son rejet. L'intimé est d'avis que, dans la mesure où les parties ne pouvaient être contraintes de trouver un consensus, le recours devra être déclaré irrecevable. En outre, le recourant n'avait invoqué aucun motif tendant à penser qu'il subirait un préjudice irréparable. Certes, le Tribunal fédéral avait fait état de ses préférences s'agissant de la mise en place d'une expertise conjointe. On ne pouvait toutefois en déduire un droit subjectif pouvant être directement invoqué. En outre, le Tribunal fédéral avait indiqué qu'en cas de désaccord, la décision revenait à l'OAI, ce que l'intimé avait fait en l'occurrence. Qui plus est, contrairement à ce que soutenait le recourant, il y avait bien eu un échange de point de vue, puis une décision. Par ailleurs, le Dr S _____ bénéficiait de toutes les qualifications professionnelles requises et ne présentait pas de risques de prévention. Enfin, les questions posées par le recourant se recoupaient avec celles de l'intimé ou étaient orientées, de sorte qu'elles avaient été écartées.
29. Par écriture du 8 avril 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a relevé qu'aucun effort n'avait été déployé par l'intimé pour mettre en œuvre une expertise consensuelle. En outre, le recourant n'entendait pas imposer le Dr T _____, mais l'avait uniquement proposé, pensant qu'il était possible de s'accorder de manière consensuelle sur le choix de l'expert. S'agissant des questions à poser à l'expert, le recourant a fait valoir qu'il était important de savoir à quelle école de pensée médicale l'expert appartenait, ce d'autant plus si un des diagnostics posés était une affection de type fibromyalgique.
30. Par courrier du 17 avril 2013, la Cour de céans a transmis à l'intimé une copie de l'écriture du recourant.
31. Sur ce, la Cour de céans a gardé la cause 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^{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 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. L'intimé conclut à l'irrecevabilité du recours invoquant que le recourant n'a pas la qualité pour recourir en l'absence d'un préjudice irréparable. L'intimé dénie également au recourant le droit à une discussion tendant à la mise en œuvre d'une expertise consensuelle.

Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours.

En vertu de l'art. 59 LPGA, a qualité pour recourir quiconque est atteint par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée.

Le Tribunal fédéral avait considéré, sous l'empire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006 (OJ), que l'intérêt digne de protection déterminant la qualité pour recourir devant la juridiction cantonale (des assurances sociales) devait être examiné selon les principes découlant de l'art. 103 let. a aOJ (ATF 130 V 388 consid. 2.2 et les références). Les conditions posées par cette disposition pour fonder la qualité pour interjeter recours ont été reprises en substance par l'art. 89 al. 1 de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110). On peut dès lors sans autre se fonder sur la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne législation. Constitue un intérêt digne de protection, au sens de ces dispositions, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Le recourant doit pouvoir se prévaloir d'un intérêt direct et concret, ou du moins se trouver dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige, tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 133 II 400 consid. 2.2, 409 consid. 1.3 ; 131 II 361 consid. 1.2, 587 consid. 2.1, 649 consid. 3.1 ; 131 V 298 consid. 3).

Dans un arrêt de principe rendu le 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en jugeant que la procédure probatoire en matière d'assurance-invalidité, en particulier la mise en œuvre d'une expertise médicale, doit, en l'absence de consensus entre les parties, faire l'objet d'une décision incidente sujette à recours directement auprès des tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement le Tribunal administratif fédéral, et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Cst. - RS 101, 42 LPGA et 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950, CEDH - RS 0.101). Dans le cadre du recours, la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur

les questions posées à l'expert ou faire valoir des motifs de récusation contre les experts. Ces principes s'appliquent également dans le domaine de l'assurance-accidents (ATF 138 V 318).

Suite à cet arrêt de principe, la Cour de céans a déclaré recevables des recours dirigés contre des décisions incidentes de mise en œuvre d'expertise (p. ex. ATAS/226/2013, ATAS/261/2013, ATAS/263/2013).

3. En l'occurrence, la décision incidente litigieuse a pour objet d'une part, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr S_____ en tant qu'expert - choix opéré par l'intimé et contesté par le recourant - et d'autre part, les questions proposées par le recourant et refusées par l'intimé.

Il s'agit d'une décision d'ordonnement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances.

Au vu de la nouvelle jurisprudence rendue par notre Haute Cour, par laquelle la voie du contrôle juridictionnel de la procédure probatoire dans la phase administrative a été ouverte, il y a lieu d'admettre que le recourant dispose d'un intérêt juridique actuel et concret à l'annulation de la décision litigieuse. Il lui importe en effet – et ce contrairement à ce que prétend l'intimé qui fait valoir l'absence de préjudice irréparable - que le choix de l'expert et des questions à lui poser, ne lui soit pas opposable à un stade ultérieur de la procédure, faute d'avoir été contesté en temps utile.

Bénéficiant ainsi d'un intérêt actuel direct et concret à l'annulation de la décision du 21 janvier 2013, le recourant a la qualité pour recourir.

La Cour de céans précisera encore que la question de savoir, si le recourant peut invoquer un droit à une discussion tendant à la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, peut à ce stade, rester ouverte dans la mesure où cette question ne relève pas de la recevabilité du recours mais a trait au droit applicable au fond. En effet, la qualité pour agir et pour défendre ne sont pas des conditions de procédure, dont dépendrait la recevabilité de la demande, mais constituent des conditions de fond du droit exercé. Leur défaut conduit au rejet de l'action, qui intervient indépendamment de la réalisation des éléments objectifs de la prétention du demandeur, et non pas à l'irrecevabilité de la demande (ATFA non publié B 10/05 du 30 mars 2006 consid. 7, in SVR 2006 BVG n° 34 p. 131; ATF 126 III 59 consid. 1, ATF 125 III 82 consid. 1a).

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est par conséquent recevable (cf. art. 60 et 61 LPG, art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RSG E 5 10).

4. L'objet du litige porte, d'une part, sur le point de savoir si l'intimé était fondé à maintenir le choix du Dr S_____ en tant qu'expert psychiatre, et d'autre part, si c'est à juste titre qu'il a écarté les questions proposées par le recourant.
5. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1 première phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA).

b) 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.

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité). Tout lien entre l'expert et la procédure ou une personne intéressée à l'issue de la procédure peut, selon sa nature et son intensité, fonder un soupçon de partialité, sans qu'il soit nécessaire de démontrer que l'expert est effectivement prévenu. Pour entraîner la récusation, le rapport que l'expert entretient (ou a entretenu) avec une personne intéressée à l'issue de la procédure doit toutefois être suffisamment étroit pour que sa liberté de jugement soit objectivement compromise (J.-O. PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation: le cas particulier des assurances sociales in REAS 2011 p. 127).

c) 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, 135 II 286 consid. 5.1, 132 V 368 consid. 3.1).

Dans son arrêt de principe précité (ATF 137 V 210), le Tribunal fédéral 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 Sozialversicherungsrecht, 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 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. 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).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent 9C_950/2011 du 9 mai 2012 (publié à l'ATF 138 V 271 consid. 1.1), qu'il est dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré est tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'est pas atteint, l'OAI ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré.

Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part des offices de l'assurance-invalidité de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (ATF non publié 9C_908/2012 du 22 février 2013, consid. 5.1).

Enfin, la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'OAI, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Dans ce dernier arrêt, la Cour de céans a également précisé que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré peut émettre des contre-propositions.

6. En l'occurrence, le recourant conteste le choix de l'expert, en faisant valoir divers motifs concernant le Dr S_____, tel le fait que ce médecin se verrait souvent confier des mandats d'expertise par les assureurs ou son manque d'expérience. L'intimé estime, quant à lui, que le recourant n'a fourni aucun grief valable à l'encontre de l'expert choisi, de sorte que son choix pouvait être maintenu.

La Cour de céans relèvera qu'au vu des pièces versées à la procédure, le choix opéré par l'intimé de mandater le Dr S_____ ne peut pas être confirmé.

Certes, le fait qu'un médecin indépendant se voie confier, même régulièrement, des mandats d'expertise par un assureur social ne constitue pas en soi un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité et d'indépendance (ATF non publié 9C_191/2012 du 24 octobre 2012 consid. 5.3.1). Cela étant, dans la mesure où le Dr S_____ est un médecin exerçant auprès de la Clinique romande de réadaptation à Sion – soit une clinique appartenant à la SUVA -, son avis médical ne saurait constituer une expertise provenant d'un spécialiste indépendant puisque la SUVA est en l'occurrence l'assureur-accidents qui a pris en charge les suites de l'accident subi par le recourant et qui lui verse une rente d'invalidité depuis le 1^{er}

mars 2010. Cette circonstance particulière ne permet donc pas de considérer le Dr S_____ comme étant un médecin indépendant au sens de l'art. 44 LPGA.

En outre, comme le fait valoir à juste titre le recourant au vu de la jurisprudence précitée, l'intimé aurait dû, suite aux objections formulées par le recourant - et avant de rendre sa décision d'expertise - tenter de parvenir à un consensus avec le recourant sur le choix de l'expert. Or, on relèvera que suite aux objections du recourant émises le 14 janvier 2013, l'intimé n'a pas expliqué à ce dernier les raisons pour lesquelles il persistait à vouloir mandater le Dr S_____, ni pour quelles raisons l'expert proposé par le recourant ne lui convenait pas. L'intimé n'a pas non plus pris la peine de faire d'autres propositions d'experts, mais s'est plutôt hâté de rendre une décision d'expertise le 21 janvier 2013 et de demander au Dr S_____ de convoquer le recourant (courrier du 15 février 2013), alors que la décision précitée n'était pas encore entrée en force.

Force est de constater qu'aucun effort n'a été entrepris de sa part pour parvenir à un accord consensuel quant à la mise en œuvre de l'expertise. Au vu de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral et de la Cour de céans, cette façon de faire va à l'encontre des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert.

La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé afin qu'il se prononce sur le médecin proposé par le recourant à titre d'expert ou, si celui-ci ne lui convient pas, propose un ou plusieurs autres médecins susceptibles d'assumer le mandat d'expertise.

7. Il convient encore d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé a écarté les questions proposées par le recourant.

a) En ce qui concerne le droit des parties de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de droits constitutionnels a également déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée. L'autorité doit donc prendre position sur les questions décisives (ATF 137 II 266 consid. 3.2; 136 I 229 consid. 5.2; 134 I 83 consid. 4.1). Cela implique que l'assureur doit tenir compte des remarques des parties et ne peut écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert doit faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle peut ensuite être contrôlée par l'instance de recours. Lorsque la participation de la personne concernée aboutit à des questions adéquates dans le cas concret, cela contribue en outre de façon notable à la qualité de l'expertise (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9).

En l'occurrence, contrairement à la jurisprudence précitée, la décision litigieuse ne contient pas la mission d'expertise, alors qu'un désaccord entre les parties existe. Qui plus est, alors que la décision litigieuse laisse entendre que toutes les questions

proposées par le recourant ont été écartées, il résulte du courrier adressé le 15 février 2013 par l'intimé au Dr S_____ que certaines questions ont tout de même été prises en compte, sans que l'on puisse toutefois savoir lesquelles, l'intimé n'ayant pas versé à la présente procédure l'annexe au courrier précité. Cela viole aussi le droit d'être entendu.

Cependant, selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références). Cela doit être admis en l'espèce, de sorte qu'il convient d'examiner si l'intimé a écarté à tort ou à raison des questions proposées par le recourant.

b) Concernant les questions proposées par le recourant, il sied de relever qu'il n'est en principe pas nécessaire de poser des questions spécifiques sur l'anamnèse, les plaintes, les examens réalisés, le dossier médical sur lequel l'expertise est fondée, et sur les ouvrages de référence utilisés (questions 2, 3, 4, 15 et 16 du recourant), dans la mesure où une expertise doit impérativement contenir ces éléments pour jouir d'une valeur probante, ce qui est en principe connu par tout médecin pratiquant des expertises.

Il n'est pas non plus utile de poser des questions détaillées sur les diagnostics, sauf en cas de controverse très spécifique, l'expert devant en tout état de cause les établir sur la base d'une classification internationale reconnue et les expliquer dans la partie "discussion" de son rapport. Les deux premières questions formulées par l'intimé paraissent ainsi suffisantes.

En ce que le recourant propose de demander à l'expert s'il appartient à une école médicale minoritaire et s'il considère la fibromyalgie comme étant une maladie (chiffre 1 du questionnaire du recourant), il sied de rappeler que seul est décisif que le diagnostic posé par le médecin - quel que soit le courant médical dont il se réclame - s'appuie *lege artis* sur les critères d'une classification reconnue (ATF 132 V 65 consid. 3.4). Cette question ne doit donc pas être incluse dans la mission d'expertise.

Quant aux questions 6, 7 et 10 du recourant, elles se recoupent avec le questionnaire de l'intimé et il n'est pas utile d'aller dans plus de détails. Concernant la capacité de travail, contrairement à ce que fait valoir le recourant, l'expert doit répondre à la question de la capacité de travail exigible ou à la question de savoir si on peut raisonnablement exiger de la personne assurée un effort de volonté pour surmonter ses douleurs et exploiter sa force de travail résiduelle, même si cette question doit également être appréciée sur le plan juridique pour les pathologies sans étiologie et substrat organique claires (ATF 132 V 65 consid. 5.4).

Les questions 8, 9, 12 et 13 du recourant sont également contenues dans leur essence dans celles formulées par l'intimé. En ce qui concerne les activités adaptées, il est à rappeler que la détermination de celles-ci appartient en principe aux maîtres socio-professionnels de la réadaptation professionnelle, sur la base des limitations fonctionnelles établies par le médecin.

S'agissant de la question sur les éventuelles divergences d'appréciations quant à la capacité de travail résiduelle du recourant (chiffre 17 du questionnaire du recourant), cette question est pertinente uniquement s'il existe déjà d'autres expertises, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Le recourant propose également une question sur les mesures de réadaptation professionnelle envisageables. Toutefois, l'intimé lui a communiqué le 6 janvier 2010 que de telles mesures n'étaient pas indiquées, sans que le recourant ne s'y oppose et n'exige une décision de refus formelle. De surcroît, cette question relève en grande partie aussi d'une appréciation juridique, ainsi que de l'évaluation de la Division de réadaptation professionnelle de l'intimé.

Enfin, la Cour de céans relèvera que, dans la mesure où le recourant est soumis à une expertise bi-disciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), il importe que les conclusions finales, notamment quant à la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les deux spécialistes impliqués (cf. ATF non publié 9C_874/2011 du 17 juillet 2012, consid. 4.2). La mission d'expertise devrait dès lors comporter des questions consacrées à l'appréciation consensuelle du cas.

8. Compte tenu de ce qui précède, la décision sera annulée, la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il se détermine sur l'expert proposé par le recourant, et le cas échéant, propose d'autres noms d'experts. Le questionnaire sera par ailleurs complété dans le sens des considérants (cf. supra consid. 7 in fine).
9. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).
10. Les jugements cantonaux rendus sur recours contre les décisions incidentes de l'assureur social concernant la mise en œuvre d'expertises, ne peuvent pas être déférées au Tribunal fédéral, à moins qu'il n'ait été statué sur des motifs formels de récusation (ATF 138 V 318 consid. 6.2 p. 323). Le choix de l'expert ayant en l'occurrence été critiqué seulement pour des motifs structurels, il n'y a en principe pas de voie de recours au Tribunal fédéral contre le présent arrêt, raison pour laquelle celle-ci ne sera pas mentionnée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 21 janvier 2013.
3. Renvoie la cause à l'intimé afin qu'il se détermine sur l'expert proposé par le recourant, et le cas échéant, propose d'autres noms d'experts, ainsi que complète la mission des experts dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de 1'000 fr. au recourant à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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