

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3469/2019

ATAS/391/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 mai 2020**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le \_\_\_\_\_ 1970 en Algérie, ressortissante suisse depuis le 19 avril 2003, séparée et mère de trois enfants nés en 1997, 1998 et 2006.
2. Le 2 septembre 2009, elle a demandé des prestations d'assurance-invalidité en raison d'une inflammation au niveau du liquide céphalo-rachidien. L'atteinte existait depuis 2009. Elle était en incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 3 mars 2009 à 100% pour une durée indéterminée.
3. À teneur d'un rapport établi le 17 juin 2009 par le service de radiologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée avait été hospitalisée pour poursuivre le bilan commencé par la policlinique de neurologie au mois d'avril 2009. Un diagnostic différentiel s'ouvrait face à un syndrome inflammatoire du système nerveux central. Une IRM de la moelle serait effectuée en ambulatoire et la patiente serait revue à la policlinique le 9 juillet. Une IRM cérébrale dans six mois était proposée. Il était également possible que les symptômes de la patiente soient en lien avec le syndrome inflammatoire du « SNC ». La persistance des vertiges serait évaluée en « neuro-ORL » prochainement. Les médecins concluaient à un syndrome intrathécal d'immunoglobulines d'origine encore indéterminée.
4. Le 13 juillet 2009, le docteur B\_\_\_\_\_, du service de neurologie des HUG, a indiqué avoir revu à sa consultation l'assurée le 9 juillet 2009. Le diagnostic était une méningite chronique symptomatique. Le bilan clinique effectué à ce jour se résumait en des céphalées chroniques associées à des vertiges occasionnels position-dépendante. Il n'avait pas permis de confirmer l'hypothèse d'une hypertension intracrânienne bénigne. Il retenait toutefois une méningite chronique aseptique qui permettait d'expliquer la symptomatologie actuelle. Au vu de la dépendance progressive aux médicaments symptomatiques, il était souhaitable de discuter l'introduction à un traitement d'épreuve aux stéroïdes. Concernant le diagnostic différentiel d'une synthèse intrathécale d'IgG, les causes les plus classiques étaient la sclérose en plaques, la neuro-syphilis, le HIV, la maladie de Lyme, la collagénose et les origines tumorales. Le bilan pratiqué à cette date n'avait pas permis de confirmer ces hypothèses. Le médecin proposait d'effectuer une IRM cérébrale de contrôle à six mois, puis annuellement, afin d'exclure l'apparition de lésions cérébrales ultérieures.
5. Dans un rapport du 30 septembre 2009, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, a indiqué que l'assurée souffrait d'une méningite chronique symptomatique depuis le 3 mars 2009 et qu'elle était totalement incapable de travailler depuis lors.
6. Selon une note établie par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 octobre 2009 suite à un appel de l'assurée, celle-ci indiquait avoir interrompu le suivi aux HUG en raison de l'incapacité de celui-ci à poser un diagnostic et à lui proposer un traitement efficace. Les examens

complémentaires proposés n'auraient par conséquent pas lieu, l'assurée les estimant inutiles. Elle éprouvait du désarroi et semblait désemparée. Son état psychique était fragile et elle prenait de la morphine pour soulager sa douleur. Elle se trouvait bien soutenue par le Dr C\_\_\_\_\_.

7. À teneur d'un rapport établi par le Dr C\_\_\_\_\_ le 5 février 2010, l'état de santé de l'assuré était stationnaire. Elle était toujours totalement incapable de travailler avec une persistance de céphalées invalidantes.
8. Le 25 février 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale qui serait effectuée par le docteur D\_\_\_\_\_, neurologue FMH.
9. Dans son rapport du 12 mai 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome inflammatoire chronique du système nerveux central d'étiologie indéterminée connu depuis mars 2009 et de céphalées et vertiges d'étiologie indéterminée depuis mars 2009. Rien ne prouvait que les troubles objectivement constatés aient un rapport quelconque avec des limitations au plan physique, psychique, mental et social. Les troubles qui avaient influencé l'activité exercée jusqu'ici étaient essentiellement subjectifs. Ils dépendaient donc de l'appréciation du médecin concerné. Il était certain que la symptomatologie qui avait conduit aux investigations d'abord par la policlinique de neurologie puis en cours d'hospitalisation au mois de juin 2009 avait rendu l'activité professionnelle de l'assurée impossible. On devait donc admettre que de mars à la fin de l'été 2009, les tracas médicaux liés à la symptomatologie et aux investigations avaient représenté une incapacité de travail totale. Pour ce qui était de la capacité résiduelle de travail à partir de l'automne 2009, la question était plus subtile. Aucun argument précis ne permettait de la définir. Pour l'expert, elle était totale. Dans ce sens, l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible, peut-être à temps partiel au début, soit à 50%, pour aider la reprise. Il ne pouvait pas répondre précisément à la question du rendement qui dépendait de la subjectivité de la part du sujet et de son médecin. Des mesures de réadaptation ne paraissaient pas envisageables, car le métier de vendeuse était le seul que l'assurée était capable de pratiquer selon sa formation et son expérience. L'expert avait clairement signifié à l'assurée que ses aspirations à travailler dans le social étaient irréelles. Elle avait déjà assez de problèmes avec elle-même pour s'occuper des problèmes des autres. L'évolution du cas allait certainement être compliquée et dépendrait de la réaction de l'assurée et de celle de son neurologue traitant en lien avec le point de vue exprimé dans l'expertise. Il faudrait en tout cas que son traitement avec des dérivés morphiniques soit rediscuté. Il devrait être interrompu officiellement puisqu'il n'était pas suivi. La question d'une expertise psychiatrique pourrait entrer en ligne de compte, selon l'évolution, dans les mois à venir.
10. Dans un avis du 22 juin 2010, le SMR a retenu que sur le plan neurologique, la capacité de travail était totale depuis l'automne 2009. Des éléments subjectifs importants faisaient que l'expert préconisait une expertise psychiatrique.

11. Le 22 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire de procéder à une expertise médicale complémentaire qui était confiée au docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
12. Dans son rapport du 11 octobre 2010, l'expert a conclu que l'assurée ne présentait pas de pathologie mentale susceptible d'agir sur les activités qu'elle avait exercées jusqu'ici. Sa capacité de travail était entière sur le plan strictement psychiatrique. Au vu de la précarité de l'équilibre actuel, le suivi auprès du Dr C\_\_\_\_\_ devrait continuer et l'assurée devrait être référée à un psychiatre dès lors qu'elle présentait les signes annonciateurs d'une dépression ou d'un trouble anxieux.
13. Dans un avis du 10 novembre 2010, le SMR a conclu des rapports d'expertise que l'assurée aurait pu reprendre son activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009, d'abord à 50% pour une durée de six semaines, puis à 100%.
14. À teneur d'un rapport établi le 11 novembre 2010 par la doctoresse F\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service d'ophtalmologie des HUG, l'assurée était connue pour une hypertension intracrânienne, sous traitement de Topamax, et présentait des céphalées invalidantes quotidiennes avec une impossibilité de voir de près, un hystagmus horizontal dans les directions du regard avec une exotropie résiduelle d'un strabisme ancien à l'œil gauche et des signes d'une hypertension intracrânienne chronique à très bas bruit.

L'hypermétropie croissante de l'assurée semblait avoir plusieurs origines. La Dresse F\_\_\_\_\_ suggérait un retrait thérapeutique du Topiramate, de refaire une imagerie à la recherche de signes d'une hypertension intracrânienne, notamment avec une hydrocéphalie des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> ventricules, et possiblement une nouvelle ponction lombaire avec analyse du liquide céphalo-rachidien. Si on retrouvait des traces d'une hydrocéphalie des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> ventricules, on pourrait se poser la question de l'indication d'un drain ventriculo-péritonéal. On pourrait ainsi espérer une diminution des céphalées quotidiennes et handicapantes ainsi que de pouvoir surseoir au traitement de Topiramate, en espérant que les modifications réfractives soient réversibles. Pour rappel, l'assurée se trouvait dans l'incapacité de lire de près.

15. Par projet de décision du 14 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité était nul et ne lui ouvrait pas de droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.
16. Le 24 janvier 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que la symptomatologie douloureuse de l'assurée persistait. Une consultation neuro-ophtalmologique complémentaire avait confirmé des signes d'une hypertension intracrânienne chronique à bas bruit avec la présence d'un liquide sous-maculaire. L'assurée avait bénéficié de deux interventions microchirurgicales ophtalmologiques à l'égard de cette symptomatologie.
17. La Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué dans une attestation du 25 janvier 2011 que la médecine n'avait pas pu soulager l'assurée de manière satisfaisante jusqu'à ce jour

et qu'elle continuait à souffrir de troubles visuels importants dans le cadre d'un glaucome à angle étroit des deux côtés sur une hypermétropie importante et décompensée par une réaction idiosyncrasique pharmacologique. La molécule en question avait été instaurée en raison d'une hypertension intracrânienne secondaire à un processus inflammatoire/infectieux dans le liquide rachidien constatée aux ponctions lombaires répétées.

18. L'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI le 27 janvier 2011.
19. Par avis du 2 février 2011, le SMR a considéré que le rapport de neuro-ophtalmologie du 11 novembre 2010 n'apportait rien de nouveau hormis que l'assurée ne devait pas avoir une activité de lecture de près. Son activité de vendeuse, voire même de caissière était adaptée. Il n'y avait pas de nouvelles atteintes ou d'aggravation.
20. Par décision du 30 mars 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté l'opposition de l'assurée.
21. Le 9 mars 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité pour adulte.
22. Le docteur G\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, a indiqué dans un rapport du 27 mars 2018 que l'assurée était sans emploi depuis 2005. Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques avec tentamen en 2018, (suite illisible). L'assurée pourrait probablement travailler 4 heures par jour dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à sa santé.
23. Le 28 mars 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a notamment indiqué qu'en 2015, il y avait eu une résection d'une bulle d'emphysème du lobe supérieur droit par thoracoscopie. Depuis lors, l'assurée avait une importante thoracodynie, estimée à EVA 5 sur 10 persistante et ne répondant à aucun traitement antalgique ni aux séances de physiothérapie. Le 18 février 2018, l'assurée avait fait un tentamen médicamenteux au Palexia, nécessitant une hospitalisation aux soins intensifs des HUG, puis en psychiatrie. Actuellement, elle était suivie par le CAPPI une à deux fois par semaine.
24. Le 30 avril 2018, la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin interne, a informé l'OAI avoir diagnostiqué du point de vue psychiatrique chez l'assurée un épisode dépressif sévère, sans syndrome psychotique. Elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis le 27 février 2018, date à laquelle elle avait été adressée à la consultation de la clinique de Belle-Idée. Pour la période antérieure, il fallait se référer à son médecin traitant, le Dr G\_\_\_\_\_. Elle pourrait retrouver une capacité partielle de travail si son état dépressif s'améliorait, mais il faudrait tenir compte de ses limitations physiques (voir avis du Dr C\_\_\_\_\_). L'évolution était très lentement favorable depuis le 27 février 2018. La patiente était plutôt compliant, mais avait dû annuler quelques rendez-vous en raison de céphalées invalidantes.

25. Selon un rapport établi le 7 mai 2018 par le Dr C\_\_\_\_\_, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension intracrânienne chronique avec céphalées invalidantes et une côte cervicale gauche avec une répercussion algique cervicale et une cervico-brachiale à gauche. De multiples traitements avaient été prodigués à cette patiente, malheureusement avec des effets très limités. Elle était totalement incapable de travailler depuis 2009 dans toute activité.
26. Dans un rapport établi le 6 août 2018 par la Dresse H\_\_\_\_\_ et la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique au CAPPI, des HUG, le diagnostic était un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'assurée avait bénéficié d'entretiens médicaux et infirmiers une fois par semaine et n'avait pas participé aux activités groupales proposées. Son évolution avait été lentement favorable et avait permis une mise à distance des idées noires et suicidaires ainsi que de son sentiment de culpabilité écrasant vis-à-vis de ses fils par rapport à son geste suicidaire. Elle s'était montrée globalement investie dans la prise en charge, malgré de nombreux rendez-vous manqués, la plupart du temps en raison de ses douleurs chroniques.
27. Selon une note téléphonique de l'OAI du 13 novembre 2018, l'assurée avait indiqué ne plus être suivie par le CAPPI depuis mai/juin 2018. Elle était dorénavant suivie sur le plan psychiatrique par le docteur J\_\_\_\_\_, psychothérapeute-psychanalyste, FMH médecine psychosomatique, qu'elle voyait régulièrement. Elle disait être sous antidépresseurs et que cela l'aidait à tenir. Elle n'arrivait pas à se mobiliser actuellement, clairement centrée sur ses traitements, en espérant aller mieux.
28. Le 15 novembre 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que la situation de sa patiente devenait préoccupante. Elle souffrait quotidiennement de céphalées qui nécessitaient un alitement au moins deux fois par jour, car seul le repos et le calme les rendaient supportables. Il n'était en aucun cas envisageable pour cette patiente de reprendre une activité professionnelle. Le dossier devrait être traité en priorité.
29. Le 7 novembre 2018, le docteur K\_\_\_\_\_, de la clinique de la douleur, Hôpital de la Tour, a indiqué que les médications usuelles avaient déjà été largement explorées par le passé et qu'une adaptation médicamenteuse lui semblait difficile, voire impossible. La patiente n'était pas capable de reprendre une activité professionnelle. Sa situation sociale était plus que difficile, avec des enfants à charge et une pathologie complexe pour laquelle la médecine actuelle peinait à trouver des solutions.
30. Le 26 novembre 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère, avec un tentamen aux opiacés le 18 février 2018, et d'un syndrome douloureux persistant somatoforme. Elle était totalement incapable de travailler dans toute activité.
31. Par avis du 5 décembre 2018, le SMR a considéré, au vu des atteintes de l'assurée, notamment du syndrome douloureux somatoforme persistant, qu'une expertise

---

pluridisciplinaire via la plateforme MED@P avec des volets en médecine interne, psychiatrie et neurologie devait être ordonnée.

32. Le 6 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire qu'elle soit soumise à une expertise comportant les spécialités de médecine interne, psychiatrie et neurologie. Elle trouverait en annexe ses questions aux experts. Elle avait la possibilité de lui transmettre des questions complémentaires dans les 12 jours. Sans contestation écrite et motivée de sa part dans le même délai, l'OAI mandaterait un centre d'expertise en vue de réaliser l'examen. Le choix du centre d'expertises serait désigné selon le principe du hasard (art. 72bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). L'assurée serait informée du lieu, de la date et de l'identité des experts dès que l'OAI en aurait connaissance.
33. Le 20 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait effectuée par le centre d'expertises CEMed et plus particulièrement par les docteurs L\_\_\_\_\_, médecine interne générale, M\_\_\_\_\_, neurologie et N\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie. L'OAI précisait qu'il était important que l'assurée respecte tous les rendez-vous et que si, de manière injustifiée, elle ne se présentait pas à ceux-ci, les frais qui en découlaient pourraient être mis à sa charge. Des empêchements contraignants devaient être communiqués au centre d'expertises aussi rapidement que possible. L'assurée devait se soumettre aux examens médicaux et techniques raisonnablement exigibles et nécessaires à l'appréciation de son cas. Si elle refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'OAI pourrait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière.

Par ailleurs, si elle manquait à son obligation de renseigner ou ne communiquait pas à l'OAI les renseignements dont ce dernier avait besoin, les prestations pouvaient être réduites ou refusées.

Des motifs pertinents de récusation à l'encontre d'un ou de plusieurs experts désignés pouvaient être invoqués auprès de l'OAI jusqu'au 3 juin 2019.

34. Le 3 juin 2019, l'assurée a informé l'OAI qu'elle s'opposait catégoriquement à ce que le mandat d'expertise soit confié au CEMed. On lui avait rapporté que les patients n'y étaient pas considérés avec respect et diligence. Elle avait déjà vécu auprès du Dr D\_\_\_\_\_ un examen irrespectueux, humiliant et traumatisant et il n'était pas question qu'on la confie à l'avenir à des médecins qui n'étaient pas à même de respecter le code de déontologie que tout patient était en droit d'attendre. De même elle récusait le SMR au sujet duquel elle avait entendu les mêmes échos.

De surcroît un nouveau diagnostic avait récemment été posé par des cardiologues/rythmologues des HUG, qui était à même de donner une explication médicale aux troubles dont elle souffrait. Elle demandait en conséquence qu'un cardiologue/rythmologue fasse partie des experts mandatés pour l'expertise. Elle lui transmettait une liste d'experts pour chaque spécialité, soit trois en neurologie, deux

---

en cardiologie/rythmologie, un en médecine interne générale et deux en psychiatrie.

35. Le 7 juin 2019, l'assurée a été convoquée par le CEMed pour des examens devant être réalisés les 14 et 27 juin et 3 juillet 2019.
36. Le 11 juin 2019, l'OAI a répondu à l'assurée que si le SMR estimait, après avoir pris connaissance des rapports médicaux, qu'une expertise médicale était nécessaire, il la réalisait lui-même comme l'y autorisait l'art. 49 al. 2 RAI, ou adressait une recommandation à l'OAI en indiquant les disciplines nécessaires et les questions à éclaircir. La compétence du choix des disciplines à investiguer revenait au SMR. L'OAI lui avait soumis sa demande d'un volet complémentaire et le SMR avait estimé qu'il n'y avait pas de raison objectivable à intégrer la cardiologie à l'expertise.

Le 1<sup>er</sup> mars 2012, le Conseil fédéral avait mis en vigueur le nouvel art. 72bis RAI qui garantissait que seuls les centres d'expertises médicales remplissant les conditions de qualités définies dans une convention conclue avec l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS) étaient habilités à pratiquer des expertises pluridisciplinaires pour l'assurance-invalidité. La convention définissait aussi les mesures de contrôles et les compétences de l'OFAS en la matière. Afin de garantir l'indépendance des centres et la neutralité des expertises, il était inscrit dans le droit fédéral que l'attribution des mandats d'expertises pluridisciplinaires devait se faire de manière aléatoire. Le CEMed ayant été choisi de manière aléatoire, il ne pouvait pas être récusé.

37. Le 13 juin 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé l'OAI de la découverte d'une affection cardiologique à même d'expliquer sa symptomatologie. Il s'agissait d'un nouveau diagnostic médical essentiel, soit un syndrome de tachycardie orthostatique posturale (ci-après : POTS). Une nouvelle expertise bi-disciplinaire devait être effectuée par un cardiologue et un psychiatre. Le Dr C\_\_\_\_\_ proposait le nom de médecins qui pourraient la faire. Il rappelait qu'une expertise neurologique avait déjà été effectuée et que les bilans auprès de deux professeurs universitaires de neurologie (Genève et Lausanne) n'avaient pas permis de poser de diagnostics de certitude dans cette situation complexe. L'expertise du CEMed était dorénavant inappropriée et inutile au vu du nouveau diagnostic posé. Par ailleurs, l'assurée n'était actuellement pas en mesure de se présenter au CEMed en raison d'une maladie pour une durée indéterminée.

Le Dr C\_\_\_\_\_ transmettait à l'intimé en annexe de son courrier un rapport établi le 13 juin 2019 par le docteur O\_\_\_\_\_, médecin-adjoint agrégé, du service de cardiologie des HUG, qui attestait avoir vu l'assurée à sa consultation dans le contexte de la prise en charge de son syndrome de « POTS ».

38. Dans un avis du 17 juin 2019, le SMR a indiqué que le diagnostic de POTS était surtout gênant lors des changements de position et n'entravait pas une activité sédentaire et assise. En conséquence, l'assurée et son médecin n'avaient pas amené

---

d'éléments objectifs susceptibles de remettre en question l'avis du 5 décembre 2018. Par ailleurs, si l'interniste le jugeait nécessaire, un volet cardiologique pouvait être inclus à l'expertise.

39. Le 13 juillet 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait valoir auprès de l'OAI que le nouveau diagnostic posé de POTS était enfin à même d'expliquer la pathologie invalidante dont souffrait la patiente depuis dix ans. Cet aspect était fondamental pour l'appréciation du dossier. Une revue littéraire permettait de constater que l'assurée présentait 14 des 16 symptômes potentiellement présents dans le diagnostic de POTS. Le Dr C\_\_\_\_\_ joignait à son courrier :

- un rapport établi le 7 juillet 2019 par le docteur P\_\_\_\_\_, médecin interne, et le Dr O\_\_\_\_\_, du service de cardiologie des HUG, selon lesquels l'assurée souffrait d'un POTS. Celui-ci était caractérisé par des céphalées invalidantes associées à des palpitations et à une diminution de la tolérance à l'effort. Plusieurs investigations avaient été effectuées excluant notamment des causes purement neurologiques, infectieuses et immunologiques. Le tilt-test excluait une hypotension orthostatique mais montrait un résultat compatible avec un syndrome de tachycardie orthostatique posturale. Les différents critères de diagnostic de ce syndrome, à savoir une augmentation soutenue de la fréquence cardiaque de 30 bpm, l'absence d'hypotension orthostatique, plusieurs symptômes d'intolérance orthostatique qui se résolvaient complètement en décubitus, l'absence de médicaments altérant la régulation autonome et qui survenait en l'absence d'autres infections pouvant entraîner une défaillance du système nerveux autonome en tachycardie orthostatique. Certaines études avaient mis en évidence, chez un moindre pourcentage de patients souffrant de ce syndrome, l'augmentation des anticorps agonistes des récepteurs ATt-2 dans le sang. Des petites doses de Sartan pourraient diminuer les symptômes parasympathiques sans avoir d'effet hypotenseur. Pour cette raison, il était proposé à la patiente une faible dose de Candesartan 2 mg une fois par jour afin d'évaluer la réponse sur les symptômes qu'elle présentait régulièrement. Finalement, en analysant le dossier, il était remarqué que le phéochromocytome n'avait pas été formellement exclu, même s'il était très peu probable. Ils proposaient d'effectuer une MAPA sur 24 heures associée à un dosage de Metanephrine dans les urines sur 24 heures. Ils prévoyaient de revoir l'assurée dans un mois pour évaluer l'évolution sous ce traitement ;
- un rapport établi le 7 juillet 2019 par le Dr O\_\_\_\_\_ et le docteur Q\_\_\_\_\_, reprenant en substance la teneur du rapport précité.

40. Selon un courriel adressé par le SMR le 3 août 2019 au gestionnaire du dossier, celui-ci maintenait sa position à savoir que la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire s'avérait nécessaire et que si l'interniste le jugeait nécessaire, un volet cardiologique pourrait s'y ajouter.

41. Par décision incidente du 23 août 2019, l'OAI a décidé de maintenir l'expertise auprès du CEMed. Les nouvelles pièces que l'assurée avait produites avaient été soumises au SMR qui estimait que l'expertise devait être maintenue et que si l'interniste le jugeait nécessaire, le volet cardiologique pourrait être inclus à l'expertise.
42. Le 19 septembre 2019, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Dans un arrêt récent du 29 mai 2017, rendu dans une situation similaire, la chambre des assurances sociales avait annulé la décision d'un assureur-accidents qui n'avait pas sérieusement tenté de trouver avec l'assuré un consensus sur le choix de l'expert alors qu'il disposait d'alternatives (ATAS/426/2017).

En l'espèce, la décision de l'intimé contrevenait aux principes et exigences jurisprudentiels en la matière en plus d'échapper à tout sens commun. En effet, l'intimé souhaitait imposer à la recourante une expertise pluridisciplinaire qui était inadéquate et par conséquent inutile, qui plus est dans un centre qu'elle avait refusé.

Il avait enfin été découvert, après des années d'investigations, qu'elle souffrait d'un problème cardiologique qui expliquait la pathologie invalidante dont elle souffrait. Il était donc à l'évidence nécessaire qu'un spécialiste cardiologue très compétent, s'agissant d'une maladie rare et complexe, soit nommé comme expert, contrairement à ce que soutenait l'OAI.

La désignation d'un spécialiste psychiatre se justifiait également, dès lors qu'elle souffrait de troubles psychiatriques développés dans le contexte de l'infection somatique qui l'atteignait.

La désignation d'un généraliste interniste ne trouvait aucune justification. Il s'agissait là uniquement d'un artifice employé par l'OAI pour solliciter une expertise par le biais de la plateforme MED@P et, partant, nier son droit de s'opposer aux experts désignés alors que cela n'était médicalement pas justifié.

En effet, la piste d'un diagnostic neurologique clair qui expliquerait sa symptomatologie avait été clairement écartée par les plus éminents spécialistes en la matière, si bien qu'il ne se justifiait pas de désigner un spécialiste neurologue. Sur l'ensemble de ces aspects, la recourante sollicitait l'audition du Dr C\_\_\_\_\_. Seule une expertise bi-disciplinaire était adéquate, ce qui conduisait à l'admission du présent recours.

Le choix des experts était également litigieux et la recourante priait la Cour de désigner les Professeurs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_, comme le suggérait le Dr C\_\_\_\_\_, ou tout autre spécialiste compétent, impartial et indépendant. Alternativement, la cause devait être renvoyée à l'OAI afin que le choix des experts s'effectue de manière consensuelle entre les parties.

La procédure de mise en œuvre de l'expertise n'avait pas été respectée, dès lors qu'il ne lui avait pas été donné l'occasion de se prononcer sur le contenu de l'expertise elle-même et de proposer ses propres questions.

Le fait que le CEMed ait été mandaté, le 9 mai 2019, avant même que la communication relative à l'expertise n'ait été adressée à la recourante, le 20 mai 2019, constituait une irrégularité qui revêtait d'autant plus de poids que ladite communication contenait des menaces de sanctions graves en cas de manque de collaboration.

Le système mis en place consistait à mettre l'assurée devant le fait accompli en la dissuadant de formuler la moindre objection, sous peine d'encourir de graves sanctions.

La formulation des menaces contenues dans la communication adressée par l'OAI était suffisamment vague et indéterminée pour que l'assurée puisse craindre des sanctions du simple fait qu'elle s'oppose aux modalités de l'expertise, aux questions posées et au choix des disciplines retenues ou des experts.

À défaut de la moindre explication, la recourante ne pouvait que spéculer sur l'étendue de son devoir de se soumettre aux examens médicaux et sur la notion de refus de s'y conformer ou de manquement à son obligation de renseigner. Une telle communication était contraire au devoir d'information de l'OAI. Il convenait à tout le moins qu'il mentionne que la personne assurée avait le droit de formuler des objections et/ou des propositions quant au contenu de la mission d'expertise, au choix des disciplines retenues ou des experts désignés. L'OAI était tenu, à défaut d'accord, de rendre une décision incidente susceptible de recours. En aucun cas de telles propositions ou objections ne pouvaient être considérées comme un refus de se conformer au droit et de se soumettre à des examens médicaux ou à un manquement à son obligation de renseigner susceptibles d'entraîner des sanctions.

Il fallait en conséquence constater cette violation et inviter l'OAI à modifier sa communication type en ce sens.

La recourante concluait, préalablement, à l'audition du Dr C\_\_\_\_\_ et, principalement, à l'annulation de la décision de l'OAI du 23 août 2019, à ce qu'il soit dit qu'une expertise bi-disciplinaire dans les domaines cardiologique et psychiatrique devait être mise en œuvre, à ce que les professeurs R\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ soient désignés à cette fin, à ce qu'il soit dit et constaté que la communication-type de l'OAI en matière d'expertise était contraire au devoir d'information de la personne assurée, à ce qu'il soit dit et constaté que ladite communication devait mentionner que la personne assurée avait le droit de formuler des objections et/ou des propositions quant au contenu de la mission d'expertise, au libellé des questions posées, au choix des disciplines retenues ou des experts désignés. Elle a conclu, subsidiairement, à ce qu'il soit dit que le choix des experts devait s'opérer de manière consensuelle entre les parties et que la cause soit renvoyée à l'OAI pour ce faire, avec suite de dépens.

43. Par réponse du 15 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante ne faisait pas valoir de motifs de récusation formels ou matériels pertinents ou admissibles justifiant la contre-proposition d'experts. L'intimé n'avait pas à rechercher un consensus : les seules impressions de l'expertisée ne pouvaient pas remettre en cause l'impartialité de l'expert, ce d'autant qu'elle n'avait allégué aucun fait ou circonstance propre à étayer une prévention contre les experts désignés. Dans son courrier du 11 juin 2019, l'OAI avait justifié les raisons pour lesquelles le choix du CEMed était maintenu. L'ATAS/426/2017 portait sur une expertise mono-disciplinaire et n'était pas applicable au cas d'espèce.
44. Par réplique du 6 novembre 2019, la recourante a fait valoir que son recours portait en premier lieu sur le choix des disciplines visées. Cette question apparaissait fondamentale, sauf à effectuer un travail inutile car mal orienté et incomplet et, partant, rendre inopérante l'expertise. Plutôt que de s'engouffrer dans une impasse, il était nécessaire de bien définir le champ de l'expertise. La réponse de l'intimé consistant à dire que si l'interniste le jugeait nécessaire, un volet cardiologique pouvait être inclus n'était pas satisfaisante. Il n'incombait pas à un médecin interniste de juger de la pertinence d'un volet cardiologique. À cela s'ajoutait qu'il n'était pas conforme à la procédure ad hoc qu'un expert en désigne un autre, qui plus est d'une spécialité différente, en dehors du cadre procédural prévu à cet effet, qui garantissait à l'assuré des droits (choix de l'expert, questions posées, etc).

Cela valait a fortiori en présence d'un diagnostic si complexe qu'il avait fallu des années avant de pouvoir le poser, après avoir cherché en vain dans de mauvaises directions, comme les récentes pièces produites en attestaient.

Il fallait constater que l'atteinte à la santé de la recourante et l'invalidité qui en découlait résultaient essentiellement d'un problème cardiologique et secondairement de troubles psychiques.

L'OAI faisait fausse route en voulant désigner un neurologue et un généraliste interniste.

La recourante sollicitait en tant que de besoin l'audition du Dr O\_\_\_\_\_ qui avait posé le diagnostic de POTS et celle du Dr C\_\_\_\_\_, s'agissant de l'absence de diagnostic neurologique.

C'était dès lors une expertise bi-disciplinaire cardiologique et psychiatrique qui devait être ordonnée. Il s'ensuivait également que la désignation des spécialistes devait s'effectuer de manière consensuelle, conformément à la jurisprudence.

## **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de maintenir l'expertise pluridisciplinaire auprès du CEMed.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29

al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration 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).

b. 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.

c. 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 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. arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 29/03 du 25 novembre 2004), qui est directement susceptible de recours devant le tribunal cantonal des assurances (cf. art. 56 al. 1 LPGA).

d. Aux termes de l'art. 15 al. 1 LPA, dont les causes de récusation s'appliquent aux experts en application de l'art. 39 al. 2 LPA, 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.

L'expert doit être, d'une part, subjectivement impartial : il ne doit pas, par exemple, avoir fait des déclarations sur l'issue du litige, y avoir un intérêt personnel, être parent ou allié avec l'une des parties, etc. Il doit, d'autre part, être objectivement impartial, dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (cf. J. MEINE, l'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, in l'expertise médicale, 2002, p. 27). Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353).

Il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que l'assuré doit apporter la preuve du contraire permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 752/03 du 27 août 2004).

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).

e. 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 « second 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 p. 257; 138 V 271 consid. 1.1 p. 274 s.). Le Tribunal fédéral a également considéré qu'il convient d'accorder une importance plus grande que cela a été le cas jusqu'ici, à la mise en oeuvre consensuelle d'une expertise et que l'assureur doit rendre une décision incidente susceptible de recours lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256).

f. S'agissant plus particulièrement de la mise en oeuvre 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).

Enfin, la chambre 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 celui-ci. 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 pouvait 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).

g. Le Conseil fédéral a introduit l'art. 72bis RAI, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, aux termes duquel les expertises comprenant trois, ou plus de trois, disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1) et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2).

L'OFAS a élaboré une liste des critères que les centres d'expertises (COMAI) doivent remplir depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, qui comprennent d'une part des exigences formelles et professionnelles, et, d'autre part, la mention obligatoire d'indications pour assurer une plus grande transparence et attester de l'indépendance des instituts. Il a également élaboré une convention et émis un nouveau tarif (cf. documents disponibles sur [www.ofas.admin.ch](http://www.ofas.admin.ch)).

Si les COMAI sont principalement rémunérés par l'assurance-invalidité (sur la base de conventions tarifaires), il n'en demeure pas moins qu'ils exécutent leur mandat d'expertise de manière indépendante; ils ne reçoivent sur ce point aucune instruction de l'OFAS ou des organes d'exécution de l'assurance-invalidité, ni ne sont soumis d'une quelconque autre manière à ces autorités. En considération de ces éléments notamment, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 742/04 du 1er juin 2006).

SuisseMED@P est une plateforme basée sur le web. Elle attribue les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire et dispose d'un service statistique qui permet de mesurer la qualité et le temps nécessaire à l'accomplissement des mandats.

Selon le guide à l'usage des centres d'expertises et des offices AI, l'office AI annonce à la personne assurée qu'il juge une expertise médicale pluridisciplinaire nécessaire. Il l'informe des disciplines médicales concernées et des questions qu'il est prévu de soumettre aux experts. La personne assurée peut transmettre des questions supplémentaires à l'office AI dans les 10 jours.

Lorsque l'office AI transmet le mandat, SuisseMED@P tire au sort un centre d'expertises parmi ceux remplissant les critères requis pour son accomplissement (capacités disponibles dans les disciplines médicales voulues; possibilité de réaliser l'expertise dans la langue de procédure souhaitée). On peut raisonnablement exiger de la personne assurée qu'elle se soumette à des expertises dans toute la Suisse.

Le centre d'expertises tiré au sort et l'office AI à l'origine du mandat sont informés de l'attribution du mandat par courriel.

Dès lors que SuisseMED@P attribue les mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire de manière aléatoire, la personne assurée ne peut, dans ce cas, invoquer valablement une violation de ses droits de participation dans la procédure de désignation de l'expert, puisque que c'est le hasard et non le consensus qui préside à l'attribution du mandat d'expertise (ATAS/988/2017 du 7 novembre 2017; ATAS/647/2017 du 18 juillet 2017; ATAS/1282/2013 du 19 décembre 2013).

Dans un arrêt 9C\_207/2012 du 3 juillet 2013 (ATF 139 V 349), le Tribunal fédéral a jugé que la limitation de l'attribution des mandats d'expertise selon le principe aléatoire aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales selon l'art. 72bis RAI est conforme au droit (consid. 2.2 et 5.4), mais que les autres exigences constitutionnelles mises en évidence dans l'ATF 137 V 210 sont applicables par analogie aux expertises médicales mono- et bidisciplinaires (consid. 3-5), exigeant en particulier que pour ces expertises la procédure soit davantage axée sur la recherche d'un consensus.

Selon la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), dans sa version n° 17, état au 11 décembre 2017, pour donner un mandat d'expertise monodisciplinaire, bidisciplinaire ou pluridisciplinaire, l'office AI utilise le formulaire « concernant les expertises médicales » (annexe VI) ; si dans le cas particulier, le SMR et/ou l'office AI l'estiment nécessaire, ils peuvent poser des questions supplémentaires (ch. 2074). Les expertises pluridisciplinaires sont attribuées par le biais de la plateforme informatique SuisseMED@P (ch. 2075 à 2082).

Le centre d'expertises compétent en dernier lieu pour l'intégrité et l'exhaustivité de l'expertise examine, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée. Les disciplines choisies par le centre ne peuvent être contestées ni par l'office AI ni par l'assuré (ATF 139 V 349, consid. 3.3), qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertises après l'examen requis (ch. 2077.7)

7. a. En l'espèce, l'intimé a pris une première décision, le 6 décembre 2018, ordonnant une expertise comportant les spécialités de médecine interne, psychiatrie et neurologie et donnant un délai à la recourante pour proposer des questions complémentaires.

La recourante n'a pas contesté cette décision, de sorte que celle-ci est entrée en force en ce qui concerne le principe de l'expertise et les différents volets de celle-ci.

- b. Le 20 mai 2019, l'intimé a communiqué à la recourante le nom du centre d'expertises désigné et des experts, en lui donnant un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation contre les experts désignés.

La recourante a contesté le choix du CEMed au motif qu'on lui avait rapporté que les patients n'y étaient pas considérés avec respect et diligence.

L'OFAS a considéré que le CEMed répondait aux exigences formelles et professionnelles pour se voir attribuer les expertises pluridisciplinaires des offices AI de manière aléatoire par le biais de la plateforme SuisseMED@P. Dans ce contexte, la recourante ne peut invoquer une violation de ses droits de participation, selon la jurisprudence précitée. Les griefs d'ordre général qu'elle a soulevés contre le CEMed ne visent aucun expert désigné ni aucun comportement en particulier et ne constituent pas des motifs de récusation, au sens de l'art. 15 al. 1 LPA, étant rappelé que seules des circonstances constatées objectivement peuvent être prises en considération à cet égard. Le grief de la recourante contre la désignation du CEMed doit donc être écarté.

- c. La recourante a encore fait valoir, le 3 juin 2019, qu'un nouveau diagnostic avait été posé qui était à même de donner une explication médicale à ses troubles et a demandé, dans un premier temps, à ce qu'un volet cardiologique/rythmologue soit ajouté à l'expertise, puis dans un second temps, l'annulation de l'expertise pluridisciplinaire en faveur d'une nouvelle expertise bidisciplinaire.

Vu la complexité du cas de la recourante, une expertise pluridisciplinaire apparaît toujours nécessaire. Bien que le volet neurologique soit contesté, il n'apparaît pas d'emblée inutile, dès lors que la recourante a été essentiellement suivie par un spécialiste de cette discipline, le Dr C\_\_\_\_\_, qui a lui-même relevé, le 13 juin 2019, que la situation était complexe. Les rapports au dossier ne permettent pas d'exclure que l'atteinte ait une cause neurologique, ne serait-ce que partielle. En particulier, le rapport établi le 7 juillet 2019 par les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ relève que plusieurs investigations avaient été effectuées qui excluaient notamment des causes « purement » neurologiques, infectieuses et immunologiques. Il résulte encore de ce rapport que le nouveau diagnostic venait d'être posé et qu'il devait être encore investigué. Des petites doses de Sartan « pourraient » diminuer les symptômes parasympathiques sans avoir d'effet hypotenseur. Pour cette raison, il avait été proposé à la recourante une faible dose de Candesartan 2 mg une fois par jour afin d'évaluer la réponse sur les symptômes qu'elle présentait régulièrement.

Les médecins prévoient de revoir la recourante un mois plus tard pour évaluer l'évolution sous ce traitement.

La chambre de céans n'a pas reçu d'autres rapports concernant l'effet du nouveau traitement. Dans ces circonstances, il n'apparaît pas établi, en l'état, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'expertise pluridisciplinaire prévue à l'origine ait perdu toute utilité.

Si l'avis du SMR du 17 juin 2019 exclut de façon peu convaincante la nécessité d'un examen cardiologique, il relève, à juste titre, qu'un tel examen peut être intégré dans l'expertise. C'est le CEMed qui est compétent, en dernier lieu, pour examiner, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée (ch. 2077.7 CPAI). Les experts du CEMed sont les plus à même de déterminer, sur la base d'un dossier médical mis à jour, si un volet cardiologique doit être ajouté à leur expertise et si le volet neurologique est encore utile. Le fait que le mandat d'expertise ne prévoyait pas à l'origine un volet cardiologique n'est pas déterminant. Si les experts décident d'inclure un tel volet à leur expertise, cela n'implique en effet pas que celui-ci aurait moins d'importance que ceux prévus initialement.

d. S'agissant du volet médecine interne de l'expertise, la recourante n'a pas de motif justifié de le contester, dès lors qu'elle ne l'a pas fait en temps utile et en l'absence de fait nouveau à ce sujet.

e. En conséquence, il convient de confirmer la décision querellée.

8. Infondé, le recours sera rejeté.
9. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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