



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2314/2018

ATAS/884/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 septembre 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'Etude de Maître Emilie CONTI MOREL

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Jean-Pierre WAVRE et Willy
KNÖPFEL, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, divorcé, domicilié à Genève, a présenté une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 1^{er} décembre 2016. Il était en incapacité de travail de 100 % dès le 4 mai 2015, pour motifs psychiques (troubles dépressifs) : il était suivi par la doctoresse B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.
2. Par courrier du 24 mars 2017, répondant à une interpellation du service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), la Dresse B_____ a expliqué que l'assuré, patient de 55 ans, d'origine marocaine, en Suisse depuis une trentaine d'années, comptable de formation, mais sans activité professionnelle depuis trois à quatre ans, souffre d'un manque de réalisation sur le plan professionnel, s'estimant insatisfait de sa vie sociale, car depuis des années et malgré sa formation il était obligé par les services sociaux à faire seulement des missions d'intégration, sans avenir et sans aucune valorisation professionnelle. Il se dit humilié, repoussé de partout, et mécontent de sa situation. Il décrivait depuis plusieurs mois une importante perte d'énergie et de plaisir, présentait des réactions d'irritabilité envers les personnes autour de lui, se disant épuisé, triste et sans aucun avenir. Il se sentait mis sur une voie de garage et hors circuit, obligé à des activités répétitives et sans aucune importance professionnelle. On lui reproche de ne pas respecter sa hiérarchie, exprimant parfois à haute voix ses plaintes et sa situation insupportable. Ce contexte constant d'insatisfaction, d'incompréhension et de frustration professionnelle le plongeait depuis presque deux ans dans une détresse prolongée avec des ruminations critiques et persécutrices, une perte de confiance en soi, l'impossibilité de trouver le calme pour s'endormir, une tristesse profonde. Les relations avec sa famille n'arrivaient plus à lui enlever le spectre d'un échec total, et par honte de son insuccès, il s'éloignait du monde et ne sortait pas trop de chez lui. Il reste déstabilisé sur le plan psychique, anxieux, dans l'impossibilité de se projeter dans l'avenir proche. Il se plaint également de sentir ses capacités cognitives en baisse, et de n'avoir plus de ressources pour affirmer un projet construit et soutenant pour sa vie en général, « ayant eu toujours le versant professionnel comme image primordiale de sa réussite sociale ». Selon le médecin traitant, les atteintes observables encore sont incapacitantes, car il est démoralisé et perdu, n'a pas de refuge dans un projet soutenant, rumine et s'estime persécuté par le fonctionnement et l'enchaînement des situations peu valorisantes qu'il a vécues depuis les années 2000. Les expériences négatives connues à répétition expliquent son schéma de pensée dans laquelle « il est capable » seulement si les autres le valorisent et lui accordent de l'attention, et sont aussi en concordance avec les manifestations caractéristiques d'un PTSD (Ndr.: trouble de stress post-traumatique - type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort; aussi connue sous le nom de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou état de stress post-traumatique

dans la classification CIM10 [F43.1]), avec des pleurs faciles et des moments de grande anxiété et de tension émotionnelle, que le patient présente dès que l'on aborde les aspects traumatiques subis dans le domaine professionnel. Il n'a plus les capacités d'affirmer ses options, a peur de réagir directement, perd ses mots, est envahi par l'anxiété, rougit fortement, bégaye, évite systématiquement certaines situations, et se rétracte dans un fonctionnement introverti et auto-protecteur. Malgré des pensées tristes ressenties souvent et d'un sentiment d'une vie personnelle vide, le patient n'a pas de gestes auto-dommageables, ni de projet précis de se faire du mal. Il est fiable et authentique dans le lien thérapeutique, accepte les propositions, mais a du mal à accepter qu'il est malade psychiquement, mettant l'accent sur ses difficultés à donner des limites aux autres, sans avoir la crainte d'être exclu et jugé négativement. Cependant depuis quelques temps, ouvert et preneur de soins, ils se sent par moments plus positif et garde l'espoir d'une aide professionnelle qui pourrait lui faire voir l'avenir différemment.

3. Dans un avis du 26 juillet 2017, le SMR considère que le courrier de la psychiatre traitante ne lui permet pas de prendre position. Il ne comporte en particulier aucun diagnostic clair expliquant la souffrance et le vécu du patient. Il propose alors une expertise psychiatrique.
4. Par courrier du 8 décembre 2017, l'OAI a transmis le dossier au Docteur C_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne.
5. Ce dernier, par courrier du 19 décembre 2017, a convoqué l'assuré à son cabinet, pour un premier rendez-vous le 8 janvier 2018, et pour un entretien d'environ 2h30 à 3h00 le vendredi 2 février 2018.
6. Par courrier du 8 janvier 2018, suite à la demande de l'assuré lors du premier rendez-vous, l'expert l'a convoqué pour le 19 février 2018 à 10h30.
7. Par courrier recommandé et sous pli simple du 12 février 2018, l'OAI rappelant à l'intéressé les bases légales posant les obligations légales du demandeur de prestations, notamment celle de participer dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, et notamment de fournir tous les renseignements nécessaires pour établir le droit et fixer les prestations dues, ainsi que les sanctions applicables en cas de refus inexcusable de se conformer à l'obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction ; a constaté que l'intéressé avait été convoqué pour une expertise le 19 février 2018 à 10h30, et qu'il avait appelé le cabinet de l'expert le 12 février pour annuler ou reporter ce rendez-vous. Il était attendu qu'en l'absence d'une réponse de sa part à cette date, l'OAI statuerait sur la base du dossier en sa possession, précisant que les prestations pouvaient lui être refusées.
8. Par courrier recommandé daté du 6 février 2018 (recte : 13), reçu par l'OAI le 15 février 2018, l'assuré s'est adressé à l'OAI en ces termes : « Par la présente, je me permets de vous tenir au courant sur le courrier envoyé au Centre Médical de Psychothérapie Cognitive du Docteur C_____ (*adresse*). En sollicitant ce dernier à l'ajournement du rendez-vous fixé le 19.02.18 à une date ultérieure en vous

remerciant d'avance pour votre compréhension, je vous adresse, Madame, Monsieur, il me respecte (annexe mentionnée) " : l'annexe en question est une copie du courrier recommandé adressé par l'assuré à l'expert le 13 février 2018 confirmant un entretien téléphonique du 12 février 2018 et confirmant la demande de report de l'entretien du 19 février 2018 à une date ultérieure, précisant que ce renvoi était en relation très étroite avec l'expertise demandée par l'OAI.

9. Il résulte d'une note téléphonique du gestionnaire de l'OAI du 16 février 2018, que ce jour-là, il avait pris contact avec l'assuré, suite au courrier susmentionné. Il avait expliqué à l'assuré l'importance de cette expertise et son devoir de collaborer, lui confirmant que s'il ne se présentait pas, l'OAI pourrait se prononcer en l'état du dossier. Cette note mentionne enfin que le gestionnaire avait appelé le secrétariat de l'expert pour l'informer que l'assuré ne se présenterait pas le 19 février à l'expertise.
10. Par courrier du 20 février 2018 l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Par sommation recommandée du 12 février 2018, l'OAI avait attiré l'attention de l'assuré sur les conséquences d'un refus de collaboration de sa part. Il l'avait informé par courrier et par téléphone qu'il devait se présenter à l'expertise 19 février 2018. Constatant qu'il ne s'était pas présenté à cette expertise, malgré les sommations, l'OAI a statué en l'état du dossier. La demande de prestations était rejetée.
11. Par courrier du 16 mars 2018, l'assuré s'est adressé à l'OAI. Se référant aux courriers des 12 et 20 février (ce dernier : projet de décision), il observe :
 - Il n'avait jamais refusé de collaborer avec l'expert, au contraire, le 8 janvier 2018 il s'est déjà présenté et a rempli un questionnaire. Avant de quitter les lieux la secrétaire a fixé un nouvel entretien le 19 février 2018 ;
 - Le 6 février 2018 il avait adressé une lettre recommandée à sa psychiatre traitante lui demandant copie du rapport sur son état, qu'elle avait adressé au SMR le 24 mars 2017 ;
 - le 9 février 2018 il avait eu un rendez-vous avec sa psychiatre, qui lui avait remis ce rapport ; le consultant chez lui, il avait découvert des informations inexacts ;
 - le 12 février 2018 il avait appelé le centre médical de l'expert, sollicitant le report de rendez-vous pour une date ultérieure. Il lui avait été conseillé de faire cette demande par écrit ;
 - le 13 février 2018 il avait envoyé deux courriers, à l'expert et à l'OAI, pour les informer de cette demande de report de rendez-vous pour une date ultérieure ;
 - le 16 février 2018 il avait reçu, le même jour, la communication téléphonique de l'OAI et son courrier du 12 février 2018 ;
 - pour la deuxième rencontre du 19 février 2018, il avait tout simplement demandé le report de la date de l'expertise à une date ultérieure, afin de

demander à son médecin traitant de revoir les erreurs dans son rapport du 24 mars 2017, qu'il n'avait reçu que le 9 février 2018, et dans lequel il avait retrouvé les erreurs concernant ses données personnelles et des informations capitales liées à son suivi médical ;

- il était une personne sérieuse; il n'avait jamais refusé d'une façon intentionnelle de collaborer avec une institution étatique.

Pour complément d'information, comme cela était bien indiqué dans le rapport de son médecin, il avait vécu depuis le mois de février 1999, durant la période de son occupation temporaire OCE, suivie d'une contreprestation du RMCAS, des expériences très amères qui l'avaient marqué psychologiquement. Depuis cette date il avait été victime, sous différentes formes, d'humiliations et de marginalisation professionnelle qui constituaient une forme d'atteinte à la dignité ; ce qui l'avait fait sombrer dans une grave dépression et l'avait poussé ensuite à demander un suivi et un traitement psychologique jusqu'à présent.

12. Par courrier du 5 juin 2018, l'OAI a notifié une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assuré. Cette décision reprenait les termes du projet précédent.
13. Par mémoire du 5 juillet 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision du 5 juin 2018 susmentionnée. Il conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 5 juin 2018 et au renvoi de la cause à l'OAI pour poursuite de l'instruction du dossier et nouvelle convocation auprès de l'expert pour finalisation de l'expertise, le tout avec suite de frais et dépens. Dans le but de se rendre à Lausanne pour l'expertise demandée par l'OAI, il avait conclu un abonnement de train CFF à demi-tarif ; il s'était dûment rendu au premier rendez-vous fixé par l'expert, le 8 janvier 2018 ; reprenant les explications données dans le cadre de son courrier d'audition, il observe que l'OAI n'a pas tenu compte, dans la décision entreprise, des explications données dans son courrier du 16 mars 2018. Il ne s'opposait donc pas à être expertisé mais souhaitait simplement différer la date de l'examen d'une quinzaine de jours afin d'avoir le temps de clarifier la situation avec son médecin traitant dans l'intervalle. Il s'agissait d'un motif légitime dont l'OAI aurait dû tenir compte en acceptant le report de la consultation prévue. L'OAI avait mis cinq mois pour convoquer le recourant à une expertise psychiatrique préconisée par le SMR en juillet 2017. La situation ne présentait donc manifestement pas un degré d'urgence telle qu'un report de quinze jours puisse être préjudiciable à l'instruction de la cause. Dans ce contexte, il était dès lors disproportionné que l'OAI rende une décision de refus de prestations pour défaut de collaboration.
14. L'OAI a répondu au recours et conclu à son rejet par courrier du 2 août 2018. Rappelant les faits de la cause, et en relevant en particulier qu'en date du 12 février 2018, le secrétariat de l'expert avait informé l'OAI de ce que le recourant n'entendait pas se présenter au rendez-vous fixé le 19 février 2018. Le fait que le

rapport médical rédigé par le médecin traitant n'ait pas été en possession de l'assuré au moment où il a refusé de se rendre aux rendez-vous du 19 février n'est assurément pas un motif légitime pour ne pas se rendre à l'examen ; de même, il n'est pas d'usage que l'assuré s'entretienne avec son médecin traitant préalablement à la tenue d'une expertise, pour faire rectifier un rapport médical. Il ne s'agit donc pas là d'un motif légitime d'ajournement. Le gestionnaire en charge du dossier l'en avait informé oralement le 16 février 2018.

15. Par courrier du 4 septembre 2018, le recourant a répliqué. Le fait que l'assuré ne se soit pas rendu auprès de l'expert à la date fixée pour le deuxième entretien doit être remis dans le contexte des troubles psychiques dont il souffre, en lien avec des relations de travail très compliquées depuis l'année 1999 (programme d'occupation temporaire et de contre-prestation de l'Hospice général). En effet, la psychiatre traitante avait notamment fait état de ruminations critiques et persécutrices ainsi que d'une nette perte de confiance en soi. Ces troubles pouvaient expliquer qu'il lui ait paru nécessaire de revoir son médecin traitant avant de retourner chez l'expert. Il n'avait toutefois jamais eu l'intention de se soustraire aux mesures d'instruction mises en place par l'OAI; il souhaitait simplement obtenir un report de ce rendez-vous. Il rappelait en outre qu'il s'était rendu chez l'expert le 8 janvier 2018, et avait passé plus de 2h30 à remplir le questionnaire qui lui avait été soumis. La décision de non-entrée en matière de l'OAI paraissait manifestement disproportionnée dans un tel contexte. Il persiste donc dans ses conclusions.
16. L'OAI a brièvement dupliqué par courrier du 27 septembre 2018. La réplique du recourant n'appelait pas de commentaire particulier de sorte que l'intimée maintenait ses conclusions.
17. La chambre des assurances sociales a entendu les parties à l'audience de comparution personnelle du 16 septembre 2019 :

Madame D_____, pour l'OAI : "Vous me faites observer que dans le cas d'espèce, après que le SMR ait sollicité la mise en place d'une expertise psychiatrique, dans son avis du 26 juillet 2017, sans que rien ne se soit a priori passé jusqu'à fin novembre 2017, l'OAI a directement envoyé le dossier à l'expert, sans même en informer l'assuré, et encore moins en respectant son droit d'être entendu. Sauf à ce que je puisse démontrer qu'un tel courrier a bien été envoyé à l'assuré, vous me demandez si, conformément à la jurisprudence, la décision entreprise devant être d'office annulée, la violation du droit d'être entendu étant ici irréparable, l'OAI serait disposé à accepter sur le siège qu'un jugement d'accord soit rendu et que le dossier lui soit retourné pour mise en place d'une nouvelle expertise.

Je souhaite pouvoir disposer d'un bref délai pour me déterminer. Je prends note qu'un délai au lundi 23 septembre 2019 m'est imparti pour me déterminer. "

Le recourant a déclaré: "Vous m'expliquez le sens des propos qui ont été échangés jusqu'ici par rapport en particulier au respect du droit d'être entendu. J'en prends note et je n'ai pas d'autres commentaires à ajouter. "

Sur quoi, un délai au 23 septembre 2019 a été imparti à l'OAI pour se déterminer, après quoi la cause serait gardée à juger.

18. Par courrier du 19 septembre 2019, l'OAI s'est déterminé : il confirme que la décision litigieuse a été rendue sans que le recourant ait eu l'occasion de se déterminer quant au choix de l'expert. L'intimé modifiée en conséquence ses conclusions, dans le sens de l'admission du recours et du renvoi du dossier à l'OAI pour reprise de l'instruction.

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 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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il ne s'était pas présenté, le 19 février 2018, à la convocation de l'expert psychiatre désigné par l'OAI, malgré la sommation recommandée que l'office lui avait adressée, suite à sa demande de rapport de la convocation fixée par l'expert, le fils considérant ne pas être en mesure de statuer sur les droits de l'assuré en l'absence des renseignements nécessaires à l'établissement des faits.
4. a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]), 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 ; ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

b. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. 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. Au

demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références).

c. En vertu de 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.

Lorsque l'assureur ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

À l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à 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 Cst., 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] ; ATF 137 V 210 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 doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 PA 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 (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a 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 (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4).

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 seconde 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 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il 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 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'assureur ordonnera une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Le Tribunal fédéral a encore récemment rappelé que depuis l'ATF 137 V 210, il existe en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013 consid. 5.1).

d. La chambre 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'assureur, 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 chambre 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.

Dans un arrêt (ATAS/598/2014 du 8 mars 2014) rendu en application de l'art. 133 al. 2 LOJ, la chambre de céans a considéré que le droit d'être entendu d'une assurée avait été violé, l'assurance n'ayant transmis les informations (nom de l'établissement chargé de l'expertise médicale, les questions soumises à l'expert avec un délai pour faire part de ses éventuelles remarques, délai que la recourante n'avait pas utilisé. Puis, un mois avant l'expertise, le nom des experts et la date des examens, sans que la patiente ne formule de remarques) qu'à la recourante alors qu'elle était représentée par un mandataire, avec élection de domicile. En privant la recourante de ses droits de participation à l'établissement d'une expertise

déterminante pour statuer sur son droit aux prestations, la violation du droit d'être entendu ne pouvait pas être réparée. L'assurance avait privé le conseil de la recourante de la faculté de connaître les questions posées à l'expert et de formuler ses propres questions vidant ainsi de leur substance les nouvelles exigences procédurales qui visent à renforcer le caractère équitable de la procédure administrative. De plus, en ne communiquant pas les noms des experts au conseil de la recourante, il avait également empêché celui-ci de se prononcer sur le choix des experts et d'émettre des contre-propositions ; partant il avait violé son obligation de tendre à mettre en œuvre une expertise consensuelle. Comme le vice ne pouvait être réparé à ce stade de la procédure, l'expertise ne pouvait pas être considérée comme un moyen de preuve approprié et les décisions fondées sur celle-ci devaient être annulées. La mise en œuvre de l'expertise devait être reprise ab initio afin que les experts soient choisis après discussions entre les parties.

Par arrêt du 13 décembre 2017, la chambre de céans a également estimé que le droit de l'assurée à participer à l'établissement d'une expertise avait été violé par l'assureur-accidents, étant donné que ce dernier ne l'avait pas informée de son droit à s'opposer à l'expert choisi et ne lui avait pas transmis la liste des questions qui seraient soumises à l'expert (ATAS/1138/2017).

e. L'Office fédéral des assurances sociales a édité des dispositions d'exécution de cette nouvelle pratique aux pages 43 ss de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI, état au 1^{er} janvier 2016).

Le mandat d'expertise et la convocation à l'expertise médicale sont communiqués sans indication des voies de recours. La communication indique le type d'expertise (monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire) et les disciplines médicales prévues. Il faut y joindre la liste de questions et mentionner la possibilité pour l'assuré de remettre à l'office AI, par écrit, des questions supplémentaires. Pour les expertises monodisciplinaires ou bidisciplinaires, il faut indiquer le nom et le titre médical professionnel de la personne ou des personnes chargées de l'expertise. Un délai de dix jours est accordé à l'assuré pour formuler des objections contre l'expertise et les disciplines médicales prévues et remettre des questions supplémentaires. Ce délai peut être prolongé sur demande écrite et motivée. La personne assurée peut aussi soulever des objections de nature formelle ou matérielle. Si l'assuré ne fait pas usage de ce droit, le mandat est attribué à l'expert (cf. CPAI, p. 47, n° 2083ss).

f. Enfin, le juge des assurances peut examiner l'éventuelle violation du droit d'être entendu aussi bien sur contestation d'une partie que d'office (ATF 120 V 362 consid. 2a; cf. aussi ZIMMERLI, Zum rechtlichen Gehör im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren, in Festschrift 75 Jahre EVG, Berne 1992, p. 326). (ATAS/174/2018 consid. 14).

5. En l'occurrence, il résulte du dossier de l'OAI que par avis médical du 26 juillet 2017 le SMR examinant le dossier de l'assuré a considéré que dans l'état actuel,

celui-ci ne lui permettait pas de se positionner par rapport à l'état psychique de l'assuré, le rapport de la psychiatre traitante ne contenant aucun diagnostic clair expliquant la souffrance et le vécu du patient. Dans ces conditions, il recommandait à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Sans que rien ne se soit passé depuis l'avis médical du SMR, à l'exception d'une communication interne du SMR du 30 novembre 2017 invitant le gestionnaire à adresser un mandat d'expertise psychiatrique au Dr C_____, par courrier du 8 décembre 2017, l'OAI a écrit à ce médecin l'informant lui avoir transmis par pli séparé et en recommandé le dossier susmentionné sous forme de CD-ROM dans le cadre d'une expertise à effectuer. Par ce courrier il lui indiquait le mot de passe lui permettant d'accéder aux données du compact disc. Le pli séparé dont il est question ne figure pas même au dossier ; il n'existe pas la moindre trace d'une mission d'expertise, et encore moins la copie d'un courrier que, conformément aux principes rappelés ci-dessus, l'OAI aurait adressé préalablement à l'assuré, pour l'informer de la mise en place d'une expertise psychiatrique, du projet de mission d'expertise, ainsi que du nom de l'expert pressenti, lui permettant de prendre connaissance de la mission, poser d'éventuelles questions complémentaires et se prononcer sur d'éventuels motifs fondés de récusation de l'expert pressenti.

Par courrier du 19 décembre 2017, le cabinet de l'expert désigné a adressé à l'assuré une convocation pour un premier rendez-vous le 8 janvier 2018, et l'annonce d'une convocation à un entretien le vendredi 2 février 2018, ce dernier étant finalement reporté au 19 février 2018 après le premier rendez-vous auquel l'assuré s'était dûment rendu.

On relèvera qu'en recevant directement de l'expert la convocation pour l'expertise, le recourant n'avait d'autre choix que de se rendre au rendez-vous fixé.

Dans sa dernière détermination, après l'audience de comparution personnelle des parties en date du 16 septembre 2019, l'OAI a confirmé que la décision litigieuse avait été rendue sans que le recourant ait eu l'occasion de se déterminer quant au choix de l'expert. Il proposait en conséquence l'admission du recours et le renvoi du dossier à l'office pour reprise de l'instruction.

Compte tenu de ce qui précède, il est établi que le droit du recourant à participer à l'établissement d'une expertise a été violé par l'intimé. Étant donné que le recourant n'a pas pu participer à la mise en œuvre de l'expertise, notamment en exerçant son droit de se prononcer sur le choix de l'expert et de formuler ses propres questions, la violation du droit d'être entendu ne peut évidemment être réparé qu'en reprenant la procédure de désignation ab initio. À défaut, le recourant serait privé de la possibilité d'obtenir la désignation consensuelle d'un expert.

6. Par conséquent, il incombe à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique, consensuelle.
7. Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

8. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'occurrence, l'indemnité allouée sera arrêtée à CHF 1'500.-.
9. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), 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.
3. Annule la décision de l'office cantonal de l'assurance-invalidité du 5 juin 2018, et renvoie le dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 1'500.- au recourant, 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

Florence SCHMUTZ

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