RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4101/2019 **ATAS/292/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mars 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Madame B_____, au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE	recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Juge suppléante; Jean-Pierre WAVRE et Michael RUDERMANN Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 9 février 2016, Madame A_____ a subi un accident de circulation avec un traumatisme du type « coup de lapin ». Les suites de cet accident ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accident (ci-après : SUVA) jusqu'au 30 novembre 2016, celle-ci ayant clos le cas à cette date, par décision du 21 novembre 2016 entrée en force à défaut d'une opposition.

2. Par demande du 3 avril 2017, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison de céphalées et d'une hypersomnie persistantes à la suite de l'accident précité.

3. Dans un avis du 25 juillet 2018, la doctoresse M. C_____ du service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR) a considéré que le dossier médical ne lui permettait pas de se prononcer sur l'existence d'une atteinte à la santé durablement incapacitante, dès lors que les séquelles n'étaient pas objectivables. Elle a dès lors proposé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec des volets de médecine interne, psychiatrie, neurologie ou pneumologie spécialisée pour les troubles du sommeil avec examens polysomnographique et neuropsychologique avec tests de validation. Au cas où un diagnostic de dystonie cervicale/Whiplash ou d'hypersomnie idiopathique (trouble apparenté au trouble somatoforme douloureux) était émis par les experts, il serait demandé aux experts de les analyser selon les indicateurs de la jurisprudence en la matière.

4. Le 29 janvier 2019, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a informé l'assurée qu'elle allait être soumise à une expertise pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) à Sion par des spécialistes en médecine interne générale, neurologie, neuropsychologie et psychiatrie, tout en lui communiquant les noms des experts.

5. Par courrier du 14 février 2019, le docteur D_____ de la CRR a informé l'OAI que celle-ci n'entrait en principe pas en matière sur les cas de l'assurance-invalidité dont la problématique principale était du ressort de la SUVA. Néanmoins, la CRR était prête à effectuer l'expertise, « sachant que la patiente souffre d'une maladie sous forme d'une hypersomnie ». Toutefois, lorsque l'assurée avait été convoquée pour l'expertise, elle avait allégué qu'il lui était impossible de respecter le programme des bilans médicaux dans la mesure où elle n'était pas disponible le matin en raison de son hypersomnie. Le système de la CRR ne permettant pas d'organiser les bilans médicaux durant l'après-midi, ladite clinique était dans l'impossibilité d'assumer le mandat d'expertise et suggérait de mettre en œuvre une expertise près du domicile de l'assurée. Enfin, ce médecin a relevé que l'assurée ne s'était pas présentée à une convocation en date du 30 juin 2016 pour une évaluation médicale (dans le cadre d'un mandat de la SUVA).

6. Par courrier du 22 février 2019 à la CRR, l'OAI a confirmé l'annulation du mandat d'expertise médicale.

7. Dans son avis médical du 10 mai 2019, la doctoresse E_____ du SMR a indiqué que ledit service renonçait au mandat d'expertise pluridisciplinaire pour des raisons d'organisation et également en lien avec l'état de santé de l'assurée. Elle a proposé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire par un neurologue et un psychiatre à Genève.

8. Par courrier du 26 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée avoir mandaté le Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMED) d'une expertise bidisciplinaire. Les médecins examinateurs étaient le docteur F_____, neurologue, et le docteur G_____, psychiatre. Il lui a en outre transmis la liste des questions à poser aux experts et lui a accordé un délai de douze jours pour compléter les questions et pour faire valoir d'éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre des experts désignés.

9. Par courrier du 9 août 2019, l'assurée a fait part à l'OAI qu'il lui était impossible, ainsi qu'à son médecin traitant, le docteur H_____, de répondre dans le délai imparti. Elle et son médecin s'engageaient à lui faire parvenir leurs commentaires sur le contenu de l'avis médical du SMR mentionné dans le mandat d'expertise, dans les plus brefs délais ou dans le délai que l'OAI lui fixerait.

10. Par courriel du 13 août 2019, l'OAI a prolongé le délai au 30 août 2019.

11. Par courrier du 26 août 2019, le CEMED a convoqué l'assurée pour des examens en date des 2 et 3 octobre suivants.

12. Par courrier du 28 août 2019 à l'OAI, le Dr H_____ a apporté des précisions à l'avis médical du SMR du 25 juillet 2018. Il a notamment contesté que l'assurée eût refusé d'aller à la CRR. Elle avait uniquement demandé un aménagement des horaires, dès lors qu'elle était inopérante avant le début de l'après-midi à cause de sa maladie. Il a par ailleurs formulé les questions complémentaires suivantes :

    - Pourquoi l'expertise médicale de la SUVA s'est limitée uniquement à un examen orthopédique ?
    - Pourquoi et comment tant d'inexactitudes de la part de la CRR ?
    - Pourquoi autant d'affirmations infondées de la CRR ?

13. Par courrier du 30 août 2019, l'OAI a répondu au Dr H_____ qu'il n'était pas en mesure de répondre à ses questions dans la mesure où elles s'adressaient à la SUVA et à la CRR. Il ne pouvait répondre à la place d'un tiers.

14. Par courrier du 6 septembre 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a reproché à l'OAI d'avoir mandaté unilatéralement et sans tentative préalable de désignation consensuelle les Drs F_____ et G_____ à titre d'experts, ce qui était contraire à la jurisprudence en la matière. Par ailleurs, contrairement aux recommandations du SMR dans son avis médical du 25 juillet 2018, celui-ci n'avait finalement mis en œuvre qu'une expertise bidisciplinaire et non multidisciplinaire. S'agissant du Dr F_____, il paraissait éloigné de la pratique et ne réalisait que des expertises sur mandat des assurances. Il ne paraissait pas en mesure de faire la part des choses entre sa mission d'expert et les éventuels griefs avancés par le conseil de l'assuré

dans le processus de désignation de l'expert, comme cela ressortait d'un arrêt de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Cela étant, l'assurée a contesté l'étendue de l'expertise et le choix des experts, tout en sollicitant une décision incidente sujette à recours.

15. Par courrier du 2 octobre 2019 à l'OAI, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est étonnée avoir été contactée par le CEMED concernant le rendez-vous qui devait avoir lieu le même jour, alors même qu'elle avait contesté les experts mandatés et sollicité une décision incidente sujette à recours. Dans ces conditions, il était incompréhensible que l'OAI eût maintenu le mandat d'expertise. Elle a par conséquent réitéré sa demande de rendre une décision formelle au sujet de la désignation des experts.

16. Par décision du 4 octobre 2019, l'OAI a maintenu le mandat d'expertise par les Drs F_____ et G_____, au motif que ceux-ci avaient été récusés après le délai imparti au 30 août 2019. Il a enfin retiré l'effet suspensif à un recours contre cette décision.

17. Par acte du 6 novembre 2019, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, sous suite de dépens, préalablement à la restitution de l'effet suspensif, et principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé avec injonction d'ordonner une expertise pluridisciplinaire avec des volets en médecine interne, psychiatrie, neurologie ou pneumologie spécialisée pour les troubles du sommeil avec examen polysomnographique et neuropsychologique et tests de validation. Selon le Tribunal fédéral, il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, même lorsque l'atteinte à la santé semblait relever uniquement d'une ou de deux disciplines médicales, mais que la nature du problème de santé n'était pas encore entièrement clarifiée avec certitude. En l'occurrence, le SMR était revenu de façon arbitraire à son avis préconisant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, en décidant de soumettre la recourante seulement à une expertise bidisciplinaire. En effet, son état de santé ne s'était pas amélioré et au contraire s'était aggravé. Par ailleurs, le tableau clinique présentait une dimension interdisciplinaire qui ne se limitait pas à la neurologie et à la psychiatrie. En outre, l'intimé ne s'était pas conformé à l'obligation de désigner les experts de manière consensuelle. La recevabilité des objections n'était soumise à aucun délai, si ce n'est qu'en vertu du principe de la bonne foi l'assurée devait les formuler le plus vite possible. Enfin, il a également violé son devoir d'information en omettant de renseigner la recourante sur son droit de formuler des contre-propositions d'experts.

18. L'intimé ayant consenti à la restitution de l'effet suspensif au recours, par écritures du 19 novembre 2019, la chambre de céans a fait suite à la demande de la recourante dans ce sens, par arrêt incident du 21 novembre 2019.

19. Dans sa réponse du 17 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué être revenu sur sa décision d'une expertise multidisciplinaire du fait qu'il était difficile de planifier une expertise loin du domicile de la recourante. Par

ailleurs, il lui était apparu qu'une expertise bidisciplinaire serait suffisante dans un premier temps, ce qui permettait de désigner des experts plus proches du domicile de la recourante. En effet, en cas d'expertise multidisciplinaire, il aurait dû suivre la procédure d'attribution aléatoire du mandat à un centre d'expertise, la procédure MEDAP, ce qui aurait comporté le risque que le mandat soit attribué à un centre d'examen éloigné. Quant aux objections du 9 (recte 6) septembre 2019 de la recourante, elles n'apportaient pas la preuve d'une attitude de prévention du Dr F_____ envers la recourante ni ne remettaient en cause l'impartialité de celui-ci dans sa mission d'expertise. Selon la jurisprudence en la matière, l'appréciation des faits ne pouvait pas reposer sur de simples impressions et la méfiance à l'égard d'un expert devait être fondée sur des éléments objectifs. Le fait qu'un médecin était mandaté fréquemment pour des expertises par l'assurance-invalidité ne constituait pas un motif suffisant pour conclure à un manque d'objectivité et à sa partialité. En l'occurrence, les affirmations de la recourante étaient non motivées et ne pouvaient dès lors être admises.

20. Dans sa réplique du 27 janvier 2020, la recourante a maintenu ses conclusions. La situation prévalant en matière d'expertise avait fait récemment l'objet de débats aux chambres fédérales et, en raisons des abus relevés par plusieurs députés, le conseiller fédéral en charge de l'Office fédéral de la santé (ci-après : OFAS) a ordonné une enquête à ce sujet. En dépit des droits de participation des parties dans la procédure de désignation des experts reconnus par le Tribunal fédéral, les exigences légales en matière d'égalité des armes dans le procès n'étaient pas respectées dans la pratique. En l'espèce, l'intimé n'avait pas expliqué pour quels motifs médicaux il avait renoncé à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Or, si l'assurée requérait une expertise multidisciplinaire, mais que l'assurance-invalidité estimait qu'une expertise mono- ou bidisciplinaire était indiquée, cette assurance devait expliquer les raisons médicales d'un tel choix dans une décision incidente. En l'occurrence, la décision attaquée ne contenait aucune motivation médicale pour renoncer à une expertise pluridisciplinaire, de sorte qu'elle devait être annulée pour ce motif. Quant aux experts désignés, ils étaient notoirement et systématiquement mandatés par l'assurance-invalidité, en particulier le Dr F_____. La recourante offrait à prouver que ce dernier était dans une telle dépendance économique avec cette assurance, que son avis ne revêtait pas plus de valeur probante que celui d'un médecin-conseil interne. La recourante a dès lors requis l'audition des experts mandatés. Il existait également un motif formel de récusation à l'encontre de ce médecin, celui-ci ayant accusé son conseil, dans une autre procédure, de tenir une conduite pénalement répréhensible et l'ayant menacé d'une plainte pénale. Dans cette procédure, il n'avait par ailleurs pas respecté le devoir de l'expert d'adopter un comportement neutre et une attitude courtoise et respectueuse à l'égard de la personne expertisée, comme cela ressortait de l'arrêt de la chambre de céans. En effet, il était apparu qu'il était incapable de faire la part des choses entre les critiques formulées dans le cadre de la procédure de désignation de l'expert, d'une part, et sa mission, d'autre part.

21. Dans sa duplique du 13 février 2020, l'intimé a persisté dans ses conclusions. En plus de ses précédents arguments, il a relevé que ni l'arrêt de la chambre de céans cité par la recourante ni l'ordonnance rendue dans la même affaire, ne faisaient mention d'un quelconque élément pouvant faire naître le reproche d'une partialité de la part du Dr F_____. Les critiques formulées à l'égard de ce dernier n'étaient pas propres à elles seules de faire douter de l'objectivité de l'examen dans le cadre de la mission d'expertise.

22. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

   En effet, en l'absence d'un accord entre les parties sur le choix des experts, la mise en œuvre d'une expertise doit revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision selon l'art. 5 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.02), laquelle est sujette à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7).

3. L'objet du litige est la question de savoir si l'intimé est tenu de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire et, le cas échéant, si la recourante peut s'opposer à la désignation des experts par l'intimé.

4. Dans l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il est notamment revenu sur la jurisprudence de l'ATF 132 V 93 selon laquelle la mise en œuvre d'une expertise par l'assureur social ne revêtait pas le caractère d'une décision. Il a jugé qu'en l'absence d'accord entre les parties, une telle mise en œuvre devait revêtir la forme d'une décision au sens de l'art. 49 LPGA correspondant à la notion de décision

selon l'art. 5 PA de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA; RS 172.021) laquelle pouvait être attaquée devant les tribunaux cantonaux des assurances sociales respectivement le Tribunal administratif fédéral (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Il a modifié la jurisprudence de l'ATF 133 V 446 en ce sens que l'assuré a le droit de se déterminer préalablement sur les questions à l'attention des experts dans le cadre de la décision de mise en œuvre de l'expertise (ATF 137 V 210 consid 3.4.2.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations étaient également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficiait des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle pouvait s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que l'assuré pouvait faire valoir contre une décision incidente d'expertise médicale non seulement des motifs formels de récusation contre les experts, mais également des motifs matériels, tels que par exemple le grief que l'expertise constituerait une seconde opinion superflue, contre la forme ou l'étendue de l'expertise, par exemple le choix des disciplines médicales dans une expertise pluridisciplinaire, ou contre l'expert désigné, en ce qui concerne notamment sa compétence professionnelle (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7; ATF 138 V 271 consid. 1.1). Il a également considéré qu'il convenait d'accorder une importance plus grande que cela avait été le cas jusqu'ici, à la mise en œuvre consensuelle d'une expertise, en s'inspirant notamment de l'art. 93 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM; RS 833.1) qui prescrit que l'assurance militaire doit rendre une décision incidente susceptible de recours (seulement) lorsqu'elle est en désaccord avec le requérant ou ses proches sur le choix de l'expert. Selon le Tribunal fédéral, il est de la responsabilité tant de l'assureur social que de l'assuré de parer aux alourdissements de la procédure qui peuvent être évités. Il faut également garder à l'esprit qu'une expertise qui repose sur un accord mutuel donne des résultats plus concluants et mieux acceptés par l'assuré (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6).

S'agissant plus particulièrement de la mise en œuvre d'une expertise consensuelle, le Tribunal fédéral a précisé dans un arrêt subséquent qu'il était dans l'intérêt des parties d'éviter une prolongation de la procédure en s'efforçant de parvenir à un consensus sur l'expertise, après que des objections matérielles ou formelles ont été soulevées par l'assuré. La recevabilité des objections n'était soumise à aucun délai, étant précisé que conformément au principe de la bonne foi, l'assuré était tenu de les formuler dès que possible. Si le consensus n'était pas atteint, l'assureur 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 existait en principe une obligation de la part de l'assureur de s'efforcer à mettre en œuvre une expertise consensuelle avant de rendre une décision (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_908/2012 du 22 février 2013

consid. 5.1). Enfin, la Cour de céans a jugé qu'indépendamment des griefs invoqués par l'assuré à l'encontre de l'expert, la cause devait être renvoyée à l'assureur, au motif que ce dernier n'avait pas essayé de parvenir à un accord avec l'assuré sur le choix de l'expert, ce qui violait les droits de participation de l'assuré dans la procédure de désignation de l'expert (ATAS/226/2013 et ATAS/263/2013). Dans ce dernier arrêt, la Cour de céans a également précisé que ce n'était pas uniquement en présence de justes motifs de récusation à l'encontre de l'expert que l'assuré pouvait émettre des contre-propositions.

5. Dans la décision dont est recours, l'intimé a rejeté les objections de la recourante quant à l'étendue de l'expertise et à la désignation des experts au motif qu'elle avait formulé ses objections après le délai fixé par l'intimé. Toutefois, selon la jurisprudence précitée, la recevabilité des objections n'est soumise à aucun délai. Ainsi, les délais fixés par l'intimé doivent être qualifiés de délais d'ordre.

   Au demeurant, l'intimé ne s'est plus prévalu du non-respect du délai, fixé au 30 août 2019, dans sa réponse au recours, ainsi que sa duplique.

6. La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle que préconisée par le SMR dans son avis médical du 25 juillet 2018.

   a. L'intimé motive son changement de décision par le fait qu'il est préférable, compte tenu de l'état de santé de la recourante, d'organiser une expertise près de son domicile. Or, si une expertise multidisciplinaire était mise en œuvre, il ne pourrait pas choisir le lieu du centre d'expertise, dès lors qu'il devait appliquer la procédure MEDAP, avec le risque que l'expertise soit attribuée à un centre éloigné du domicile de la recourante. Par ailleurs, il lui était apparu qu'une expertise bidisciplinaire par un neurologue et un psychiatre était suffisante dans un premier temps.

   b. Il est incontestable que l'hypersomnie dont souffre la recourante implique que les horaires des examens médicaux par les experts doivent être aménagés. En effet, la recourante allègue être inopérante avant le début de l'après-midi, ce qui l'empêche de se présenter à un examen dans la matinée. C'est au demeurant la raison pour laquelle la CRR a finalement refusé le mandat d'expertise, ne pouvant accéder à la demande d'aménagement de l'horaire de la recourante dans l'après-midi. Par conséquent, il y a lieu, avec le SMR, de préconiser une expertise près du domicile de celle-ci et d'opter pour une expertise bidisciplinaire, afin de pouvoir choisir le lieu du centre d'expertise.

   Il est vrai que, de ce fait, l'expertise ne comporte plus les volets de médecine interne et de neuropsychologie. Des examens polysomnographiques ne sont pas non plus prévus. Il est à noter toutefois qu'un tel examen n'était pas non plus programmé à la CRR, mais uniquement un examen en neuropsychologie. En tout état de cause, un examen polysomnographique ne pourrait pas être effectué à la CRR, mais seulement dans un centre du sommeil.

Le volet de médecine interne ne paraît pas primordial au vu de la pathologie de la recourante. La tâche du spécialiste en cette matière est en outre souvent limitée au résumé du dossier, notamment à l'établissement de l'anamnèse à l'attention des autres spécialistes mandatés, et des conclusions de ceux-ci, ainsi qu'à l'appréciation de l'ensemble du dossier. Quant au bilan neuropsychologique, il pourrait se faire dans le cadre de l'expertise psychiatrique.

Il apparaît effectivement qu'un tel bilan pourrait avoir son utilité, dès lors que l'étiologie des affections de la recourante n'est pas connue.

Au même titre, un examen polysomnographique dans un centre spécialisé à Genève paraît indiqué, si nécessaire par l'intermédiaire d'un expert pneumologue, avant même de mettre en œuvre l'expertise bidisciplinaire proprement dite, afin que cet examen soit à la disposition des experts.

Les conclusions dans ce sens de la recourante seront par conséquent admises, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une expertise multidisciplinaire et suivre la procédure MEDAP.

7. La recourante s'oppose en outre à ce que les Drs F_____ et G_____ soient nommés comme experts.

a. En ce qui concerne le Dr G_____, elle n'a pas formulé des griefs précis à l'encontre de cet expert, si ce n'est que l'intimé n'avait pas tenté de parvenir à un consensus sur l'expertise et que cet expert était notoirement et systématiquement mandaté par l'assurance-invalidité.

En ce qui concerne le premier argument, il est inexact que l'intimé n'ait pas cherché un consensus sur l'expertise. En effet, par son courrier du 26 juillet 2019, il a donné à la recourante la possibilité de faire valoir d'éventuels motifs pertinents de récusation à l'encontre des experts désignés. Quant à l'indépendance de ce médecin à l'égard des assurances sociales, il ne peut être considéré qu'il est notoirement et systématiquement mandaté par l'intimé. En effet, à la lecture des arrêts rendus par la chambre de céans, il appert qu'il a été mandaté seulement à cinq reprises en tant qu'expert depuis 2006 (contre 96 fois pour le Dr F_____). Il est par ailleurs intervenu une dizaine de fois en tant que médecin traitant. Dans ses expertises, aucun élément de partialité en faveur des assurances n'avait non plus été relevé.

Or, une partie ne peut s'opposer à la désignation d'un expert sans donner des motifs valables (ATF 139 IV 349 consid. 5.2.1 p. 354 ; ATAS/10292017 consid. 6 in fine). Partant, indépendamment de la question de savoir si l'objection de la recourante est admissible, il s'avère qu'elle est en tout état de cause infondée.

b. S'agissant du Dr F_____, la situation est différente. En effet, comme la recourante l'a relevé, ce médecin était en conflit ouvert avec son conseil dans une précédente procédure et l'avait même menacé d'une plainte pénale pour diffamation. Ce fait est établi par l'ATAS/818/2017 du 25 septembre 2017. Ceci

constitue non seulement un motif matériel d'objection, mais également un motif formel de récusation. En effet, un rapport d'inimitié marquée avec une partie ou son mandataire fonde un soupçon de partialité (CR LPGA-Jacques Olivier PIGUET, ad art. 44 N 35). Il est à cet égard à relever que, selon la doctrine et la jurisprudence, les exigences d'impartialité de l'expert se déduisent du droit à un procès équitable garanti à l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101). Cette garantie donne le droit à la personne assurée d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur son impartialité (CR LPGA op. cit. N 30).

Cela étant, le Dr F_____ doit être récusé.

8. Ainsi, le recours sera largement admis.

9. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 1'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé.

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).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

11. Déclare le recours recevable.

Au fond :

12. L'admet partiellement.

13. Annule la décision incidente de l'intimé du 4 octobre 2019, en ce qu'elle a désigné le Dr F_____ comme expert et renoncé aux examens polysomnographique et neuropsychologique, dans le cadre de l'expertise.

14. Renvoie la cause à l'intimé, afin de mettre en œuvre en premier lieu un examen polysomnographique dans un centre du sommeil à Genève, si nécessaire par l'intermédiaire d'un pneumologue, puis d'ordonner une expertise bidisciplinaire en neurologie et en psychiatrie, comprenant également un bilan neuropsychologique.

15. Alloue une indemnité de CHF 1'000.- à la recourante, à la charge de l'intimé.

16. Dit que 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).

17. 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	Juge suppléante
MALANGA Adriana	Maya CRAMER

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