



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1436/2018

ATAS/625/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juillet 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-
DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-
Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 1^{er} septembre 2015, Madame A _____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1977, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en raison des atteintes suivantes : lombalgies depuis l'âge de 16 ans ; céphalées depuis 2002 ; discopathie lombaire ; lésions accidentelles (médius gauche et genou gauche) en juin 2003 ; excès pondéral depuis 2003 ; crises comitiales (*ndlr : crises d'épilepsie*) depuis l'âge de cinq ans ; accident avec fracture de la cheville gauche en juin 2011 ; chute sur crise comitiale ; cloward (voie transdiscale avec arthrodeèse) en août 2013.
2. Dans son rapport du 22 septembre 2015, le docteur B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et neurochirurgie, a posé les diagnostics de syndrome cervicobrachial droit sur hernie discale C5-C6 depuis octobre 2012 (avec effet sur la capacité de travail) et d'épilepsie, hypertension artérielle, hernie hiatale, tunnel carpien gauche et fracture de la cheville droite (sans effet sur la capacité de travail). Le 14 août 2013, l'assurée avait subi une intervention chirurgicale au niveau de la hernie discale. Les suites immédiates avaient été bonnes mais les douleurs du membre supérieur gauche étaient réapparues. En raison de ces atteintes, l'assurée avait de la peine à rester assise devant un écran. Elle présentait, en outre, des spasmes du membre supérieur gauche. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle de secrétaire que dans une activité adaptée.
3. Le 7 octobre 2015, le docteur C _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a fait parvenir à l'OAI un rapport dans lequel il a évoqué les diagnostics d'épilepsie ; gros problème cervical postopératoire ; faiblesse des membres inférieurs et supérieurs ; douleurs des membres supérieurs depuis 2010 (avec effet sur la capacité de travail) et excès pondéral depuis 2012 (sans effet sur la capacité de travail). Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles d'ordre psychique et physique ainsi qu'une incapacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
4. Dans son rapport du 28 octobre 2015, la doctoresse D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a expliqué qu'elle avait suivi l'assurée du 21 mai au 1^{er} juin 2015 pour une fracture du cinquième métatarsien gauche, laquelle n'entraînait pas d'incapacité de travail, le traitement étant au demeurant terminé.
5. Le 18 décembre 2015, la doctoresse E _____, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport dans lequel elle a expliqué suivre l'assurée pour une épilepsie primaire généralisée depuis l'âge de 5 ans, bien stabilisée et sans rapport avec l'arrêt de travail. L'atteinte entraînant des répercussions sur la capacité de travail consistait en une hernie discale C5-C6 paramédiane droite diagnostiquée par IRM du 4 décembre 2012 et opérée le 14 août 2013, pour laquelle elle renvoyait au Dr B _____ pour plus d'informations.
6. Le 29 janvier 2016, l'OAI a reçu un rapport intermédiaire du Dr C _____. Il en ressort que l'atteinte à la colonne cervicale s'était améliorée, mais une neuropathie

du coude gauche se développait depuis environ dix-huit mois et devait en principe être opérée en février 2016. Le membre supérieur gauche n'était pas utilisable pour la vie de tous les jours, l'assurée étant limitée aux gestes de base (alimentation, habillement...). La capacité de travail était de 100 % (recte : vraisemblablement 0 %) dans son activité habituelle d'aide-secretaire.

En annexe figurait un rapport du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 25 janvier 2016, lequel avait été consulté par l'assurée dans un contexte de multiple crushes, épicondylalgies droites et neuropathie ulnaire au coude gauche. L'examen ENMG n'était pas relevant. L'examen échographique des coudes démontrait une importante atteinte compressive ulnaire au coude gauche et des tendinopathies d'insertion au coude droit. Pour le coude droit, des séances d'acupuncture avaient été prescrites. En revanche à gauche, il fallait envisager de libérer le nerf chirurgicalement.

7. Dans son rapport du 11 février 2016, le Dr B_____ a également évoqué l'apparition de la neuropathie ulnaire gauche pour laquelle le Dr F_____ discutait d'une chirurgie.

En annexe figuraient divers documents, dont notamment un rapport de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie. Il en ressort que l'assurée avait été opérée, en 2012 (recte : 2013), d'une hernie cervicale gauche, laquelle se manifestait par des céphalées et un manque de force du membre supérieur gauche. Suite à l'intervention en question, les céphalées et le manque de force avaient disparu. Ces symptômes étaient à nouveau réapparus au début 2015. Une IRM réalisée le 19 février 2015 avait montré une uncarthrose et une petite hernie discale foraminale C4-C5 gauche pouvant éventuellement expliquer la symptomatologie dans le membre supérieur gauche. Une petite hernie discale C6-C7 paramédiane droite et une spondylodèse par abord antérieur C5-C6 avec artéfact à ce niveau avaient également été constatées. La neurographie du nerf cubital gauche jusqu'au coude était normale. L'étude des myotomes C5-D1 ne montrait pas de signes de souffrance radiculaire motrice, en particulier C5-C6 gauche. Pour la Dresse G_____, les épisodes de faiblesse du membre supérieur gauche semblaient davantage correspondre à un tiraillement. Quant aux céphalées, elles semblaient clairement être de type céphalées de tension avec irritation du nerf d'Arnold gauche.

8. Le 11 février également, le Dr F_____ a procédé à une neurolyse ulnaire au coude gauche.
9. Le 23 février 2016, le Dr F_____ a rappelé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de neuropathie ulnaire au coude gauche dans un contexte de multiples crushes. Le pronostic était réservé après la neurolyse ulnaire en raison de l'atteinte pluriétagée. S'agissant uniquement du problème du coude, la capacité de travail était nulle dès le 11 février 2016, pour une durée de huit semaines (durée usuelle),

ladite atteinte ne devant théoriquement entraîner ni incapacité définitive, même partielle, ni diminution de rendement.

En annexe figuraient divers comptes rendus et rapports, et notamment le rapport opératoire de la neurolyse ulnaire réalisée le 11 février 2016.

10. Dans son rapport du 31 mai 2016, le Dr C_____ a évoqué un état de santé resté stationnaire, sans changement de diagnostics. Les migraines étaient toutefois devenues particulièrement violentes. L'assurée ne pouvait rester dans les mêmes positions plus de deux heures de suite et devait arrêter fréquemment ses activités en raison des céphalées et des douleurs du membre supérieur gauche. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de secrétaire et de 50 % dans une activité adaptée, sans effort physique ou psychique. S'agissant d'une reprise du travail, elle était envisageable dans une activité légère à définir. En raison de sa retraite, l'assurée allait désormais être suivie par le docteur H_____, généraliste FMH.

Les deux documents suivants étaient notamment joints au rapport précité :

- le compte rendu des radiographies et de l'échographie de l'épaule gauche, du 11 avril 2016, concluant à un conflit sous-acromial avec tendinopathie sous-jacente modérée de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux, lequel apparaissait légèrement tuméfié sans image de déchirure partielle ou complète ainsi qu'une très discrète ébauche d'arthrose acromio-claviculaire ;
- un rapport de la Dresse E_____ du 21 septembre 2015, comprenant la liste des traitements antiépileptiques instaurés.

11. Le 30 mai 2016, le Dr F_____ a adressé un nouveau rapport à l'OAI. Il en ressort qu'il était prématuré de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé, vu la neurolyse ulnaire du coude gauche effectuée le 11 février 2016. L'évolution était lente avec un état douloureux du bras gauche. Le pronostic était réservé. Il y avait une diminution incomplète des brachialgies gauches avec des multiples crushes et une diminution de la force du membre supérieur gauche. Il renvoyait pour les autres aspects aux autres médecins intervenants.

12. Le 4 novembre 2016, le Dr F_____ a encore indiqué que l'état était stationnaire, avec toutefois l'installation d'un état douloureux chronique définitif pluriétiologique. L'assurée éprouvait des restrictions dans les activités courantes nécessitant l'usage du membre supérieur gauche. La reprise d'une activité professionnelle était très improbable. Il suggérait toutefois une évaluation professionnelle dans un des centres de l'OAI.

13. Le 24 janvier 2017, la Dresse D_____ a récapitulé les atteintes dont souffrait l'assurée : neuropathie ulnaire gauche opérée en février 2016 (avec répercussion sur la capacité de travail), fracture de la cheville gauche opérée en 2011, ablation du matériel d'ostéosynthèse de la cheville gauche en 2011 également, fracture de la base des métatarses 2 et 3 gauches en 2014, fracture de la base du 5^{ème} métatarse gauche en mai 2015 et neuropathie ulnaire (sans répercussion de la capacité de

travail). L'évolution de l'atteinte au pied gauche était favorable, sans déficit séquellaire de la cheville droite.

14. Quant au Dr H_____, il a indiqué, dans un rapport non daté mais reçu par l'OAI le 24 janvier 2017, qu'il avait succédé au Dr C_____. Après avoir rappelé les diagnostics d'ores et déjà évoqués, il a précisé que l'évolution était stationnaire et que l'assurée était totalement incapable de travailler depuis 2014.
15. Par courrier du 1^{er} février 2017, le Dr B_____ a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était détérioré depuis l'intervention du 11 février 2016. En effet, elle se plaignait désormais également de douleurs cervicales importantes avec une irradiation en casque. La situation restait difficilement gérable, malgré les médicaments prescrits. Un nouveau bilan radiologique effectué fin janvier 2017 avait montré une dégénérescence du segment C6-C7 adjacent au segment C5-C6 opéré en 2013 avec des signes inflammatoires actifs au niveau sous-chondral de type Modic I. Ces découvertes rendaient bien compte de la douleur cervicale et des céphalées. Il discutait d'une réintervention à ce segment adjacent. L'évaluation de la capacité de travail était difficile à faire. D'un côté, l'assurée se plaignait d'avoir de la difficulté à gérer les gestes simples de la vie quotidienne, tels que, par exemple, faire les courses, se faire à manger, faire la lessive ou même tenir son ménage. Le fait de porter une bouteille d'eau pour se servir semblait également difficile. La patiente disait passer la plupart du temps allongée. D'un autre côté, elle entreprenait des voyages lointains de façon assez régulière (Namibie en 2016, Nouvelle-Zélande dans les jours à venir), même si, à ses dires, ces voyages nécessitaient des aménagements importants sur le plan du confort (voyages organisés, classe business pour les vols...). Pour le Dr B_____, il était important de solliciter un avis indépendant avant de prendre des décisions.
16. Le 8 mai 2017, l'assurée a subi une nouvelle intervention chirurgicale, sous la forme d'une fusion des vertèbres C6-C7 (arthrodèse cervicale antérieure - *anterior cervical interbody fusion - ACIF*).
17. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a émis un avis en date du 31 mai 2017. Après avoir résumé les avis médicaux successifs des divers médecins qui suivaient l'assurée, le SMR a estimé, vu notamment l'appréciation du Dr B_____ du 1^{er} février 2017, qu'une expertise neurochirurgicale, à confier au docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale, était nécessaire pour pouvoir se prononcer sur le cas.
18. Par courrier du 1^{er} juin 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une expertise médicale neurochirurgicale était nécessaire et qu'il entendait la confier au Dr I_____. Une copie des questions et de la mission d'expertise était annexée au courrier. L'assurée disposait également d'un délai de douze jours pour formuler des questions complémentaires et communiquer d'éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert désigné.

19. Par courriers des 2 et 7 juin 2017, l'OAI a communiqué le dossier au Dr I_____.
20. Le 15 juin 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI que « pour des raisons personnelles, [elle lui demandait] de bien vouloir confier cette expertise à un autre médecin ».
21. Par courrier du 20 juin 2017, l'OAI a constaté, d'une part, que le délai imparti par courrier du 1^{er} juin 2017 était de douze jours et, d'autre part, que l'assurée ne faisait valoir aucun motif de récusation matériel ou formel sur lequel il devait se prononcer par le biais d'une décision incidente ou d'une communication. À l'exception des cas où un motif de récusation formel était invoqué par l'assuré, dans lesquels une décision incidente devait alors être rendue, la mise en œuvre d'une expertise médicale par un office AI ne revêtait pas le caractère d'une décision administrative. Dès lors l'OAI maintenait sa position de mandater le Dr I_____. Enfin, l'office précité rappelait à l'assurée, « à toutes fins utiles » qu'elle était soumise à l'obligation de collaborer en vertu de l'art. 43 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).
22. Par courrier du 21 juin 2017, l'expert a convoqué l'assurée pour expertise à son cabinet le 26 juin 2017 à 9h00.
23. Le 28 juin 2017, l'expert a communiqué à l'OAI son rapport daté du 26 juin 2017. Il en ressort que l'assurée se plaignait de migraines, manque de force dans le bras gauche et de mal de cou (recte : nuque). Après avoir résumé les pièces du dossier, le Dr I_____ a procédé à un examen clinique du rachis de l'assurée, lequel a permis de constater une limitation asymétrique des amplitudes articulaires du rachis cervical en flexion et en rotation. L'anomalie rotatoire était difficilement appréhendable en raison de l'absence de chirurgie au rachis cervical supérieur. Les troubles de la sensibilité tactile superficielle étaient accompagnés de paresthésies, que l'assurée n'avait jamais annoncées à ses médecins, pour des motifs peu clairs. La baisse de force du membre supérieur gauche, annoncée comme étant concomitante aux céphalées, n'était pas retrouvée lors des tests de force, groupe musculaire par groupe musculaire alors même qu'une céphalée débutante était décrite par l'assurée. L'examen orthopédique des épaules avait montré un conflit sous-acromial gauche, de type antéro-externe, avec des signes de tendinopathie du sus-épineux gauche. Les diagnostics retenus étaient ceux de status post-syndrome cervicobrachial droit sur hernie discale C5-C6 en octobre 2012, status post spondylodèse C5-C6 le 14 août 2013, status post-dégénérescence discale C6-C7 le 1^{er} février 2017 et status post spondylodèse C6-C7 le 10 (recte : 8) mai 2017 (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que status post compression du nerf ulnaire gauche au coude à examen électrophysiologique normal le 25 janvier 2016, status post neurolyse ulnaire gauche le 11 février 2016, status post conflit antéro-externe de l'épaule gauche avec tendinopathie modérée du muscle sus-épineux le 11 avril 2016, status post fracture du pilon tibial gauche le 26 juin 2011 (incapacité de travail du 1^{er} juillet 2011 au 1^{er} mai 2012), status post ablation du matériel au tibia gauche le 28 mars 2012, status post fracture des 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens

gauches en 2011 (incapacité de travail du 24 novembre au 15 décembre 2011), status post fracture du 5^{ème} métatarsien le 21 mai 2015, status post tendinopathie du tendon commun des extenseurs au coude droit le 25 janvier 2016, status post syndrome du tunnel carpien gauche, muscle surnuméraire de la paume de la main gauche, ténosynovite sténosante des tendons fléchisseurs de l'index gauche, à leur entrée dans le canal digital et status post-décompression du tunnel carpien gauche, neurolyse *in situ* du nerf médian, section de la poulie A1 des tendons fléchisseurs de l'index, excision d'un surnuméraire, ténolyse par traction, synovectomie localisée le 22 juillet 2006. Malgré les atteintes précitées, le Dr I_____ était d'avis que la capacité de travail de l'assurée était entière tant dans l'activité habituelle d'aide-secrétaire que dans une activité adaptée. Ces atteintes entraînaient toutefois des limitations fonctionnelles. Ainsi, l'activité professionnelle exigible de l'assurée ne devait pas impliquer, de manière répétitive ou fréquente, les actes suivants : soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 10 kg au-dessus du plan des épaules ; effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, travailler en position accroupie ou agenouillée ainsi que ramper ou grimper.

24. Faisant suite à l'examen du 26 juin 2017, l'assurée, sous la plume du conseil à qui elle venait de confier la défense de ses intérêts, a expliqué à l'OAI que le Dr I_____, qui avait été mandaté nonobstant son opposition, avait fait preuve d'un comportement manifestement inadéquat pendant la consultation, laissant en particulier transparaître une prévention à son égard, ce qui constituait une attitude incompatible avec les devoirs d'impartialité et d'indépendance incombant à un expert. En effet, le délai de convocation était inhabituellement et excessivement bref. Elle avait ainsi reçu la convocation le 22 juin pour le 26, étant précisé que les 24 et 25 juin tombaient sur un week-end. Ensuite, lors de l'examen, l'expert s'était montré agacé par ses réponses et avait fait preuve d'agressivité constante. Il ne l'avait pas laissée s'exprimer sur des sujets fondamentaux comme son état de santé actuel ou la question de la possibilité d'une reprise d'emploi, l'interrompant dans ses explications, refusant de tenir compte de plusieurs de ses plaintes (névralgies, localisation des douleurs notamment au bras et au genou), exigeant des réponses laconiques, par « oui » ou « non ». À trois reprises l'expert l'avait menacée, sans fondement, de renvoyer son dossier à l'OAI au prétexte que, selon lui, elle ne collaborerait pas correctement, et alors même qu'il l'empêchait de s'exprimer, ajoutant même de manière totalement déplacée « qu'il ne fallait pas qu'elle se croie au-dessus de tout le monde », le tout, en laissant éclater une très grande colère, alors qu'elle s'efforçait pour sa part de conserver son calme. Elle avait été à ce point choquée et bouleversée par le comportement de l'expert qu'elle s'était trouvée à la limite de faire un malaise durant l'entretien et en restait affectée à ce jour. En conséquence, l'assurée sollicitait formellement la récusation de l'expert et la nomination d'un autre spécialiste, ceci dans le respect des principes de nomination consensuelle, lesquels n'avaient pas été respectés dans le cas d'espèce. L'assurée sollicitait enfin la copie du dossier complet par retour de courrier.

25. L'OAI a adressé le CD-ROM du dossier demandé le 12 juillet 2017.
26. Par courrier du 18 juillet 2017, l'assurée, toujours sous la plume de son conseil, a encore constaté que l'OAI avait adressé l'ensemble du dossier à l'expert pressenti, avant même l'échéance du délai de récusation imparti, démarche problématique tant sous l'angle du respect des procédures que par rapport à la confidentialité des données. L'OAI lui avait en outre répondu de manière incorrecte au sujet de la demande de récusation matérielle qu'elle avait formulée. En effet, il était inexact de prétendre que l'office n'aurait pas été tenu de rendre une décision formelle à cet égard. Il incombait bien plutôt à ce dernier de lui demander, le cas échéant, d'étayer son argumentation puis de rendre une décision formelle. Par ailleurs, elle avait été convoquée avec un délai très bref et le Dr I_____ avait rendu un rapport de 43 pages le jour même de l'expertise, sans le moindre recul, ce qui laissait présumer que la rédaction dudit rapport avait été effectuée avant l'examen. S'y ajoutait également le comportement inadéquat de l'expert. Eu égard à ce qui précédait, l'assurée était ainsi d'avis que la procédure d'expertise était entachée de vices graves qui l'invalidaient dans son ensemble.
27. Dans un courrier du 8 août 2017, l'OAI a rétorqué à l'assurée qu'elle avait eu la possibilité de faire valoir ses droits, notamment les éventuels motifs de récusation à l'encontre de l'expert, ce dont elle s'était abstenue, se contentant de s'opposer à la désignation du Dr I_____ pour des motifs personnels, sans autres précisions. Elle s'était ensuite déplacée à l'expertise. Dans la mesure où ses droits avaient été respectés, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la demande de récusation.
28. Le même jour, le SMR s'est prononcé sur le rapport du Dr I_____ et a relevé que l'assurée avait été opérée (spondylodèse C6-C7) le 10 (recte : 8) mai 2017. Après avoir résumé le rapport précité, le SMR a estimé nécessaire de faire préciser à l'expert l'évolution des incapacités de travail depuis 2012, ce que le médecin précité a fait par courrier du 15 août 2017.
29. Par courrier du 17 août 2017, l'assurée, toujours sous la plume de son conseil, a, une nouvelle fois, contesté la procédure d'expertise, persistant dans les termes de ses envois des 10 et 18 juillet 2017.
30. Dans son avis du 20 novembre 2017, le SMR s'est prononcé sur le complément d'expertise. Après avoir résumé le rapport complémentaire du Dr I_____, le SMR a considéré que la profession de secrétaire était compatible avec les limitations fonctionnelles retenues (éviter de soulever, porter, pousser, tirer des charges de plus de 10 kg au-dessus du plan des épaules, éviter d'effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne cervicale, éviter de travailler en position accroupie ou agenouillée, éviter de ramper ou de grimper). Le début de l'aptitude à la réadaptation était ainsi fixé au 15 décembre 2013.
31. En date du 21 novembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de refus de toutes prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle ne souffrait d'aucune

atteinte à la santé incapacitante. La capacité de travail raisonnablement exigible demeurait entière et à plein rendement et ce dans toute activité, à l'exception des incapacités de travail usuelles suite à chacune des interventions chirurgicales (du 14 août au 14 novembre 2013 et du 10 mai au 10 août 2017). Dès lors que ces incapacités étaient d'une durée inférieure à un an, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.

32. Par courrier du 8 décembre 2017, l'assurée s'est opposée à ce projet, contestant le rapport du Dr I_____ tant sur le fond que s'agissant de la procédure de mise sur pied de l'expertise, laquelle avait été viciée, comme déjà signalé. Elle demandait, par ailleurs, la transmission par retour du courrier du dossier à jour, l'opposition devant être motivée dès prise de connaissance dudit dossier.
33. L'OAI lui a communiqué le CD-ROM demandé par courriers des 11 et 12 (code d'accès) décembre 2017.
34. Par courrier du 16 mars 2018, la recourante a, une nouvelle fois, sollicité la transmission du dossier.
35. Le même jour, l'OAI a notifié à l'assurée sa décision, rejetant la demande de prestations du 1^{er} septembre 2015, pour les mêmes motifs que ceux évoqués dans le projet de décision du 21 novembre 2017.
36. Par courrier du 20 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui avait déjà adressé le CD-ROM du dossier et que, de toute manière, un délai de trente jours était applicable pour apporter des objections fondées à l'encontre du projet de décision du 21 novembre 2017.
37. Par mémoire du 2 mai 2018, l'assurée (ci-après : la recourante), représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant préalablement à ce que l'expertise du Dr I_____ soit écartée du dossier, à l'audition des Drs E_____ et B_____, et du docteur J_____, et, cela fait, à la mise en place d'une expertise médicale judiciaire bidisciplinaire, orthopédique et neurologique, afin d'examiner l'incidence des troubles de la santé sur sa capacité de travail. Principalement, elle concluait, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2016.

À l'appui de ses conclusions, elle a considéré que la procédure de désignation du Dr I_____ était viciée, pour les motifs qu'elle avait d'ores et déjà portés à la connaissance de l'OAI (ci-après : l'intimé) (envoi du dossier avant même l'échéance du délai imparti pour faire valoir des motifs de récusation et se prononcer sur le questionnaire ; ce qui entraînait un problème de confidentialité des données et de violation du secret médical, dès lors qu'elle s'était opposée à la nomination de cet expert ; réponse incorrecte de l'intimé s'agissant de l'obligation de se prononcer, par le biais d'une décision incidente, lors de motifs de récusation matériels ; convocation, par l'expert, dans un délai excessivement bref ; rapport de 43 pages établi le jour même de l'examen, par conséquent, sans le moindre recul, ce qui signifiait que la rédaction de ce rapport avait débuté avant que l'expert ne

l'examine). S'y ajoutait, en outre, le comportement inadéquat du Dr I _____ pendant la consultation, ce qui aurait également dû conduire à sa récusation, formellement demandée une seconde fois. Partant, l'expertise était entachée de graves vices. Elle aurait donc dû être écartée du dossier et un nouvel expert aurait dû être désigné. Sur le fond, la recourante relevait que l'expert n'avait absolument pas pris en compte l'essentiel de ses plaintes, pourtant objectivées à la lumière des différents avis médicaux figurant au dossier. Dans ces circonstances, elle concluait à la mise sur pied d'une expertise judiciaire bidisciplinaire, neurologique et orthopédique, l'aspect neurologique devant être confié à un neurochirurgien. En effet, outre ses troubles invalidants de la colonne cervicale et lombaire, elle souffrait également d'épilepsie et de troubles neurologiques du membre supérieur gauche, dont l'incidence sur la capacité de travail devait être investiguée.

38. L'intimé s'est déterminé par courrier du 30 mai 2018 et a conclu au rejet du recours.

À l'appui de ses conclusions, l'office intimé a notamment expliqué qu'il avait confié au Dr I _____ le soin de réaliser une expertise neurochirurgicale. S'agissant de la récusation de ce médecin, les griefs de la recourante au sujet de la manière dont l'expert avait été désigné n'étaient pas fondés. L'exercice de son droit d'être entendu lui avait été notifié par courrier du 1^{er} juin 2017 et un délai de douze jours lui avait été imparti pour se prononcer. Priant l'office, par courrier du 15 juin 2017, de désigner un autre médecin, ceci pour des raisons personnelles, la recourante n'avait pas invoqué de grief recevable à l'encontre de l'expert, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un motif de récusation admissible. Ainsi, l'OAI n'avait pas à trouver de consensus pour la désignation d'un expert, ni à rendre une décision incidente. Il était d'ailleurs contraire à la bonne foi d'attendre de connaître le résultat de l'expertise pour soulever des griefs à l'encontre de la procédure mise en place. Enfin, les critiques soulevées par le conseil de la recourante ne permettaient pas d'apporter la preuve d'une attitude de prévention de l'expert ni de remettre en cause son impartialité dans sa mission d'expertise. Le rapport d'expertise remplissait ainsi tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Pour le surplus, la recourante n'apportait aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son rapport. L'instruction du dossier permettait par conséquent de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'une instruction médicale complémentaire s'avérait inutile.

39. La recourante a brièvement répliqué. Elle a intégralement persisté dans ses conclusions et a rappelé qu'à l'époque de l'exercice de son droit d'être entendu, elle n'était pas assistée d'un mandataire professionnellement qualifié, de sorte que la manière dont elle avait formulé son opposition à la désignation de l'expert pressenti constituait une demande de récusation. L'OAI devait dès lors lui demander de motiver sa requête, s'il estimait que celle-ci n'était pas suffisamment motivée. En

tout état, par la suite, elle avait fait valoir un autre motif de récusation de l'expert eu égard au comportement manifestement inapproprié dont il avait fait preuve durant la consultation, dénotant d'une prévention à son égard. L'OAI n'avait jamais contesté les faits. Dans sa réponse, l'intimé n'avait pas non plus pris position par rapport aux griefs soulevés quant au contenu de l'expertise. L'instruction médicale était enfin incomplète, dès lors que les troubles neurologiques et l'épilepsie dont elle souffrait n'avaient pas été examinés, raison pour laquelle une expertise bi-disciplinaire (neurologique en plus du volet orthopédique) aurait dû être ordonnée.

40. L'intimé a dupliqué par courrier du 17 juillet 2018. Il persistait dans ses conclusions et relevait que la Dresse E_____ avait indiqué dans son rapport du 14 décembre 2015, que la recourante était suivie pour une épilepsie primaire généralisée depuis l'âge de cinq ans, laquelle était bien stabilisée sous traitement et ne justifiait pas d'incapacité de travail. Dès lors, une expertise neurologique telle que demandée par le conseil de la recourante ne se justifiait nullement.
41. Dans la perspective de l'audience de comparution personnelle ordonnée par la chambre de céans, la recourante a produit, par courrier du 13 septembre 2018, un rapport du docteur K_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, spécialiste du traitement interventionnel de la douleur (SSIPM) et chef de service de la clinique de la douleur de l'Hôpital de La Tour, du 29 août 2018, dont il ressort qu'elle avait été vue en consultation à deux reprises en raison de scapulalgies. Après avoir cité les diagnostics, le Dr K_____ a relevé que la recourante présentait de très nombreux points douloureux et de multiples pathologies dans le cadre d'une vie par ailleurs difficile. La recourante vivait seule et avait une vie sociale réduite ; les douleurs et leurs traitements étaient une occupation et une préoccupation quotidiennes. Les plaintes motivant la consultation étaient essentiellement situées au niveau de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche. La colonne cervicale avait fait l'objet de deux interventions chirurgicales (en 2013 et 2017). Les deux interventions avaient amené une nette amélioration mais une symptomatologie douloureuse était à chaque fois réapparue. Actuellement, la recourante ressentait des sensations de faiblesses au niveau de la main gauche en particulier et des dysesthésies au niveau des deux (ou trois) premiers doigts de la main gauche. S'y associaient des céphalées à caractère variable selon les jours, associant migraines et céphalées plus atypiques. D'autres plaintes concernaient des lombalgies chroniques et des douleurs du genou droit en liaison avec une atteinte ligamentaire (rupture du ligament croisé antérieur - LCA). L'épilepsie était apparemment bien contrôlée avec un traitement de fond. Vu la multiplicité des sites douloureux et l'absence d'efficacité d'un traitement médicamenteux de fond, la question d'une rente se posait de façon très aiguë et une activité professionnelle paraissait compromise.
42. La chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle le 29 octobre 2018.

À cette occasion, la recourante a expliqué qu'elle avait demandé la désignation d'un autre expert « pour des raisons personnelles ». En effet, ses médecins lui avaient indiqué que leur confrère n'avait pas nécessairement la meilleure réputation dans le milieu médical et ils lui avaient recommandé de le récuser pour qu'un autre expert soit désigné. Elle avait, dans un deuxième temps, mieux compris les mises en garde de ses médecins par rapport au Dr I_____. Suite à la réception de la convocation de l'expert, elle lui avait téléphoné pour s'assurer qu'il disposait du compte rendu opératoire de la dernière opération qu'elle avait subie au début du mois de mai 2017. Il lui avait répondu, en substance, qu'il avait bien le dossier. Lors de l'examen, après les salutations d'usage, elle avait à nouveau voulu s'assurer qu'il était au courant qu'elle venait d'être opérée des cervicales. Il lui avait alors répondu qu'il ne le savait pas, et qu'elle aurait dû lui faire parvenir elle-même le compte rendu de l'opération. Comme elle lui avait fait observer qu'elle l'avait envoyé à l'OAI, il avait commencé à la rudoyer en suggérant qu'elle accusait l'État de ne pas lui avoir transmis des documents, et qu'elle était une menteuse. L'entretien et l'examen avaient duré trois heures, de 09h00 à 12h00. Pendant ce temps, les choses avaient été très pénibles pour elle, non pas parce qu'elle devait répondre à des questions, mais vu la manière dont l'expert l'avait traitée. Par exemple, il l'avait menacée à trois reprises de renvoyer le dossier à l'OAI au motif qu'elle ne collaborerait pas, ce qui était inexact. Elle s'était au contraire efforcée de répondre à ses questions, même à celles qui ne paraissaient pas en lien avec ses atteintes. Il souhaitait qu'elle réponde à ses questions par « oui » ou « non » alors qu'il lui paraissait utile sinon nécessaire de lui parler de ses difficultés et problèmes. Le Dr I_____ s'était énervé en lui disant qu'il n'avait pas de temps pour écouter toutes ces choses. Il avait également prétendu qu'elle s'imaginait être au-dessus des lois et diverses remarques du même style. Au début de l'entretien, il lui avait demandé pourquoi elle était là. Elle lui avait alors expliqué que c'était en raison de problèmes de cervicales. Il l'avait immédiatement reprise en lui disant quelque chose comme « on ne va pas commencer à utiliser des mots universitaires ». À un moment, il s'était tellement énervé que son visage était devenu tout rouge et il s'était mis à crier contre elle. Cela avait duré trois heures. Lorsqu'elle lui avait parlé de ses maux de tête, le Dr I_____ avait refusé de l'écouter plus avant, prétendant qu'il ne s'agissait pas de son domaine de compétence, mais que c'était du ressort du neurologue.

Quant à l'intimé, il a admis qu'il avait adressé deux fois le CD-ROM à l'expert, à cinq jours d'intervalle (2 et 7 juin 2017) en raison de la réception, le 7 juin 2017, du compte rendu opératoire évoqué ci-dessus.

43. La chambre de céans a entendu le Dr I_____ en date du 29 avril 2019. À cette occasion, le médecin a expliqué - en relation avec le libellé de son papier en-tête la mentionnant - que la spécialisation « de la colonne vertébrale » n'existait pas en tant que telle, mais que c'était une pratique d'usage notamment dans le cadre des hôpitaux. Il n'était par ailleurs pas spécialiste en neurochirurgie. Il n'était pas au

courant, avant de convoquer la recourante, que cette dernière avait sollicité la désignation d'un autre expert que lui, dans le cadre de son droit d'être entendu. Le déroulement de l'examen de la recourante s'était passé sans incident, ni de mots plus hauts que d'autres. Il contestait avoir reçu un appel de la recourante avant le rendez-vous. En effet, si tel avait été le cas, il l'aurait noté. Or, rien dans ce sens ne figurait dans ses notes. Interrogé sur le fait qu'il aurait rudoyé la recourante, en l'accusant de ne pas lui avoir transmis tous les dossiers, le Dr I_____ a répondu « Oh là là, quelle histoire ! alors on va la faire simple, je ne suis pas en charge de l'instruction du dossier ».

La greffière a ensuite noté au procès-verbal « *Sur quoi le témoin s'interrompt et apostrophe l'un des juges assesseurs en lui disant qu'il semble l'énerver, levant les yeux à chaque fois qu'il commence une phrase. Il lui demande s'il y a un problème. Le juge assesseur observe qu'il écoute au contraire attentivement ce que le témoin a à dire.*

Le témoin précise encore que le juge assesseur en question lève ainsi les yeux en direction du conseil de la recourante. Ce dernier réagit, s'excuse à l'endroit du juge assesseur en s'excusant d'avance si d'aventure il était à l'origine de l'agacement du juge concerné ».

Le Dr I_____ a encore apporté des précisions sur la certification SIM avant que l'audience ne soit interrompue, le médecin précité ayant des engagements.

44. L'audition du Dr I_____ s'est poursuivie à l'audience du 9 décembre 2019. Le médecin précité a alors expliqué qu'il entendait par le terme « prépotence », employé dans son rapport, la manière dont la recourante s'était adressée à lui, soit en manifestant une certaine autorité, surtout dans le ton mais parfois dans les propos, notamment par rapport à son appréciation au sujet de certaines assurances sociales. Il citait pour exemple le fait que la recourante se soit plainte, à plusieurs reprises, de la lenteur de l'assurance-invalidité et du fait qu'elle s'était étonnée à plusieurs reprises de se voir interdire d'exercer toute activité lucrative, tant et aussi longtemps que l'OAI n'avait pas rendu sa décision. S'agissant de la capacité de travail, il constatait que la tendinopathie ne nécessitait aucun traitement, pas même antalgique, et que l'atteinte au rachis cervical était résolue, et ne nécessitait plus de traitement. Il était par conséquent clair pour lui que la capacité de travail de la recourante, dans sa profession usuelle de secrétaire, n'était pas limitée. Il ne se souvenait pas avoir adopté le comportement qui lui avait été reproché. En outre, il contestait avoir reproché à la recourante d'être trop prolix dans ses explications. Comme cela figurait dans son rapport, les plaintes de la recourante avaient été recueillies et reportées sous sa dictée, mot pour mot.

Interrogé par le conseil de la recourante au sujet des paresthésies, évoquées à plusieurs reprises dans le rapport d'expertise, le Dr I_____ a expliqué qu'il avait investigué ces éléments en procédant notamment à un examen neurologique de la colonne et rachis, en prenant connaissance des radiographies relatives à l'épaule et

au rachis et des résultats de l'examen électroneuromyographique (ENMG). Il n'avait pas pratiqué l'ENMG, n'étant pas neurologue, mais il s'estimait capable de lire les résultats de l'examen. La problématique des migraines et des névralgies ne figurait pas dans le rapport, dès lors qu'il s'agissait de notions d'ordre neurologique, concernant la maladie neurologique épileptique traitée. Ces atteintes n'étaient donc pas comprises dans l'expertise. Les signes neurologiques indirects avaient été investigués par imagerie et examen clinique. Son mandat était strictement limité à l'examen de l'appareil locomoteur. Si en cours d'examen, il devait s'apercevoir qu'une problématique pourrait toucher une autre spécialité, il lui arrivait de prendre contact avec le SMR, pour signaler ce qui devrait être investigué, et qui n'apparaîtrait pas dans d'autres documents figurant déjà au dossier (par exemple une problématique psychiatrique alors que rien au dossier ne l'évoquerait).

Sur question du conseil de la recourante, le Dr I _____ a encore expliqué que lorsqu'il recevait un assuré pour expertise, il avait déjà étudié toute la documentation mise à sa disposition et l'avait résumée dans son projet de rapport. Il confirmait ainsi qu'en cela, son rapport était déjà partiellement rédigé. D'autres éléments étaient déjà préparés, notamment les tableaux sous forme de masques à remplir le moment venu, en présence de l'expertisé pour éviter tout risque d'erreurs. Il notait, à part, un certain nombre de questions ou de problèmes à évoquer. Ensuite, la rédaction elle-même de son rapport intervenait calmement, après un temps de réflexion.

En résumé, il confirmait les conclusions de son rapport, par rapport à un dossier qui sur le plan médical lui paraissait relativement simple.

45. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 LPGA 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. À 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la régularité de la procédure d'expertise et la valeur probante du rapport du Dr I_____.
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).

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.

b. Lorsque l'assureur entend mettre en œuvre une expertise, il doit, préalablement à la réalisation de celle-ci, en informer l'assuré et lui communiquer le type d'expertise (mono-, bi- ou pluridisciplinaire) qu'il entend mettre en œuvre, le nom et la spécialité médicale de l'expert ou des experts désigné(s) et le catalogue des questions qu'il entend leur soumettre. L'assureur doit également donner à l'assuré l'occasion de s'exprimer sur le libellé des questions à poser à l'expert et de proposer des modifications et des adjonctions. L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle à la désignation de l'expert pressenti. Sont de nature formelle, les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi. Sont de nature matérielle tous les motifs dirigés contre l'expertise elle-même, contre son opportunité (par exemple parce qu'il s'agit d'une «second opinion»), contre son type et son étendue (par exemple concernant le choix des disciplines) ou encore contre la personne de l'expert (par exemple concernant ses compétences professionnelles). Si l'assuré estime disposer de motifs pertinents justifiant la récusation de l'expert désigné par l'assureur, il a le droit, parallèlement à celui de demander la récusation, de présenter des contre-propositions. Si l'assureur ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objections de l'assuré, il rend une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances ou du Tribunal administratif fédéral dans laquelle il indique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, la ou les discipline(s) médicale(s) prévue(s), le nom de l'expert ou des experts désigné(s), les questions posées et les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (Jacques-Olivier FIGUET, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, n° 19 et ss ad art. 44 LPGA).

6. a. Selon la jurisprudence, de manière générale, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA et 10 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) en lien avec l'art. 55 LPGA en ce qui concerne les médecins internes à l'assurance ou 34 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) en lien avec les art. 19 PA et 58 al. 1 de la loi fédérale de procédure civile fédérale du 4 décembre 1947 (PCF - RS 273), s'agissant des experts indépendants. Ces motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 et 1P.553/1999 du 30 novembre 1999).

b. Dans un ATF 132 V 376 du 14 juillet 2006, le Tribunal fédéral a considéré que les motifs pertinents pour lesquels une personne pouvait récuser un expert, au sens de l'art. 44 LPGA, ne se limitaient pas, comme précédemment, aux motifs formels de récusation énoncés par la loi, mais que les autres motifs, qualifiés de « matériels », pouvaient entrer en considération. Néanmoins, le Tribunal fédéral a fortement limité la portée de l'art. 44 LPGA en rapport avec ces motifs « matériels » de récusation, en considérant que l'assureur social concerné n'était pas tenu de rendre une décision incidente susceptible de recours lorsque l'assuré n'opposait que de tels motifs au choix de l'expert. Dans de telles situations, l'assureur social pouvait maintenir son choix sans qu'une voie de droit incidente soit ouverte pour le contester. Le cas échéant, la question de la valeur probante de l'expertise - au regard notamment des griefs « matériels » soulevés contre le choix de l'expert - pouvait faire l'objet d'un examen *a posteriori* par l'autorité de recours, si l'assuré contestait la décision finale fondée sur ce document. Ces griefs étaient alors pris en considération par le juge dans le cadre de sa libre appréciation des preuves. En résumé, il résultait de cette jurisprudence que l'assuré ne pouvait contester le choix de l'expert devant un tribunal, avant la réalisation de l'expertise, que s'il soulevait des motifs formels de récusation (consid. 6.2).

c. À l'ATF 133 V 446 du 23 juillet 2007, le Tribunal fédéral a considéré que le droit de collaborer lors de la mise en œuvre d'une expertise médicale dans la procédure d'instruction en matière d'assurances sociales était réglé à l'art. 44 LPGA de manière exhaustive, en ce sens que la loi fédérale ne conférait pas à l'assuré le droit de s'exprimer préalablement sur les questions que l'administration entendait poser à l'expert (consid. 7).

d. Dans un arrêt de principe publié à l'ATF 137 V 210 du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence et a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et des recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré lors de l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) 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], art. 42 LPGA et art. 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] ; consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre devait revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA laquelle pouvait être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales, respectivement le Tribunal administratif fédéral (consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a également modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré avait le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (consid 3.4.2.9).

e. La notion de « raisons pertinentes » au sens de l'art. 44 LPGA comprend d'une part les motifs de récusation prévus par la loi et d'autre part d'autres motifs pertinents, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert (Anna BÖHME, *Der medizinische Sachverständigenbeweis in der obligatorischen Unfallversicherung*, 2018, n° 508 p. 259). La notion de « raisons pertinentes » de l'art. 44 LPGA va dès lors au-delà des motifs de récusation formels prévus par la loi (Anna BÖHME, *op. cit.*, n° 507 p. 259).

Constitue un motif de récusation au sens de l'art. 44 LPGA le comportement inapproprié de l'expert à l'égard d'une partie ou de son mandataire. En effet, l'expert doit adopter, en toutes circonstances, un comportement neutre et une attitude courtoise et respectueuse. Il ne doit pas user de paroles ou de gestes susceptibles d'exprimer de la sympathie ou de la bienveillance, ou, au contraire, de l'indifférence ou de l'exaspération (Jacques-Olivier PIGUET, *op. cit.*, n° 36 ad art. 44 LPGA ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_781/2010 du 15 mars 2011 consid. 7.1).

f. Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, il doit être invoqué dès que possible, soit en principe, dès que le plaideur a connaissance du motif, à défaut de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir. D'après une jurisprudence constante, il est en

effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument à l'occasion d'un recours du motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 132 II 485, consid. 4.3, voir également Jacques-Olivier PIGUET, op. cit., n° 47 ad art. 44 LPGGA).

7. a. En l'espèce, par communication du 1^{er} juin 2017, l'intimé a informé la recourante qu'il entendait mettre en œuvre une expertise neurochirurgicale et qu'il avait l'intention de la confier au Dr I_____.

Si la liste des questions était bien jointe à la communication, l'intimé n'a pas précisé la spécialisation du Dr I_____. Or, force est de constater que celui-ci est spécialisé en chirurgie orthopédique et non en neurochirurgie.

La procédure de mise en œuvre d'une expertise est par conséquent déjà viciée à ce stade, la recourante, alors non représentée, n'ayant pas pu se rendre compte de la contradiction entre le type d'expertise (expertise neurochirurgicale) et la spécialisation du médecin pressenti (spécialiste en chirurgie orthopédique et non en neurochirurgie).

b. Avant même l'expiration du délai de récusation, l'intimé a ensuite transmis le dossier au Dr I_____ à deux reprises, les 2 et 7 juin 2017. Cette manière de procéder, précipitée, pose à l'évidence un problème en matière de confidentialité, comme le soulève à juste titre la recourante, dès lors que la désignation du Dr I_____ n'était pas encore définitive vu le délai de récusation en cours.

Le 15 juin 2017, la recourante, qui n'était alors toujours pas représentée, s'est opposée pour des « motifs personnels » à la nomination du médecin précité.

L'intimé n'a demandé aucune précision au sujet des « motifs personnels » en question. Au lieu de cela, il a considéré que la recourante n'avait fait valoir aucun motif de récusation et il a maintenu la désignation du Dr I_____, expliquant en outre qu'une décision incidente ne devait être rendue qu'en présence d'un motif de nature formel, ce qui est inexact (cf. ATF 137 V 210).

On peut ainsi se demander si l'intimé n'aurait pas dû demander des précisions à la recourante sur ce qu'elle entendait par « motifs personnels ». Cette question peut toutefois rester ouverte, dès lors qu'au plus tard le 10 juillet 2017, une nouvelle demande de récusation a été formulée auprès de l'intimé.

En effet, avant même d'avoir pu prendre connaissance du rapport d'expertise, la recourante s'est adressée à un avocat, lequel a écrit à l'OAI le 10 juillet 2017, formulant dans ledit courrier plusieurs critiques à l'encontre du comportement du Dr I_____ lors de l'examen du 26 juin 2017.

Pour sa défense, l'intimé reproche à la recourante d'avoir été de mauvaise foi, ayant attendu le résultat de l'expertise avant de soulever des griefs à l'encontre de la procédure.

Force est toutefois de constater que vu le rappel relatif à l'obligation de collaborer compris dans le courrier du 20 juin 2017, on ne peut reprocher à la recourante de s'être présentée au cabinet du Dr I_____ malgré son opposition. De plus, en réagissant le 10 juillet 2017, soit avant d'avoir pu prendre connaissance des conclusions du rapport du 26 juin 2017, - lesquelles ont été adressées au conseil de la recourante le 12 juillet 2017 seulement -, la recourante a immédiatement réagi. En effet, avant même d'avoir obtenu une copie du rapport du Dr I_____ et de connaître ses conclusions, la recourante a, dans les deux semaines, trouvé un avocat et pris rendez-vous avec lui. L'avocat en question a rédigé un courrier qu'il a adressé à l'OAI. Dans la mesure où la recourante a formulé une demande de récusation en bonne et due forme immédiatement après l'examen par le Dr I_____, l'intimé ne pouvait renoncer à en examiner le bien-fondé. Il devait, au contraire, rendre une décision incidente s'il entendait se fonder sur l'expertise du médecin précité. L'intimé ayant omis de se prononcer formellement sur la demande de récusation, la procédure de mise en œuvre de l'expertise souhaitée par le SMR a également été viciée à ce stade.

Dans un souci d'exhaustivité, la chambre de céans relèvera encore que le comportement du Dr I_____ lors de l'audience du 29 avril 2019 corrobore, au degré de la vraisemblance prépondérante, la crédibilité des critiques formulées par la recourante. En effet, vu sa réaction s'agissant du dossier complet (« Oh là là, quelle histoire ! alors on va la faire simple, je ne suis pas en charge de l'instruction du dossier ») ou encore son attitude face à un des juges assesseurs (cf. note de la greffière sur le procès-verbal de l'audience : « *Sur quoi le témoin s'interrompt et apostrophe l'un des juges assesseurs en lui disant qu'il semble l'énerver, levant les yeux à chaque fois qu'il commence une phrase. Il lui demande s'il y a un problème. (...)* »), on peut aisément imaginer que l'expert en question ait manqué de patience et de courtoisie à l'égard de la recourante lorsque celle-ci ne répondait pas comme il le souhaitait. Or, il s'agit là d'un motif de récusation matériel au sens de l'art. 44 LPGA (cf. consid. 6e § 2 supra), sur lequel l'intimé devait se prononcer par décision incidente.

Les critiques formulées par la recourante ayant été rendues vraisemblables au vu du comportement en audience du Dr I_____, la chambre de céans ne peut qu'inviter l'intimé à mandater un autre expert. Par surabondance, la chambre de céans relèvera encore que le SMR entendait demander une expertise neurochirurgicale, ce qui n'a à aucun moment été remis en question, et qu'un chirurgien orthopédiste ne dispose à l'évidence pas d'une spécialisation dans ce domaine - comme le Dr I_____ l'a du reste admis lui-même -. Vu les atteintes dont souffre la recourante, c'est en réalité une expertise bi-disciplinaire, orthopédique et neurochirurgicale, voire pluridisciplinaire, avec un volet neurologique, qui aurait dû être réalisée.

Pour tous ces motifs, il convient d'annuler la décision du 16 mars 2018, et de renvoyer la cause à l'intimé pour la mise sur pied, dans le respect de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA et de la jurisprudence y relative, d'une expertise

bi-disciplinaire, orthopédique et neurochirurgicale, voire pluridisciplinaire, avec un volet neurologique, à confier à des médecins spécialisés dans ces domaines.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 16 mars 2018 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre de l'expertise précitée dans le respect des principes applicables en la matière.

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 16 mars 2018 et renvoie la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'800.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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