RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3345/2020 **ATAS/189/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mars 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Hervé CRAUSAZ	recourante

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1981, mariée et mère de six enfants, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 23 août 2012.

2. Le docteur B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 21 juin 2013, il a retenu le diagnostic de troubles d'anxiété généralisée depuis 2008, limitant sa capacité de travail à 100% dans un travail en dehors du foyer et à 50% dans le travail comme ménagère, sans diminution de rendement.

3. Selon un rapport d'enquête ménagère de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) du 31 mars 2014, les empêchements de l'assurée dans les travaux habituels étaient de 41% en tenant compte de 20% d'exigibilité pour l'époux qui travaillait actuellement comme indépendant et peinait à faire son plein temps avec de lourdes charges familiales. Il avait également été pris en considération que l'époux devait véhiculer son épouse pour tout trajet et s'assurer qu'elle avait une présence à ses côtés avant de la laisser. Il devait passer du temps à la rassurer et la calmer lors de ses crises d'angoisse et d'irritabilité, qui étaient régulières.

4. Par décision du 16 octobre 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente ordinaire dès le 1er février 2013.

5. L'assurée a formé recours contre la décision précitée, le 17 novembre 2014, concluant à l'octroi d'une demi-rente dès le 1er février 2013.

6. Sur demande de la chambre de céans, le Dr B_____ a précisé, le 12 novembre 2015, qu'il avait conclu dans son expertise que les limitations en relation avec les troubles constatés étaient de 50% dans le travail comme ménagère en tenant compte de l'aide exigible de la famille de l'expertisée.

7. Par arrêt du 28 janvier 2016 (ATAS/77/2016), la chambre de céans a dit que l'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er février 2013, sur la base des rapports du Dr B_____, après avoir relevé que les conclusions de ce médecin ne concordaient pas avec celles de l'enquête ménagère, et précisé qu'il y avait lieu, selon la jurisprudence, d'accorder plus de poids aux constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels qu'à l'enquête à domicile, dans le cas de troubles psychiques.

8. Le 22 mars 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était détérioré depuis novembre 2015, suite à la naissance de son sixième enfant et à une intervention chirurgicale d'une hernie ombilicale.

9. Le 25 mars 2016, l'assurée a demandé à l'OAI de lui octroyer un trois quarts de rente d'invalidité.

10. Par décision du 23 juin 2016, l'OAI a fait suite à l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016 et informé l'assurée du montant de la rente auquel elle avait droit.

11. Dans un avis médical du 21 novembre 2016, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a considéré que l'aggravation de l'état santé de l'assurée était rendue plausible par le rapport établi le 22 mars 2016 par le Dr C_____.

12. Le 23 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée que les pièces qu'elle avait produites l'autorisaient à entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations et qu'il allait donc l'instruire.

13. Dans un rapport du 16 mars 2017, le Dr C_____ a indiqué que le trouble d'anxiété généralisée sévère de l'assurée s'était aggravé en avril-mai 2015. Il avait demandé au docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie des enfants et adolescents, de procéder à une expertise psychiatrique afin de déterminer la capacité de sa patiente à effectuer des tâches ménagères depuis l'aggravation de son état. Les conclusions du D_____ de celui-ci étaient similaires aux siennes.

14. À teneur du rapport, non daté, établi par le Dr D_____, ce dernier, après avoir brièvement résumé le parcours de l'assurée (enfance, études, travail, maternité, planning familial) avait considéré que ses symptômes psychiques s'étaient empirés à chaque nouvel enfant, avec une accélération depuis le printemps 2015.

15. Dans une note de travail établie le 20 mars 2017, le gestionnaire de l'OAI chargé du cas de l'assurée a relevé que le Dr C_____ parlait d'une aggravation de l'état de la santé de celle-ci depuis avril-mai 2015, alors que l'expertise mentionnée dans le jugement avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation mentionnée. L'assurée n'avait plus consulté la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie, depuis plus d'une année. Il n'y avait aucun élément permettant de tenir compte d'une aggravation de l'état concernant l'impotence et une atteinte physique.

16. Le 22 mars 2017, le gestionnaire de l'OAI a demandé au SMR de prendre connaissance du rapport du Dr C_____ du 16 mars 2017, lequel suggérait une expertise psychiatrique pour déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée et faisait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de celle-ci depuis avril-mai 2015, alors que l'expertise mentionnée dans l'arrêt de la chambre des assurances sociales avait été effectuée en novembre 2015, soit après l'aggravation retenue par le médecin traitant. Le gestionnaire demandait au SMR une détermination sur les limitations fonctionnelles. En fonction, il conviendrait ensuite de soumettre la situation au service extérieur pour une enquête à domicile.

17. Le 22 décembre 2017, l'OAI a informé l'assurée avoir mandaté le docteur F_____ pour effectuer une expertise psychiatrique, qui était nécessaire. Il lui transmettait en annexe les questions posées à l'expert et lui impartissait un délai de douze jours pour lui faire parvenir ses questions complémentaires ainsi que ses éventuels motifs de récusation contre l'expert.

18. Le 12 janvier 2018, l'assurée a demandé une prolongation du délai imparti.

19. Le 15 janvier 2018, le Dr F_____ a adressé une convocation à l'assurée pour le 21 février 2018.

20. Le 15 janvier 2018, le Dr C_____ s'est plaint de l'acharnement des collaborateurs de l'OAI, qui tentaient, depuis début 2013, de porter le plus grand préjudice au dossier et à la santé fragile de sa patiente et qui n'avaient pas respecté les délais. Il contestait avoir suggéré une nouvelle expertise. Au contraire, il l'interdisait formellement, en raison de la fragilité psychique de sa patiente. Il ne voyait toutefois pas d'objection à ce qu'un avis soit demandé au Dr B_____ qui connaissait déjà le cas.

21. Le 26 janvier 2018, l'assurée s'est étonnée auprès de l'OAI de ne pas avoir reçu de réponse à sa demande de délai, alors qu'il lui avait été indiqué oralement qu'un tel délai lui serait accordé. Nonobstant cela, l'OAI avait désigné, au début du mois de janvier 2018, le Dr F_____ pour l'expertiser et la liste des questions lui était parvenue pendant les féries judiciaires. Alors que sa détermination n'était pas encore parvenue à l'OAI, le Dr F_____ l'avait déjà convoquée. Elle s'insurgeait contre de tels procédés, qui violaient le droit de fond et son droit d'être entendue de manière crasse. En conséquence, elle requérait que le dossier soit attribué à un autre gestionnaire pour les mêmes motifs de récusation que ceux qu'elle invoquait contre le Dr F_____. La décision de nommer ce dernier était nulle de plein droit, du fait qu'elle avait été rendue avant l'expiration du délai imparti pour ses observations, qui était prolongé par les féries judiciaires, et par courrier sollicitant un délai supplémentaire pour nommer celui-ci. La nomination du Dr F_____, qui avait déjà pris une décision négative par le passé contre son époux, était de plus contrindiquée médicalement. Elle requérait la récusation de celui-ci.

    L'OAI avait mis en œuvre une nouvelle expertise complète dans le cas d'une révision totale du cas médical, alors qu'elle avait déjà fait l'objet d'une expertise, peu de temps auparavant, par le Dr B_____ et que le cas avait fait l'objet d'un arrêt de la chambre des assurances sociales entré en force. Il n'existait donc aucun motif pour une révision de son cas et il fallait impérativement partir de l'état de fait retenu par la Cour de justice. Le gestionnaire de l'OAI avait induit en erreur le SMR en indiquant que l'expertise du Dr B_____ tenait déjà compte de l'aggravation intervenue en mai 2015, car elle datait de novembre 2013 et non de novembre 2015.

    Il fallait uniquement déterminer s'il y avait eu une aggravation de l'état de santé. Le formulaire adressé à l'expert était inadéquat et n'allait pas dans ce sens. Ensuite, le SMR avait à raison admis l'aggravation sans dire qu'une nouvelle expertise était nécessaire. Ce n'était que suite à l'information inexacte sur la date de l'expertise que le SMR avait finalement décidé que le cas médical n'était pas clair.

    Il s'agissait, compte tenu des éléments factuels et de la proximité des expertises, soit d'admettre l'aggravation sur la base de l'avis du SMR, soit de nommer le

Dr B_____ afin de déterminer si oui ou non il y avait une aggravation de l'état de santé en se fondant uniquement sur l'état de fait de la première décision entrée en force. En conséquence, la recourante concluait à l'annulation de la nomination formelle du Dr F_____, à la transmission du dossier à un autre gestionnaire et au renvoi du dossier au SMR, en indiquant correctement la date de la dernière expertise qui ne se prononçait pas sur l'aggravation et qui était dès lors claire, contrairement à ce que le gestionnaire avait laissé entendre. Subsidiairement, il convenait de nommer le Dr B_____ et de lui faire parvenir un nouveau questionnaire comprenant uniquement des questions sur l'aggravation de l'état de santé.

Il était subsidiairement relevé que le Dr F_____ devait être récusé formellement, puisqu'il avait un intérêt personnel dans l'affaire, car il avait déjà statué sur le dossier de l'époux de l'assurée peu de temps auparavant. Pour mémoire, dans le dossier de l'époux de l'assurée, le Dr F_____ avait agi, selon les instructions données par le même gestionnaire, qui avait déjà son opinion préconçue dans l'affaire. C'était d'ailleurs vraisemblablement pour un motif identique que le gestionnaire s'était vu attribuer le dossier à l'interne. Enfin, celui-ci avait menti au SMR en prétendant que l'expertise du Dr B_____ était postérieure à l'aggravation alors qu'il ne pouvait pas ignorer qu'elle était antérieure. La procédure de nomination ne respectait pas le droit d'être entendu et laissait penser que le gestionnaire avait une opinion préconçue et qu'il n'entendait pas respecter les droits de l'assurée.

En réalité, une nouvelle expertise était superflue, puisque les faits étaient suffisamment clairs. L'état de santé et ses conséquences invalidantes avaient été examinés à de multiples reprises. Les documents fournis par l'assurée et le Dr C_____ avaient déjà permis au SMR de reconnaître l'aggravation. Ce dernier ne demandait une expertise que pour déterminer les limitations fonctionnelles dans l'activité ménagère habituelle suite à l'aggravation, ce qui était la même question que celle de l'expertise de 2013. C'était ainsi vraisemblablement parce qu'il instruisait à charge que le gestionnaire avait décidé de nommer le Dr F_____. Les trente questions préparées par le gestionnaire étaient absurdes, dès lors qu'elles ne tenaient pas compte d'un état de fait déjà jugé. La mise en œuvre d'un éventuel complément d'expertise auprès d'un autre expert que le Dr B_____ était susceptible d'affecter encore plus l'état de santé de l'assurée.

22. Dans un avis médical établi le 7 février 2018, le SMR a indiqué que bien que l'expertise n'était pas suggérée par le Dr C_____, elle n'en demeurait pas moins indispensable. En ce qui concernait le choix de l'expert, il avait préconisé le Dr F_____. Il n'y avait pas de motif médical pour changer d'expert. Au contraire, au vu de l'état psychique de l'assurée, il ne semblait pas qu'un déplacement jusqu'à Neuchâtel soit judicieux.

23. Le 8 février 2018, l'OAI a informé l'assurée avoir analysé une nouvelle fois la situation avec le SMR et lui a confirmé que ce dernier estimait qu'elle n'avançait

aucun motif médical pour changer d'expert. Au contraire, au vu de son état psychique, un déplacement jusqu'à Neuchâtel n'était pas judicieux. Bien que l'expertise ne soit pas suggérée par le Dr C_____, le SMR estimait qu'elle était indispensable.

Le Dr F_____ n'avait jamais rencontré son époux, car ce dernier n'avait pas voulu se rendre à l'expertise, désirant retirer sa demande. En conséquence, l'OAI maintenait l'expertise auprès du Dr F_____. Concernant la demande de prolongation du délai complémentaire pour les observations, le gestionnaire en charge du dossier avait eu un échange téléphonique qu'il aurait dû confirmer par écrit. Dès lors, au vu des circonstances, un délai au 23 février 2018 supplémentaire était octroyé à l'assurée pour faire parvenir ses éventuelles questions complémentaires.

L'OAI en informait le Dr F_____ pour que celui-ci reporte la convocation du 21 février 2018.

Les allégations de l'assurée sur le traitement du cas par le gestionnaire en charge du dossier étaient excessives et à la limite de l'acceptable. Les gestionnaires ne s'attribuaient pas eux-mêmes les dossiers. Les actes d'instruction auxquels il avait été procédé à la suite de la demande de révision étaient conformes aux dispositions en vigueur.

24. Le 25 février 2018, le conseil de l'assurée a indiqué à l'OAI que dans l'optique d'une recherche de consensus, celui-ci devait confier le dossier à un autre gestionnaire, se déterminer sur la question du principe de l'expertise, et cas échéant, nommer un autre expert à Genève. Les rapports du SMR étaient contradictoires et reposaient sur une erreur factuelle. Le Dr F_____ avait traité la demande de l'époux de sa mandante et eu des contacts avec le gestionnaire en cause.

25. Le 13 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'en raison d'une erreur de scannage son courrier du 23 février 2018 venait de lui parvenir. Au vu des griefs répétés à l'encontre du gestionnaire du dossier, un nouveau collaborateur serait désigné pour instruire sa demande. Le choix de l'expert était en revanche maintenu.

26. Par décision incidente du 15 mars 2018, l'OAI a confirmé que l'expertise serait effectuée par le Dr F_____.

27. Le 30 avril 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée.

28. Dans un arrêt du 6 mars 2019 (ATAS/184/2019), la chambre des assurances sociales a jugé qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise complète pour évaluer la situation de l'assurée en 2015, l'expertise effectuée en 2013 n'étant plus d'actualité, vu le temps passé et l'aggravation annoncée. La décision de l'intimé de faire procéder à une nouvelle expertise complète était bien fondée. Le motif invoqué contre le Dr F_____ ne constituait pas une cause de récusation fondée. Dans la mesure toutefois où l'expertise n'avait pas encore été mise en œuvre, il se justifiait que l'intimé propose un nouvel expert, afin de parvenir, autant que

possible, à un consensus évitant la prolongation de la procédure, qui n'avait déjà que trop duré.

29. Le 2 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait mandaté le docteur Pierre-G_____, à Sion, pour procéder à l'expertise.

30. Le 11 octobre 2019, l'assurée a relevé qu'un délai lui était imparti pour faire parvenir sa détermination sur l'expert et les questions complémentaires alors que l'OAI avait déjà mandaté ce dernier sans avoir préalablement cherché un consensus. Cela lui paraissait d'autant plus critiquable que l'OAI avait mis plus de six mois pour donner suite à l'arrêt de la chambre des assurances sociales. De plus, le questionnaire soumis à l'expert ne lui avait pas été communiqué. L'assurée rappelait que le SMR avait estimé que sa situation médicale l'empêchait de nouer le moindre contact autre qu'avec ses proches ou quelques médecins, en raison de crises de panique et d'angoisse. Elle connaissait également des difficultés pour se déplacer hors du canton pour des raisons médicales et des aménagements étaient nécessaires. Il semblait que le choix de l'expert à Sion dans ces conditions n'était pas approprié alors qu'il y avait des COMAI à Genève et à Nyon. Elle souhaitait savoir pour quel motif il n'avait pas été tenu compte de ses affections.

31. Le 7 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée que le mandat d'expertise n'avait été envoyé à l'expert que le 17 octobre 2019, soit quinze jours après son courrier du 2 octobre. S'agissant du questionnaire, l'OAI avait réparé son omission en le transmettant à la recourante dans les jours suivants. Un délai complémentaire lui était accordé pour ses observations.

32. Le 14 novembre 2019, la recourante a fait valoir que le Dr G_____ l'avait convoquée pour une expertise qui devait se dérouler le 18 novembre suivant avant qu'elle puisse se déterminer. Le questionnaire d'expertise ne lui avait pas été transmis avant que l'expert soit mandaté. L'OAI n'avait pas suivi les indications contenues dans l'arrêt de la Cour du 26 janvier 2019 et il convenait en conséquence d'annuler l'expertise auprès du Dr G_____ et de mandater un expert exerçant à Genève ou le Dr B_____, en s'assurant que celui-ci puisse faire son expertise dans ce canton.

    L'intimé avait mandaté l'expert sur la base de fausses prémisses sans tenir compte de l'arrêt de la Cour du 28 janvier 2016. Le SMR n'avait dès lors pas pu revoir la situation sur la base des indications de l'assurée, notamment comprendre qu'il avait été saisi sur la base d'une fausse prémisse, à savoir qu'il y aurait des incohérences entre l'expertise rendue par le Dr B_____, l'avis médical du Dr C_____ sur l'aggravation de l'état de santé et l'arrêt de la chambre des assurances sociales. Il n'y avait aucune incohérence, dès lors que l'expertise du Dr B_____ avait été faite le 21 mai 2013, que l'aggravation de l'état de santé datait de mai 2015, que l'arrêt de la Cour des assurances sociales datait du 28 janvier 2016 et que la nouvelle demande en raison de l'aggravation de son état avait été effectuée en mars 2016. Les rapports du SMR et des gestionnaires de l'OAI figurant au dossier étaient

contradictoires et reposaient sur une grave erreur factuelle. Il était, en particulier, difficilement compréhensible de retenir qu'une aggravation était plausible, pour ensuite demander une expertise globale ultérieurement, suite à un contact avec le gestionnaire, qui avait repris de manière inexacte les dates du dossier et qui soutenait que l'expertise du Dr B_____ était mal fondée.

En ce qui concernait le contenu de l'expertise éventuelle, celle-ci ne pouvait concerner que l'aggravation de l'état de santé à compter du 28 janvier 2016. En ce qui concernait l'état actuel, ce n'était que sur la base de ce qui avait été constaté par l'arrêt de la Cour du 28 janvier 2016 que l'expert devait travailler, à savoir un taux d'incapacité de 51% comprenant l'aide exigible de la famille, notamment de son époux, au domicile. Il convenait d'écarter l'enquête ménagère, qui avait été jugée comme non probante. L'expert devait uniquement déterminer s'il y avait eu une aggravation de l'état de santé à compter du 28 janvier 2016 et il n'y avait pas de motifs à statuer sur une révision du taux.

Selon la jurisprudence, c'était la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente qui constituait le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente. Il convenait dès lors de déterminer si son état s'était aggravé depuis janvier 2016 et de réviser le questionnaire en ce sens.

33. Le 19 novembre 2019, le Dr G_____ a informé l'OAI avoir convoqué l'assurée le 19 novembre 2019.

34. Le 10 juin 2020, l'OAI a proposé à l'assurée les spécialistes suivants pour effectuer l'expertise :

    - Le Dr H_____, dont le délai d'attribution était assez long ;
    - Le Dr I_____, avec une possibilité d'attribution dès la fin du mois de juin.

    Il était loisible à l'assurée de refuser ces experts et d'en proposer d'autres.

35. Le 22 juin 2020, la recourante a informé l'OAI qu'elle était atteinte de diverses affections médicales. Elle devait notamment procéder à une coloscopie au début du mois de juillet prochain et se trouvait dans un état psychique très dégradé, compte tenu de son état de santé général et de la situation extérieure, qui pesait encore sur ses angoisses. Selon son médecin traitant, elle faisait partie des groupes à risques pour le COVID-19. En conséquence, elle ne pouvait pas se présenter actuellement à une visite médicale pour être expertisée. Elle ignorait quand elle pourrait le faire. Il était probable que la situation ne s'améliore pas avant la fin de l'année. Comme indiqué précédemment, le principe de l'expertise était remis en question, dès lors qu'elle n'était ni nécessaire sur le plan médical, ni opportune sur le plan de son état de santé. Avant la situation liée au COVID-19, elle était disposée à se faire expertisée à Genève, compte tenu de ses difficultés psychiques à se déplacer. Aujourd'hui, cela n'était plus possible. Il s'avérait que l'instruction de ce dossier

traînait depuis plus de quatre ans, compte tenu de la décision d'un de ses gestionnaires, qui avait suggéré une expertise qui n'était pas nécessaire.

L'OAI ne lui avait pas fait de proposition de questionnaire et le périmètre de l'expertise apparaissait important de manière à ne pas empiéter sur l'autorité de la chose jugée.

Le Dr C_____, qui était lui-même un expert dans son domaine, remettait en cause la légitimité d'une expertise médicale psychique s'agissant des années 2016, 2017, 2018, voire 2019, relevant qu'une expertise médicale psychique pouvait revenir sur une période antérieure raisonnable, pour autant qu'elle soit documentée par des rapports médicaux et que, généralement, il était quasi impossible de revenir sur des diagnostics et appréciations médicales trop anciens.

À compter de novembre 2020, elle allait interrompre la prescription par une action judiciaire pour des motifs liés à la prescription. En conséquence, la recourante suggérait que le dossier soit retourné au SMR pour obtention d'un véritable avis médical actuel intégrant la situation COVID-19 et la situation, sous l'angle de l'écoulement du temps. Il semblait qu'une expertise médicale ne soit pas nécessaire, dès lors qu'elle n'était ni opportune ni fondée, comme elle le soutenait depuis l'origine. Dans ces circonstances, il était donc inutile qu'elle se détermine sur les propositions d'experts de l'OAI.

36. Le 21 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait effectuée par la doctoresse H_____, exerçant à Carouge, proche du domicile de la recourante. Il transmettait à l'assurée la mission d'expertise.

37. Le 27 août 2020, l'assurée a constaté que l'OAI n'avait pas pris de décision incidente formelle et a conclu à ce qu'il en prenne une.

    À l'appui de son écriture, l'assurée a transmis un certificat médical établi par le Dr C_____ le 3 août 2020 certifiant qu'elle était en traitement chez lui en raison de crises de panique et d'angoisse avec une anxiété généralisée. L'état psychique de celle-ci s'était encore dégradé. En 2016, elle avait connu diverses complications médicales somatiques au niveau de l'ombilic et sur la partie rectale. Hospitalisée en urgence, une intervention chirurgicale avait conduit à la survenance d'abcès sous-pariétaux abdominaux postopératoires. Durant plusieurs mois, elle avait dû subir des interventions (drainages et ponctions sous scanner). Selon la Dresse E_____, qui s'était occupée de ces interventions, ces complications pouvaient ressurgir et elles nécessiteraient alors de nouvelles interventions immédiates. Cet état de santé dégradé avait une influence négative sur son état psychique.

    À cela s'ajoutait la situation sociale et les risques liés au COVID-19, qui empêchaient une prise en charge médicale.

    L'assurée devait subir une coloscopie chez le docteur J_____ en juillet 2020 en raison de ses problèmes au niveau de la partie rectale (saignements depuis 2016).

Le Dr J_____ avait été dans l'obligation de reporter cet examen à une date indéterminée, en raison des conséquences liées aux angoisses de l'assurée. Il avait considéré qu'elle était une personne vulnérable.

En conséquence, le Dr C_____ certifiait que l'assurée se trouvait actuellement dans un état psychique très dégradé, compte tenu de son état général et de la situation extérieure, et qu'elle ne pouvait, en aucun cas, se présenter à un quelconque rendez-vous médical, autre qu'urgent, notamment pour une expertise.

En ce qui concernait son taux d'invalidité, il confirmait que celui-ci était d'au moins à 88%.

38. Par décision incidente du 21 septembre 2020, l'OAI a informé la recourante que l'examen de son droit aux prestations nécessitait une expertise et que celle-ci serait effectuée par la Dresse H_____. Il constatait que l'assurée ne produisait aucune nouvelle pièce médicale justifiant une appréciation différente de la situation. Le fait que le Dr J_____ ait reporté la réalisation d'une coloscopie ne justifiait pas de renoncer à l'expertise prévue. En effet, une coloscopie, qui impliquait la réalisation d'un acte médical, ne s'inscrivait pas dans le même cadre qu'une expertise médicale, qui ne nécessitait qu'une simple évaluation.

Dans un arrêt récent du 4 août 2020 (8C_283/2020), le Tribunal fédéral avait considéré que si les expertises pouvaient engendrer des stress considérables pour tous les assurés (notamment ceux qui souffraient de troubles psychiques tels que des syndromes d'anxiété, des suites de traumatisme, des lésions cérébrales ou des syndromes de fatigue chronique), quiconque demandait une prestation d'assurance devait néanmoins accepter certaines contraintes, en relation avec les examen auxquels il devait se soumettre. Il était ainsi exigible qu'elle se soumette à l'expertise ordonnée auprès de la Dresse H_____. S'agissant des griefs formulés contre la mission d'expertise, l'OAI constatait que celle-ci comportait en effet une erreur, s'agissant du degré d'empêchements ménagers retenu, soit de 41%, alors que ce taux avait été revu à 50% par la chambre des assurances sociales dans son arrêt du 28 janvier 2016. Une nouvelle mission d'expertise modifiée dans ce sens lui était remise.

La mission d'expertise précisait les motifs et circonstances de l'expertise et qu'il s'agissait d'un cas de révision suite à la dernière décision du 23 juin 2016. Elle mentionnait, sous documents pertinents, le rapport d'enquête ménagère du 31 mars 2014, les rapports du Dr B_____ et l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 28 janvier 2016.

39. L'assurée a formé recours contre la décision incidente précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 22 octobre 2020. Elle faisait valoir qu'une nouvelle expertise ne pouvait lui être raisonnablement imposée en raison de ses troubles psychiques, à savoir l'anxiété généralisée sévère et l'agoraphobie, qui étaient deux maladies psychiques parmi les plus invalidantes. Une nouvelle expertise était dès lors une mesure non exigible d'elle. D'autres

mesures d'instruction devaient être envisagées, sachant que l'aggravation devait être retenue avec un degré de vraisemblance suffisante. Les éléments d'aggravation étaient objectifs, soit la naissance d'un nouvel enfant et les complications médicales. La seule mesure envisageable serait que le Dr B_____, qu'elle avait déjà rencontré, effectue un complément d'expertise, tout en respectant des modalités compatibles avec son état de santé du moment, à savoir pas de déplacement, présence de proches, autorisation préalable du médecin traitant afin d'éviter tout risque de suicide ou d'aggravation de son état.

L'OAI n'avait de cesse de fonder son questionnaire médical sur la visite du 24 mars 2014 de son infirmière, bien que cet avis, non médical, avait été considéré comme non pertinent et écarté par la chambre des assurances sociales. Un nouvel expert n'avait pas à tenir compte de cette pièce. On comprenait du mandat d'expertise de l'OAI, qu'il voulait opérer une révision de la décision basée sur le dossier, notamment sur ce rapport d'enquête ménagère du 31 mars 2014. Or, l'OAI ne pouvait se déterminer que sur l'aggravation de son état de santé. En effet, l'arrêt de la chambre des assurances sociales du 28 janvier 2016 avait exclu toute valeur probante au rapport d'enquête ménagère du 31 mars 2014 et à la note de travail du 3 septembre 2014. L'OAI demandait donc une seconde opinion à la Dresse H_____, étant donné que la première opinion du Dr B_____ avait aussi exclu toute valeur probante de ces deux documents.

Le questionnaire violait la directive 3087 de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS). Dans son mandat d'expertise à la Dresse H_____, l'OAI avait ajouté plusieurs questions qui n'étaient pas reprises dans la directive de manière arbitraire et incompréhensible. Par exemple : « combien d'heures par semaine une activité adaptée (telle que décrite ci-dessus) peut-elle raisonnablement être exigée de l'assurée si celle-ci, selon l'examen préalable, vaque simultanément à des travaux habituels dans le ménage ».

Pour ces motifs également, la décision incidente devait être annulée.

L'OAI avait finalement proposé, en plein COVID-19, une nouvelle solution d'expertise à Genève en proposant deux noms de médecin, mais sans tenir compte des observations de la recourante sur l'impossibilité de réaliser l'expertise. Il appartenait à l'OAI de solliciter à nouveau le SMR pour déterminer si les objections de la recourante quant à la réalisation de l'expertise étaient fondées. En outre, le questionnaire n'avait jamais été ni soumis ni discuté. Il ressortait assez clairement du dossier que l'OAI ne tenait pas à instruire le dossier de la recourante, mais cherchait à réviser son taux de rente, ce qui aggravait encore son état de santé. Elle concluait ainsi à l'annulation de la décision entreprise.

40. Par réponse du 17 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il se référait à la motivation de la décision querellée et à l'arrêt du 6 mars 2019 de la chambre de céans, qui avait considéré qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise complète pour évaluer la situation de la recourante en 2015,

l'expertise effectuée en 2013 n'étant plus d'actualité, vu le temps passé et l'aggravation annoncée.

Pour ce qui était de l'obligation de recherche d'un consensus, il avait été rappelé dans l'arrêt précité que si les parties devaient être consultées sur la mission d'expertise et l'expert choisi, il ne leur appartenait pas de choisir l'expert. Les droits de participation de la recourante avaient été respectés en accord avec la jurisprudence en vigueur.

41. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 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. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA-E 5 10).

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 21 septembre 2020, par laquelle l'intimé a désigné la Dresse H_____ pour effectuer une expertise psychiatrique de la recourante et sur le contenu de la mission d'expertise.

4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

   Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

   Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

   Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer

un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

6. 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, sans attendre la phase – éventuelle – de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

   Selon la jurisprudence, l'assuré bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'il peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1). En outre, il 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).

   S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé 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).

Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2020 du 4 août 2020, cité par l'intimé, si les évaluations représentent une grande charge pour les assurés qui ont des plaintes psychologiques telles que des troubles d'anxiété et suscitent des craintes et des résistances, il n'en reste pas moins que toute personne qui demande une prestation d'assurance doit accepter une certaine charge en raison des clarifications nécessaires.

En ce qui concerne le droit des parties de se prononcer sur les questions à soumettre à l'expert, la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de droits constitutionnels a déduit du droit d'être entendu le droit d'obtenir une décision motivée à ce sujet. L'autorité doit donc prendre position sur les questions décisives (ATF 137 II 266 consid. 3.2 p. 270 ; 136 I 229 consid. 5.2 p. 236 ; 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les arrêts cités ; arrêts du Tribunal fédéral 2D_2/2012 du 19 avril 2012 consid. 3.1 ; 2C_455/2011 du 5 avril 2012 consid 4.3 ; 2D_36/2011 du 15 novembre 2011 consid. 2.1 ; 1C_424/2009 du 6 septembre 2010 consid. 2 ; T. TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 521 n. 1573). Cela implique que l'assureur doit également tenir compte des remarques des parties et ne peut écarter leurs conclusions sans motif valable. Dans la mesure où la mission de l'expert doit faire l'objet d'une décision incidente en cas de désaccord, elle peut ensuite être contrôlée par l'instance de recours.

7. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1 phr. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références).

Les conséquences procédurales prévues en cas de violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entrent en considération que si le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable. Tel est le cas lorsqu'aucun motif légitime n'est perceptible ou lorsque le comportement de la personne assurée

apparaît comme totalement incompréhensible. Il en va différemment lorsque la personne assurée n'est pas en mesure, en raison d'une maladie ou d'autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées au refus de se soumettre à une nouvelle expertise, ou parce que le dossier contient déjà une expertise conforme aux exigences de la jurisprudence (Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS, 2018, 2018, ad. 43 n. 51, p. 544).

8. En l'espèce, dans son arrêt du 6 mars 2019 (ATAS/184/2019), la chambre de céans a jugé qu'il était nécessaire de procéder à une nouvelle expertise complète pour évaluer la situation de la recourante et que l'expertise effectuée en 2013 n'était plus d'actualité, vu le temps passé et l'aggravation annoncée. Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer à nouveau sur la question de la nécessité de faire procéder à une nouvelle expertise.

   La chambre de céans a renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il tente de parvenir, autant que possible, à un consensus évitant la prolongation de la procédure, qui n'avait déjà que trop duré. Force est de constater que l'intimé a activement tenté de trouver un consensus, en renonçant à mandater le Dr G_____, puis en proposant deux nouveaux experts exerçant dans le canton de Genève.

   La recourante a produit un certificat médical du Dr C_____ attestant que son état psychique était très dégradé et qu'elle ne pouvait se présenter à un quelconque rendez-vous médical autre qu'urgent, car elle était sujette à des crises de panique et d'angoisse. Ce rapport du Dr C_____ n'est pas suffisant pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il ne serait pas possible à la recourante de se présenter à un rendez-vous avec la Dresse H_____, laquelle, en sa qualité de psychiatre, est particulièrement à même de comprendre la problématique de la recourante et de déterminer comment procéder à l'expertise dans son cas spécifique. Elle pourrait éventuellement accepter que la recourante soit accompagnée d'un proche, voire entendre les proches de la recourante.

   Dans la mesure où cette dernière demande des prestations de l'intimé, elle doit accepter de se soumettre à une expertise nécessaire pour trancher sa demande, quand bien même cela est de nature à lui causer un stress important, selon la jurisprudence du Tribunal.

   Il sera encore rappelé à la recourante qu'elle ne peut choisir elle-même son expert et qu'elle a l'obligation de collaborer à l'instruction de la cause, faute de quoi, sa demande de prestations pourrait être jugée sur la base des pièces au dossier ou rejetée.

   S'agissant de la mission d'expertise, elle n'appelle pas la critique et doit être confirmée. En effet, l'intimé y précise les motifs et circonstances de l'expertise et qu'il s'agit d'un cas de révision suite à la dernière décision de l'intimé. Le fait qu'il cite le rapport d'enquête ménagère du 31 mars 2014 sous les pièces pertinentes n'apparaît pas critiquable. Il s'agit en effet d'une pièce du dossier qui peut être utile

dans le cadre de l'appréciation de l'experte, tout comme les rapports d'expertise du Dr B_____ et l'arrêt de la chambre de céans du 28 janvier 2016, également mentionnés dans la même rubrique. Les experts ont accès à la totalité du dossier de l'OAI dont il n'y a pas lieu de retirer une pièce, quand bien même la chambre de céans a privilégié dans l'arrêt précité, en application de la jurisprudence, les conclusions du Dr B_____ sur celles de l'enquête ménagère, sans toutefois nier toute valeur probante à cette dernière.

Dès lors qu'une expertise a été ordonnée par un nouvel expert, celui-ci doit procéder à un nouvel examen du cas et ne saurait être lié par celui fait par un confrère plusieurs années auparavant. Il en résulte que les questions types figurant dans la mission d'expertise sont légitimes. L'intimé n'est pas strictement lié par les directives de l'OFAS et peut mentionner dans ses missions d'expertise toute question qui lui paraît utile dans le cas d'espèce. S'agissant de la question : « combien d'heures par semaine une activité adaptée (telle que décrite ci-dessus) peut-elle raisonnablement être exigée de l'assurée si celle-ci, selon l'examen préalable, vaque simultanément à des travaux habituels dans le ménage », elle est compréhensible et peut se justifier dans le cas d'espèce. La question de savoir ce qui a été déjà jugé définitivement ou pas est d'ordre juridique et n'est pas du ressort de l'expert.

9. Infondé, le recours doit être rejeté.

10. La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations, elle est gratuite (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI a contrario).

11. Les jugements cantonaux rendus sur recours contre les décisions incidentes de l'assureur social concernant la mise en œuvre d'expertises, ne peuvent pas être déférés au Tribunal fédéral, à moins qu'il n'ait été statué sur des motifs formels de récusation (ATF 139 V 339 consid. 4 ; ATF 138 V 318 consid. 6.2 p. 323 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_810/2019 du 7 janvier 2020), 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.

La greffière	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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