

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2555/2018

ATAS/1175/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 décembre 2018

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, a déposé le 11 mai 2011 une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), en invoquant une hernie discale et une arthrose de la colonne vertébrale.
2. Par décision du 9 août 2013, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation, le degré d'invalidité étant insuffisant (8%).

Cette décision reposait notamment sur un rapport d'expertise rédigé le 6 novembre 2012 par le docteur B_____, spécialiste FMH en rhumatologie. L'expert a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches chroniques depuis septembre 2010 et une tendinobursite trochantérienne gauche depuis janvier 2011, dont il a estimé qu'elles entraînaient les limitations suivantes : éviter le port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg, la position debout plus d'une heure, la marche, les positions en porte-à-faux ou accroupie et l'escalade d'échelles ou d'échafaudages. L'expert a conclu que si l'activité habituelle n'était plus exigible que 4 h./jour au maximum, d'autres restaient envisageables à plein temps, à condition de respecter les limitations énoncées, avec une diminution de rendement de 20%.

3. Le 25 septembre 2014, la Cour de céans a rejeté le recours interjeté par l'assuré contre cette décision, après avoir arrêté le degré d'invalidité à 33%, taux inférieur au seuil de 40% ouvrant droit à une rente.
4. Le 20 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en faisant valoir une dépression sévère avec perte d'élan vital, une lésion de grade III du ménisque interne (accompagnée d'un kyste méniscal), des lombosciatalgies chroniques et une tendinobursite. Il a joint deux rapports d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du dos et du genou, datés respectivement des 3 février 2011 et 28 février 2014, ainsi qu'un rapport établi le 20 novembre 2014 par la doctoresse C_____, psychiatre et psychothérapeute.
5. Durant l'instruction de cette nouvelle demande, la Dresse C_____ a établi deux autres rapports, les 13 novembre 2015 et 15 mars 2016, retenant les diagnostics de lombosciatalgies invalidante et de dépression sévère avec symptômes psychotiques. Après avoir décrit la symptomatologie de l'assuré (lombosciatalgies, perte d'appétit et d'élan vital, angoisses sévères, colère, sentiment d'incurabilité et de vieillesse prématurée, réveils nocturnes, pensées de mort) et signalé diverses péjorations de l'état de santé ainsi qu'une progression du score de Beck, la psychiatre a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle.
6. Dans un rapport daté du 3 août 2016, la Dresse C_____ a répondu à plusieurs questions complémentaires de l'OAI.

7. Par courrier du 6 juin 2017 (reçu le 12 juin 2017), l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait mettre sur pied une expertise psychiatrique auprès du docteur D_____. Il lui a transmis la liste des questions envisagées et imparti un délai de douze jours pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation.

8. Par l'intermédiaire de son avocate, l'assuré s'est opposé à la désignation du Dr D_____ par pli du 21 juin 2017.

L'assuré a reproché à l'OAI son refus de mettre en œuvre l'expertise de manière consensuelle et d'avoir préféré désigner unilatéralement un expert dont les rapports, souvent critiquables, augmentaient la durée des procédures, comme cela ressortait notamment d'un arrêt cantonal rendu en 2015.

Estimant ne pas pouvoir discuter en toute confiance de ses troubles psychiques, l'assuré proposait de confier l'expertise psychiatrique au docteur E_____, au docteur F_____, au docteur G_____ ou au docteur H_____.

Par ailleurs, il suggérait d'inviter l'expert, au cas où celui-ci ne retiendrait pas une totale incapacité de travail en raison d'autres troubles, à répondre aux questions permettant d'évaluer le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux.

Enfin, il précisait être suivi par un cardiologue depuis 2017 et se réserver le droit de réclamer que l'expertise porte sur d'autres disciplines que la psychiatrie.

9. Le 13 juin 2017, le Dr D_____ a convoqué l'assuré à deux entretiens.

10. Le 25 juillet 2017, l'assuré a informé l'OAI qu'il jugeait ces entretiens prématurés.

11. Par courrier du 27 octobre 2017, l'OAI a répondu à l'assuré qu'aucun motif de récusation valable n'avait été soulevé et que partant, la recherche d'un consensus était « superflue »: le fait que le Dr D_____ avait rendu une expertise désavouée par la juridiction cantonale et qu'il ait refusé de se présenter à des audiences ne témoignait pas d'une attitude de prévention envers l'assuré.

Pour le reste, l'intéressé pouvait proposer des questions relatives au trouble somatoforme douloureux et était invité à transmettre tout document en lien avec son problème cardiologique.

12. Le 4 avril 2018, l'assuré a invité une nouvelle fois l'OAI à mettre en œuvre l'expertise de manière consensuelle et à évaluer le trouble somatoforme douloureux selon la grille normative prévue par la jurisprudence.

13. Par décision incidente du 19 juin 2018, l'OAI, estimant que l'assuré n'avait pas fait valoir de motif de récusation valable, a maintenu la nomination du Dr D_____ en tant qu'expert-psychiatre. Par ailleurs, il a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

14. Par acte du 24 juillet 2018, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 19 juin 2018 et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il recherche un consensus sur la désignation de l'expert et se prononce sur les experts proposés.

À titre préalable, le recourant requiert que l'effet suspensif du recours soit restitué. Il expose qu'à défaut, il sera contraint de se soumettre à l'expertise du Dr D_____, quand bien même il a déposé un recours contre la désignation de ce dernier.

Sur le fond, le recourant reproche à l'OAI de ne pas avoir tenté de diligenter l'expertise de manière consensuelle, en violation de la jurisprudence fédérale.

Il argue que, selon la jurisprudence cantonale, la décision désignant l'expert doit être annulée lorsque l'assureur n'a pas tenté de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert. Or, dans le cas particulier, l'OAI a désigné unilatéralement un expert dont les expertises sont très souvent critiquables, ce qui augmente la durée des procédures. Ainsi, un arrêt rendu par la juridiction de céans en 2015 (ATAS/131/2015) a mis en exergue de « graves dysfonctionnements », propres à faire douter objectivement des capacités et de l'impartialité du Dr D_____.

Hormis le fait de n'avoir pas cherché un consensus, l'intimé n'a pas non plus pris la peine d'expliquer pourquoi il refusait de désigner l'un ou l'autre des psychiatres proposés par l'assuré.

15. En parallèle de son recours, l'assuré a transmis à l'OAI divers rapports établis par le docteur I_____, cardiologue, notamment :

- un rapport d'échographie cardiaque établi le 13 janvier 2017, concluant à une insuffisance tricuspide discrète à modérée et à une hypertension artérielle pulmonaire discrète ;
- un rapport du 20 janvier 2017, faisant état d'une hyperexcitabilité supraventriculaire « très marquée » ;
- deux courriers datés des 1^{er} février et 19 octobre 2017, relatant qu'un test d'effort a permis d'écartier toute atteinte coronarienne significative mais préconisant un traitement en vue de freiner la progression de la maladie vasculaire, vu l'existence d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, de douleurs et d'une claudication intermittente et suggérant, en cas de récurrence des douleurs thoraciques, une coronographie.

16. Par écriture du 31 juillet 2018, l'intimé a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif en objectant que cela reviendrait à demander la suspension de la réalisation de l'expertise et relèverait donc du fond.

17. Sur le fond, l'intimé, par écriture du 15 août 2018, a conclu au rejet du recours.

Il estime s'être conformé aux directives de l'Office fédéral des assurances sociales et à la jurisprudence en informant le conseil de l'assuré de l'expertise envisagée, en lui communiquant le nom de l'expert, ainsi que la liste des questions et en lui accordant un délai pour proposer des questions complémentaires, respectivement pour invoquer d'éventuels motifs de récusation.

L'intimé argue que la recherche d'un consensus n'est nécessaire que lorsqu'est soulevée une objection « admissible » – autrement dit juridiquement recevable – de

nature formelle ou matérielle, c'est-à-dire liée au cas concret ou à la spécialité médicale.

L'assuré n'a aucun droit de veto, encore moins de droit à ce que ses contre-propositions soient suivies.

En l'occurrence, les griefs invoqués par le recourant, notamment le fait que l'une des expertises du Dr D_____ ait été écartée dans un autre dossier et qu'il ait refusé de se présenter à certaines audiences, ne constituent pas une objection admissible et ne permettent pas de prouver une attitude de prévention ou de partialité envers le recourant. Formulés de manière générale, ces griefs ne permettent pas de renverser la présomption d'impartialité de l'expert. Faute d'objection recevable quant à l'impartialité, la dépendance ou la rigueur de l'expert, l'intimé considère qu'il n'y a pas de raison de procéder de manière consensuelle, ce d'autant plus que certains des experts suggérés par l'intéressé n'exercent plus en tant qu'experts ou n'acceptent plus de mandats.

L'intimé estime que, lorsqu'aucun accord n'est finalement obtenu, une procédure de consensus n'exclut pas le maintien de l'expert initialement envisagé.

18. Par écriture du 23 août 2018, le recourant a fait remarquer que la restitution de l'effet suspensif ne relevait pas du droit de fond mais du droit de procédure et qu'il ne conteste pas le principe de l'expertise, mais la personne de l'expert.

19. La Cour de céans a entendu les parties le 30 août 2018.

L'intimé a persisté à ne pas vouloir entrer en matière sur une recherche de consensus quant au choix de l'expert, refusant même de suggérer un deuxième nom à titre d'alternative.

De son côté, le recourant a rappelé avoir suggéré à l'office quatre autres experts.

20. À l'issue de l'audience, 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

-
3. Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
 4. À titre préalable, il convient de relever que les parties ne remettent pas en cause la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Seul le choix de l'expert est contesté par le recourant.

Partant, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé peut imposer au recourant le Dr D_____ comme expert-psychiatre.

5. Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

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

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

L'article 39 al. 2 LPA stipule que les causes de récusation de l'article 15 LPA s'appliquent aux experts. Aux termes de l'article 15 LPA,

« ¹ Les membres des autorités administratives appelés à rendre ou à préparer une décision doivent se récuser :

- a) s'ils ont un intérêt personnel dans l'affaire ;
- b) s'ils sont parents ou alliés d'une partie en ligne directe ou jusqu'au troisième degré inclusivement en ligne collatérale ou s'ils sont unis par mariage, fiançailles, par partenariat enregistré, ou mènent de fait une vie de couple ;
- c) s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire ;
- d) s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité.

² Les membres du Conseil d'Etat ou d'un exécutif communal n'ont pas à se récuser dans les affaires non contentieuses concernant des personnes morales, organes ou autorités à l'administration desquels ils appartiennent en qualité officielle.

³ La demande de récusation doit être présentée sans délai à l'autorité.

⁴ La décision sur la récusation d'un membre d'une autorité collégiale est prise par cette autorité, en l'absence de ce membre » ;

Selon la jurisprudence, les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont toutefois pas décisives. Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b ; ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATF 123 V 175 consid. 3d).

6. Dans 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 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]). 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. 3.2.4.6 et 3.4.2.9).

Le Tribunal fédéral a 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). 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, en gardant 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. Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur pourra ordonner une expertise, en rendant une décision qui pourra être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

La recherche d'un consensus est nécessaire lorsque l'assuré fait valoir des objections « admissibles » de nature formelle, en rapport avec le cas concret, ou matérielle, en rapport avec la spécialité médicale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 du 6 septembre 2013 consid. 2.3 et les références). Lorsqu'aucun accord n'est trouvé, l'office AI doit rendre une décision unique portant à la fois sur le moyen de preuve en lui-même (nécessité d'une expertise, limitation à une ou deux disciplines, description des disciplines) et sur la personne de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 5.2.2.3 ; ch. 2076 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], état au 1^{er} janvier 2018).

Enfin, la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la désignation de l'expert par l'assureur devait être annulée et la cause lui être renvoyée lorsqu'il n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, en violation des droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert. Elle a précisé à cet égard que ce n'est pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions (ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 5 et ATAS/263/2013 du 13 mars 2013 consid. 6). Il n'en demeure pas moins qu'une partie ne saurait s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables, tels que des doutes sur son indépendance ou sa compétence. En effet, si tel était le cas, cela reviendrait à lui accorder un droit de veto sur le choix d'un expert (ATAS/1029/2017 du 16 novembre 2017 consid. 6).

7. a. En l'espèce, l'assuré s'oppose au choix de l'expert, en faisant valoir que le Dr D_____ ne présenterait pas les capacités professionnelles et l'impartialité que l'on serait en droit d'attendre de lui. Il met en doute la qualité de ses expertises, arguant que leur valeur probante a souvent été niée, par exemple dans le cadre d'un arrêt rendu par la CJCAS en 2015, lequel aurait mis en exergue de « graves dysfonctionnements ». Il considère qu'il s'agit-là d'un indice de partialité chez ce médecin. Par son argumentation, le recourant soulève avant tout des motifs de récusation d'ordre matériel ; à cet égard, le Tribunal fédéral a précisément admis que pouvaient être avancés des motifs d'ordre matériel, tels que ceux ayant trait aux compétences professionnelles de l'expert (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

Comme cela a été précédemment exposé, lorsque des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré, il appartient aux parties de s'efforcer de parvenir à un consensus sur l'expertise. Cela suppose qu'un échange à ce propos

entre l'administration et l'assuré ait lieu (ch. 2076 CPAI). Ce n'est que si le consensus ne peut être atteint que l'assureur peut ordonner une expertise, en rendant une décision susceptible de recours (ATF 138 V 271 consid. 1.1).

b. Force est de constater que, contrairement à ce que prescrit la jurisprudence et la CPAI, l'intimé a d'emblée jugé que la recherche d'un consensus était inutile, sans essayer de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, lorsque celui-ci s'est opposé à sa désignation.

L'intimé n'a pas davantage expliqué pourquoi il persistait à vouloir mandater le Dr D_____ et se refusait à proposer ne serait-ce qu'une autre alternative.

Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral, cette façon de faire viole les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert, lorsque l'assuré déclare son désaccord avec la personne pressentie à ce titre par l'assureur.

c. Se référant à un arrêt du Tribunal fédéral 9C_560/2013 (consid. 2.3), l'OAI objecte que la recherche d'un consensus n'est nécessaire que lorsque l'assuré fait valoir une objection « admissible » – c'est-à-dire recevable (en allemand : « ein zulässiger Einwand ») – de nature formelle ou matérielle, ce qui ne serait pas le cas en l'espèce.

En l'occurrence, contrairement à ce que soutient l'intimé, les motifs d'ordre matériel invoqués par l'assuré sont « admissibles » (autrement dit recevables), car ils font précisément partie des objections susceptibles – si elles se révèlent fondées – de conduire à la récusation d'un expert (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Cela justifie à tout le moins qu'un consensus soit recherché, étant rappelé 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 ; ATF 138 V 271 consid. 1.1 et 3.4 ; ATAS/226/2013 du 28 février 2013 consid. 4-5 ; ATAS/869/2016 du 25 octobre 2016 consid. 8). À ce stade, il n'y a pas lieu d'examiner au fond si les objections soulevées par l'assuré sont justifiées, car si un consensus devait aboutir, cet examen deviendrait superflu.

On ajoutera que la recherche d'un consensus apparaît d'autant plus importante et souhaitable dans le contexte de méfiance générale qui s'est instauré chez les assurés envers les centres d'expertise, suite aux manquements graves qui ont été mis en évidence récemment s'agissant d'une clinique genevoise, qui ont défrayé la chronique. Dans ce contexte, il est regrettable que l'intimé adopte une position qui, non seulement viole la jurisprudence et les droits des parties, mais démontre une intransigeance malencontreuse.

d. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour ce dernier de se prononcer sur les personnes proposées à titre d'expert par l'assuré ou, si celles-ci ne lui conviennent pas – motifs à l'appui -, de suggérer le nom d'au moins deux autres médecins susceptibles d'assumer le mandat d'expertise.

Par ailleurs, au vu des différents rapports transmis par l'assuré en parallèle de son recours, lesquels font état d'une insuffisance artérielle des membres inférieurs, il appartiendra également à l'intimé d'examiner l'opportunité d'ajouter à l'expertise psychiatrique un volet cardiologique, voire angiologique.

Si aucun consensus n'est trouvé, l'intimé rendra une nouvelle décision incidente, dans laquelle il se prononcera, entre autres, sur les motifs de récusation soulevés par l'assuré et les disciplines médicales concernées par l'expertise.

8. Le présent arrêt rend sans objet la conclusion du recourant tendant à la restitution de l'effet suspensif. En outre, on précisera que selon la CPAI (ch. 2076), le mandat d'expertise ne doit en principe pas être attribué tant que la décision incidente n'est pas entrée en force.
9. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
10. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Les jugements cantonaux sur des recours contre des décisions des offices AI concernant la mise en œuvre d'expertises médicales ne sont pas susceptibles d'être déférés au Tribunal fédéral, à moins que des motifs de récusation aient été tranchés (ATF 138 V 271 consid. 1-4), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision incidente du 19 juin 2018.
3. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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