

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2894/2024

ATAS/250/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 avril 2025

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Roxanne MOUSSARD

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1985, exerçant la profession indépendante de photographe, a déposé une demande de prestations invalidité en date du 15 décembre 2021.

b. Selon un rapport médical rédigé en date du 7 décembre 2021, par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine du sport, exerçant à l'hôpital de la Tour, l'assurée souffre d'une ostéoporose avancée depuis l'âge de 15 ans. Suite à un massage chinois douloureux et une pratique intense de la natation qui s'est déroulée en Grèce, en 2019, ainsi qu'à une bousculade dont elle a été victime en décembre 2020, des douleurs récidivantes ont été investiguées. En traitement à Genève auprès d'un physiothérapeute, des étirements passifs auraient déclenché des douleurs plus importantes. L'assurée se plaint de douleurs du côté gauche, latérales qui descendent vers la jambe. La position assise est douloureuse et la patiente ne peut marcher que de façon limitée dans sa maison. Elle a des impressions d'aiguilles dans les fesses, ainsi que latéralement de la hanche gauche et de la hanche droite, après quoi les douleurs persistent. Les nuits se déroulent plutôt bien, mais parfois les douleurs perturbent le sommeil. Selon le médecin, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont : les douleurs dans les hanches droite et gauche, dues à une tendinopathie péri-hanches (muscles fessiers moyens principalement) et éléments de conflits fémoraux acétabulaires avec lésion labrale ant-sup bilatérale ainsi que l'ostéoporose.

c. Par courrier du 10 juin 2024, adressé à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), à Sion, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a mandaté cette dernière pour réaliser une expertise pluridisciplinaire.

d. Par courrier du 18 juin 2024, adressé au précédent mandataire de l'assurée, l'OAI a informé cette dernière de la nécessité d'une expertise médicale pluridisciplinaire approfondie, qui devait se dérouler auprès de la CRR, avec les experts suivants : les docteurs C_____, spécialiste en médecine interne générale, D_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et les docteurs E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et F_____, spécialiste en rhumatologie.

e. Par courrier du 28 juin 2024, la CRR a confirmé à l'assurée que l'OAI lui avait confié un mandat d'expertise médicale et lui a fourni un programme détaillé en lui indiquant notamment les rapports médicaux qu'elle devait présenter lors de son admission.

f. Par courrier du 25 juin 2024, l'assurée a réagi au courrier de l'OAI du 18 juin 2024 en indiquant notamment qu'elle souhaitait qu'un neurologue soit ajouté à l'équipe d'experts. Invoquant la nécessité de prévoir un transport médicalisé ce qui entraînait des frais élevés, l'assurée a demandé que tous les

examens soient groupés, de manière à éviter plusieurs voyages. Enfin elle a demandé que les expertises soient réalisées de manière orale, c'est-à-dire sans examen physique, content tenu de ses problèmes de santé et de ses craintes que des blessures supplémentaires soient causées par un examen médical physique, en invoquant un syndrome douloureux régional complexe ou maladie de Sudeck (ci-après : SDRC).

- B. a.** Par décision incidente du 9 juillet 2024, l'OAI a confirmé que l'expertise pluridisciplinaire aurait lieu à la CRR et avec les experts précédemment désignés. À l'appui de sa décision, l'OAI s'est fondé sur sa communication du 18 juin 2024 et a examiné les griefs et doléances de l'assurée exposés dans les courriers du 25 juin et du 8 juillet 2024.

Depuis le 1^{er} mars 2012, l'attribution des expertises pluridisciplinaires était soumise au principe de l'attribution aléatoire via la plate-forme SuisseMED@P et dans cette mesure, l'OAI ne pouvait intervenir sur la désignation du centre et du lieu de l'expertise. De surcroît, s'agissant des observations relatives aux disciplines médicales retenues, comme déjà indiqué dans la sommation du 1^{er} février 2024, il appartenait au centre d'expertise de décider si la liste desdites disciplines devait être modifiée. S'agissant de la requête selon laquelle l'expertise devait s'effectuer de manière orale uniquement, l'OAI considérait, après examen du dossier, que les éléments médicaux ne pouvaient pas justifier que l'assurée ne se soumette pas à des examens cliniques. Il était précisé que les médecins experts tiendraient compte des plaintes et des limites révélées lors des examens cliniques mais aucune expertise, en dehors d'une expertise psychiatrique ou neuropsychologique, ne pouvait être valablement réalisée sans procéder à un examen clinique. Enfin, il n'y avait aucun argument médical objectif permettant de justifier la nécessité d'un transport médicalisé. Compte tenu de ces éléments, il était enjoint à l'assurée de se rendre au rendez-vous qui avait été convenu et de se présenter ponctuellement aux examens et de collaborer activement lors de ceux-ci. Il était encore mentionné que si, de manière injustifiée, l'assurée ne se présentait pas au rendez-vous, les frais qui en découleraient seraient mis à sa charge et en cas d'absence ou de manque de collaboration de sa part, la décision de l'OAI serait prise sur la base du dossier. Il était encore rappelé que, comme mentionné dans le précédent courrier du 4 juillet 2024, l'assurée était priée de transmettre à l'OAI, sans délai, les copies des expertises neurologiques ainsi que tous les éléments médicaux en sa possession et qu'elle n'aurait pas encore transmis.

- C. a.** Par acte posté en date du 9 septembre 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision incidente du 9 juillet 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans). Elle a récapitulé les évolutions de sa condition médicale, les différents traumatismes qu'elle avait subis depuis l'année 2003, lorsqu'elle avait été victime d'un accident de la route et a mentionné le contenu de plusieurs rapports médicaux de ses médecins traitants. Tout en confirmant qu'elle

comprenait la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire, elle a demandé à être entendue par la chambre de céans et a conclu à ce que son obligation de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire soit limitée à l'analyse de la documentation et l'audience de la patiente et à ce qu'un neurologue soit ajouté au panneau d'expert désigné dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire. Par courrier posté le lendemain, soit le 10 septembre 2024, la recourante a demandé que la nouvelle écriture remplace la précédente tout en maintenant ses conclusions.

b. Par courrier posté en date du 20 septembre 2024, la recourante a communiqué à la chambre de céans plusieurs pièces médicales, soit des rapports échographiques et des imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) concernant des traumatismes mineurs qui avaient, pour certains d'entre eux, selon la recourante été provoqués lors d'examens et de visites médicales.

c. L'OAI a répondu par courrier du 7 octobre 2024 en joignant un avis médical de son service médico régional (ci-après : SMR), daté du 7 octobre 2024, qui concluait qu'après examen des pièces médicales versées au dossier par la recourante, ces dernières ne permettaient pas au SMR de se prononcer sur les conditions médicales du droit aux prestations, de telle manière que la réalisation d'une expertise restait nécessaire et qu'aucun élément médical au dossier ne pouvait justifier qu'un examen clinique médical de la part de l'expert somatique ne puisse avoir lieu. Reprenant le préavis de son SMR, l'OAI a considéré que l'expertise médicale indépendante restait incontournable et que, par conséquent, la décision incidente du 9 juillet 2024 devait être maintenue.

d. Par réplique postée en date du 25 octobre 2024, la recourante a demandé un délai supplémentaire pour se prononcer sur la réponse de l'OAI, au motif qu'elle était sur le point de consulter un conseil juridique qui serait chargé d'étudier le dossier et de préparer la réplique, ce qui lui a été accordé.

e. Par courrier du 22 novembre 2024, la mandataire choisie par l'assurée a demandé à la chambre de céans de prolonger le délai de réplique au 20 décembre 2024 ce qui lui a été accordé par la chambre de céans.

f. Par réplique de sa mandataire, datée du 20 décembre 2024, l'assurée a confirmé ses précédentes conclusions soit, préalablement d'être citée à une audience de comparution personnelle et principalement à l'annulation de la décision incidente du 9 juillet 2024 et à ce qu'il soit dit que l'expertise pluridisciplinaire aurait lieu par oral uniquement et sur lecture du dossier médical et qu'un neurologue soit ajouté au panel d'experts, le tout sous suite de frais et dépens.

g. Par duplique du 21 janvier 2025, l'OAI se fondant sur le préavis de son SMR tel qu'il ressortait d'un avis médical du 20 janvier 2025, a accepté d'ajouter au panel d'experts un neurologue, tout en laissant le soin au centre d'expertise d'ajouter toute autre discipline qui serait jugée nécessaire par les experts, tel que, par exemple, un volet endocrinologique. S'agissant de la conclusion visant à ce

qu'aucun examen clinique médical ne soit effectué, l'OAI a confirmé sa précédente détermination selon laquelle les disciplines somatiques requéraient un examen médical clinique, tout en précisant que les médecins experts tiendraient compte des plaintes de la recourante et des limites révélées lors des précédents examens cliniques.

h. Par courrier de sa mandataire, daté du 21 février 2024, l'assurée a pris acte du fait qu'un volet neurologique pouvait être ajouté au panel d'experts tout comme l'aspect endocrinologique et a remercié l'OAI, tout en précisant qu'elle demandait que ces volets supplémentaires soient déjà inclus dans le premier panel afin d'éviter des frais supplémentaires et d'autres rendez-vous dans les déplacements, ce qui serait coûteux pour l'assurée, tant du côté financier qu'en ce qui concernait sa santé. Elle précisait, par ailleurs, qu'au niveau endocrinologique, elle était suivie par la docteure G _____ et qu'un certificat médical de cette dernière serait transmis prochainement. Elle confirmait sa détermination selon laquelle les circonstances subjectives du dossier, notamment en lien avec son état de santé fragile et ses expériences antérieures, n'autorisaient pas, sur un plan objectif, la mesure requise sous la forme d'un examen clinique médical et ajoutait qu'elle était inquiète de devoir se soumettre à des examens cliniques auprès de médecins qui ne la connaissaient pas et ne parlaient pas sa langue maternelle, le polonais. Elle mentionnait encore que les spécialistes qu'elle avait consultés avaient fait part de leurs réserves quant aux limites d'un examen clinique, précisant notamment que les examens fonctionnels et les palpations de la patiente devaient être limités à ce qui était strictement nécessaire à la poursuite du traitement et pour autant que la patiente ait consenti par écrit et que lesdits gestes ne provoquent pas de douleur. À cet égard la recourante considérait que les garanties mentionnées par l'OAI, selon lesquelles les experts médecins tiendraient compte de ses plaintes et des limites révélées lors des examens cliniques, ne suffisaient pas, ce d'autant plus qu'un des experts retenu, le Dr E _____, n'avait « pas la réputation d'être à l'écoute de ses patients, ce qui était clairement problématique en l'occurrence ». Dans ces conditions et faute de garanties écrites de l'OAI quant aux conditions de la tenue de l'expertise pluridisciplinaire, l'assurée maintenait ses conclusions initiales à savoir l'analyse de son dossier et son audition, sans qu'il soit procédé à un examen médical.

i. L'écriture de la recourante a été transmise à l'OAI par courrier du 27 février 2025 ; ce dernier n'a pas réagi.

j. Les autres documents et renseignements seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

- 2.

2.1 Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA (applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA). Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a LPGA *a contrario*).

2.2 En outre, l'art. 44 LPGA réglant la mise en œuvre d'une expertise administrative a été modifié au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705). La décision contestée ayant été rendue après l'entrée en vigueur de cette modification, la disposition dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2022 sera ainsi appliquée.

3. Concernant la recevabilité du recours, il convient de relever ce qui suit.

3.1 Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ces dernières visent les décisions incidentes que le législateur a soustraites à la procédure d'opposition, afin d'éviter des retards excessifs dans le déroulement de la procédure (ATF 131 V 42 consid. 2.1).

Lorsqu'il y a désaccord quant à l'expertise telle qu'envisagée par l'assureur, celui-ci doit rendre une décision incidente au sens de l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021). Il s'agit d'une décision d'ordonnancement de la procédure contre laquelle la voie de l'opposition n'est pas ouverte (art. 52 al. 1 LPGA ; *cf.* ATF 131 V 42 consid. 2.1) et qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 LPGA).

L'art. 44 al. 4 LPGA entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022 prévoit désormais expressément que si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente.

Le recours contre les décisions incidentes n'est admis qu'à des conditions restrictives pour éviter qu'une multiplication de recours ne ralentisse excessivement le déroulement d'une procédure. Ces conditions reposent sur des motifs d'économie de procédure ou, en cas de risque de préjudice irréparable, sur

la nécessité de garantir des voies de droit effectives conformément à l'art. 29a de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Dans tous les cas, le recours contre la décision incidente rendue séparément n'est recevable qu'à la condition que le recours soit ouvert contre la décision finale à rendre ultérieurement (Jean MÉTRAL, *in* Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 28 *ad* art. 56 LPGA et les références).

En vertu de l'art. 45 al. 1 PA, applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les décisions incidentes qui sont notifiées séparément et qui portent sur une demande de récusation – au sens de l'art. 10 al. 1 PA, respectivement 36 al. 1 LPGA – peuvent faire l'objet d'un recours (ATAS/270/2022 du 22 mars 2022 consid. 4.2.1 ; Jean MÉTRAL, *op. cit.*, n. 31 *ad* art. 56 LPGA). Ces décisions ne peuvent plus être attaquées ultérieurement (art. 45 al. 2 PA). Selon l'art. 46 al. 1 PA, par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, les autres décisions incidentes notifiées séparément peuvent faire l'objet d'un recours si elles peuvent causer un préjudice irréparable (let. a), ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse (let. b).

Selon la jurisprudence, l'assuré, qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale (que ce soit en soulevant des objections matérielles ou des motifs formels de récusation) satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable (ATF 141 V 330 consid. 2 ; 139 V 339 consid. 4.4 ; 138 V 271 consid. 1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2012 du 3 juillet 2013 consid. 1.2.6 et 1.2.7). À l'ATF 138 V 318, le Tribunal fédéral a considéré qu'en cas de désaccord, il fallait également ordonner une expertise dans le domaine de l'assurance-accidents par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (respectivement du Tribunal administratif fédéral) et que la personne assurée bénéficiait des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle pouvait s'exprimer sur les questions posées à l'expert. Les modalités à respecter se déterminaient selon l'arrêt ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.9 appliqué par analogie (consid. 6.1).

3.2 Au surplus, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10), le recours est recevable.

4. Le litige porte sur l'absence de limitations quant aux modalités des examens physiques de l'assurée effectués par les experts. L'opportunité d'ajouter un expert neurologue au panel d'experts n'étant, à ce stade, plus contestée.
5. L'art. 44 LPGA a été modifié dans le cadre du Développement continu de l'AI et est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Selon son alinéa deuxième, si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider

les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'art. 36 al. 1 LPGA et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours. Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (al. 3). Si, malgré la demande de récusation, l'assureur maintient son choix du ou des experts pressentis, il en avise les parties par une décision incidente (al. 4).

5.1 Selon la jurisprudence développée avant l'entrée en vigueur du nouvel art. 44 LPGA, le fait de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, les questions à poser, ainsi que le résultat de l'expertise, constituait une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne pouvait être réparé lorsque l'expertise constituait l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

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). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'il convenait d'accorder une importance plus grande que cela avait 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 était de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui pouvaient être évités. Il fallait également garder à l'esprit qu'une expertise qui reposait sur un accord mutuel donnait 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 était 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'était soumise à aucun délai, étant précisé que, conformément au principe de la bonne foi, l'assuré était tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'était pas atteint, l'assureur devait ordonner une expertise, en rendant une décision qui pouvait être attaquée par l'assuré (ATF 138 V 271 consid. 1.1). Ainsi, depuis l'ATF 137 V 210, il existait 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).

À l'ATF 139 V 349, le Tribunal fédéral a qualifié d'incombance la procédure de mise en œuvre d'une expertise consensuelle. Il a considéré que pour les expertises médicales mono- et bidisciplinaires qui n'étaient pas attribuées selon le principe aléatoire, l'incombance de l'OAI et de la personne assurée de s'efforcer d'aboutir à une désignation consensuelle de l'expert ou des experts prenait une importance particulière et que, lorsqu'il entendait confier une telle expertise à un centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI), l'OAI avait l'obligation d'entreprendre cette procédure de désignation consensuelle (consid. 5.4). Si l'assureur-accidents – comme l'office AI pour les expertises mono- ou bidisciplinaires – devait s'efforcer de mettre en œuvre une expertise sur une base consensuelle et prendre en considération les objections soulevées par l'assuré quant à la personne de l'expert, le Tribunal fédéral a clairement rejeté la conception selon laquelle un expert ne pourrait être désigné qu'avec le consentement de l'assuré dès que celui-ci émettait des objections sur la personne de l'expert, car cela reviendrait à reconnaître un droit de veto à l'assuré ; il a précisé que même en cas d'objection justifiée de l'assuré, l'assureur n'était pas tenu de suivre sans autre ses contre-propositions (consid. 5.2.1) (ATAS/444/2020 du 8 juin 2020 consid. 4h ; ATAS/863/2022 du 30 septembre 2022 consid. 3.1.2).

5.2 L'un des buts de la réforme ayant conduit à l'adaptation de l'art. 44 LPGA était, selon le Message du Conseil fédéral, d'inscrire dans la loi la jurisprudence relative aux expertises médicales ayant renforcé les droits de participation des assurés (FF 2017 2448, 2452 s.). Le commentaire de l'art. 44 al. 4 LPGA renvoie aux ATF 139 V 349 et 137 V 210 et stipule : « *Comme aujourd'hui, lorsque le principe aléatoire ne s'applique pas, les assureurs doivent rechercher un accord avec l'assuré avant de rendre une décision* » (FF 2017 2507). En outre, le rapport explicatif pour la procédure de consultation du 4 décembre 2020, établi par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS), énonce que si un assureur et un assuré ne parviennent pas à s'entendre sur un expert, l'assureur communique sa conclusion par décision incidente (art. 44 al. 4 LPGA). Toutefois, un accord doit si possible être trouvé par l'assureur et l'assuré avant la décision. La procédure de conciliation est précisée dans l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11).

5.3 La doctrine a réservé un accueil mitigé à la modification de l'art. 44 LPGA proposée par le Conseil fédéral. Il a en particulier été exposé que la révision

conduirait à une détérioration des droits de la personne assurée, au motif que, contrairement à l'art. 44 LPGA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 qui permettait de demander la récusation de l'expert pour des raisons pertinentes, seuls des motifs formels de récusation au sens de l'art. 36 al. 1 LPGA pouvaient désormais être invoqués (Massimo ALIOTTA, *Zur geplanten Revision von Art. 44 ATSG, Bemerkungen zu den Bestrebungen des Bundesrates zur umfassenden Revision von Art. 44 ATSG*, in SZS/RSAS, 2018, p. 155 ; Philipp EGLI, *MEDAS : Unabhängigkeit stärken, nicht schwächen !*, in *iusNet Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht* du 17 décembre 2017 ; plus nuancé : Marco WEISS, *Anmerkungen zur geplanten Revision des Art. 44 ATSG*, in SZS/RSAS, 2018, p. 487 ss).

Le ch. 6.4.6 de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) règle la question de la violation de l'obligation de collaborer. Si l'assuré, sans raison plausible, ne donne pas suite à l'invitation qui lui est adressée par l'office AI ou par le centre chargé de l'expertise, ou qu'il empêche l'accomplissement du mandat par son comportement, les frais qui en résultent peuvent être mis à la charge de l'assuré (art. 45, al. 3, LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_690/2021 du 24 janvier 2022) et l'office AI peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43, al. 3, LPGA, cf. ch. 5010 ss).

6.

6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

6.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

6.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

6.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
8. En l'espèce, après accord de l'intimé pour adjoindre un expert en neurologie, selon duplique du 21 janvier 2025, le seul point qui reste litigieux est celui des modalités de l'examen par les experts désignés.

La recourante allègue que les experts doivent se contenter de prendre connaissance des pièces médicales et l'interroger mais ne peuvent aucunement la soumettre à un examen physique en raison des risques de blessures qui pourraient être causées par les manipulations.

L'OAI quant à lui, se fondant sur le préavis constant de son SMR, considère qu'aucun élément médical au dossier ne saurait justifier qu'un examen clinique médical en bonne et due forme ne puisse avoir lieu.

8.1 À l'appui de ses griefs, la recourante produit la traduction d'un rapport du mois de septembre 2021 qu'elle attribue à l'un de ses médecins traitants le docteur H_____ orthopédiste exerçant la médecine en Pologne. Selon la traduction, l'assurée aurait été blessée lors d'une séance de physiothérapie en date du 25 juin 2021, car le physiothérapeute avait insisté pour effectuer certains gestes orthopédistes que son médecin avait déconseillés.

La traduction française d'un rapport médical datant du 23 août 2023, signé par la docteure I_____ spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur, exerçant à Varsovie, mentionne également que l'assurée aurait subi un traumatisme de la région glutéale lors d'une séance de physiothérapie au centre de physiothérapie des Grangettes, en date du 25 juin 2021.

Un rapport médical traduit en français, datant du 24 mars 2024 et signé par le professeur J_____, neurologue à Varsovie, mentionne que lors de l'examen clinique, « la patiente refuse de se soumettre à un examen clinique complet, d'où l'impossibilité d'évaluer le tonus musculaire et les paramètres neurologiques ».

Dans un rapport médical rédigé en polonais, daté du 31 juillet 2024 et traduit en français, le docteur K_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil moteur, exerçant au centre médical L_____, à Varsovie, mentionne que l'examen de la patiente doit être limité à ce qui est strictement nécessaire à la poursuite du traitement effectué dans la mesure où la patiente qui aura

préalablement consenti par écrit, en sachant qu'un geste donné ne lui causera pas de douleur. Il est précisé que cette attestation est délivrée à la demande de la patiente.

Une autre attestation médicale datée du 31 juillet 2024, rédigée en polonais par la docteure , spécialiste en radiologie exerçant dans le même centre médical que le Dr K_____ et traduite en français répète la même limitation, précisant également que l'attestation est délivrée à la demande de la patiente.

Les autres rapports médicaux provenant de médecins polonais ou suisses, attestant des troubles de santé de la recourante ne font aucune mention particulière d'éventuelles limites qui devraient être respectées lors d'un examen physique.

8.2 Comme vu *supra*, la CPAI a surtout détaillé les cas concernant des demandes de récusation des experts ; en revanche, la directive ne se prononce pas spécifiquement sur les modalités des examens physiques devant être réalisés pendant les expertises. On doit donc se fonder sur le principe général de l'obligation de collaborer, qui est réglé par le ch. 6.4.6. CPAI cité *supra* soit le cas où l'assurée empêcherait l'accomplissement du mandat par son comportement.

Dans l'hypothèse où l'assurée refuserait d'accomplir certains gestes ou de laisser le médecin manipuler ses membres, elle pourrait se voir reprocher d'avoir empêché l'accomplissement de certains volets de l'expertise par son comportement ce qui pourrait entraîner la mise des frais de certains volets de l'expertise à sa charge.

De surcroît, la valeur probante de l'expertise pourrait se voir diminuée, voire niée, du fait que certains actes indispensables à la vérification des atteintes à la santé n'auraient pas pu être effectuées dans les règles de l'art.

S'agissant de l'existence d'éléments médicaux objectifs pouvant justifier qu'un examen médical physique ne puisse être exigé de l'assurée, deux médecins traitants ont attesté que cette dernière devait subir un examen physique limité à ce qui était strictement nécessaire à la poursuite du traitement et ceci pour autant que la recourante ait consenti par écrit à certains gestes et que ces derniers ne causent pas de douleur.

Il sied toutefois de rappeler que le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Ce d'autant plus en présence d'attestations qui, comme dans le cas présent, ont été spécifiquement rédigées à la demande de la patiente.

La chambre de céans constate au vu des nombreux rapports médicaux que l'assurée semble souffrir de troubles de la santé qui l'exposent à subir des traumatismes et des blessures consécutives à certains gestes.

Néanmoins, il ne semble pas possible d'évaluer, avec une précision permettant de reconnaître au rapport médical une valeur probante, sans que les experts puissent examiner cliniquement l'assurée et lui demander d'effectuer certains mouvements ainsi que de se livrer à des palpations sur son corps, de manière à pouvoir préciser les limitations fonctionnelles générées par des troubles de la santé. On ne saurait limiter les examens physiques à ce qui est nécessaire à la poursuite du traitement alors même que le but de ces examens est avant tout de permettre de diagnostiquer les troubles de la santé et non pas d'évaluer la poursuite du traitement.

À cet égard et tout en comprenant les craintes de la recourante, la chambre de céans considère qu'on ne peut pas postuler qu'un examen physique de la patiente pourrait avoir les mêmes conséquences sur sa santé que ce qui s'est produit lors d'une séance de physiothérapie au centre de physiothérapie des Grangettes, en date du 25 juin 2021.

Il sera toutefois demandé à l'OAI d'avertir préalablement par écrit les experts désignés, de prendre toutes précautions lors des examens physiques, afin d'éviter de causer des blessures à la recourante.

Étant encore précisé qu'au vu des certificats déposés au dossier attestant des compétences linguistiques de la recourante en français et en anglais, et au vu de ses écritures rédigées en français, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante maîtrise la langue française remplit parfaitement les conditions permettant que les expertises soient réalisées en français, sans la présence d'un traducteur.

8.3 S'agissant enfin, de la demande de comparution personnelle, celle-ci est considérée comme superflue par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c), dès lors que la recourante a pu s'exprimer largement à travers ses écritures et a transmis l'ensemble de sa documentation médicale.

Le recours sera donc rejeté en tant qu'il porte sur les limitations à l'examen physique de la patiente par les experts désignés. S'agissant de l'ajout d'un expert neurologue dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, la décision sera réformée sur ce point. Pour le surplus la décision incidente du 9 juillet 2024 sera maintenue.

9.

9.1 Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision incidente du 9 juillet 2024 sera partiellement réformée.

9.2 La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'une avocate, une indemnité de CHF 1'500.- 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]).

9.3 Pour le surplus, la contestation ne portant pas sur des prestations de l'AI, la procédure est gratuite (art. 69 al. 1bis LAI *a contrario*).

9.4 Les jugements cantonaux 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 partiellement.
3. Réforme la décision du 9 juillet 2024 en ce sens qu'un spécialiste en neurologie sera ajouté au panel d'experts.
4. Maintien les autres éléments de la décision, pour le surplus.
5. Dit que l'intimé doit avertir préalablement par écrit les experts désignés, afin de prendre toutes précautions lors des examens physiques, pour éviter de causer des blessures à la recourante.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière

Le président

Christine RAVIER

Philippe KNUPFER

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