RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/924/2015 **ATAS/100/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, est titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale et exerçait cette activité depuis janvier 2001. A ce titre, elle était assurée auprès d'Elvia assurances (devenue par la suite Allianz suisse, ci-après : Allianz ou l'assurance-accidents) contre les accidents professionnels et non-professionnels.

2. Le 27 octobre 2001, l'assurée a été victime d'une collision en chaîne impliquant quatre véhicules, y compris le sien. Alors qu'elle se trouvait à l'arrêt, l'arrière de sa voiture a été heurté par le véhicule qui suivait. Sous l'effet du choc, sa voiture a heurté l'arrière de celle qui précédait. L'assurée était ceinturée mais en raison de la violence du choc, elle a heurté le plafond de sa voiture avec sa tête (cf. rapport d'accident du 12 novembre 2001).

3. L'assurée a été transportée en ambulance à l'Hôpital de la Tour, où les médecins ont constaté une douleur diffuse de la nuque avec contracture de la musculature paravertébrale et des trapèzes. L'examen neurologique et les radiographies cervicales de face et de profil étaient sans particularité. Les diagnostics retenus étaient ceux de plaie au cuir chevelu et d'entorse cervicale. Un traumatisme crânien (TC) a également été mentionné, sans autre précision. Une incapacité totale de travailler a par ailleurs été attestée (cf. rapport initial de la permanence de La Tour du mois de novembre 2001 et réponses au questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux du 18 décembre 2001).

4. Allianz a pris en charge les suites de cet accident.

5. Le 22 avril 2003, l'assurée a également déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (OAI).

6. À la demande de l'assurance-accidents, le Centre d'expertise médicale (CEMed) a procédé à un examen multidisciplinaire le 25 octobre 2006.

   Selon le rapport établi par les docteurs B_____, spécialiste FMH en neurologie, et C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ainsi que par Monsieur D_____, neuropsychologue FSP, l'assurée se plaignait, sur le plan neurologique, de la persistance de cervicalgies situées tout particulièrement au niveau de l'insertion cervico-occipitale droite et de brachialgies droites, se compliquant d'un endormissement ou d'une lourdeur du membre supérieur droit. Sur le plan psychique, l'assurée évoquait une fatigabilité importante dans le domaine intellectuel. Elle se disait en outre excédée et irritée par la « guerre » qu'elle devait mener contre l'assureur qui refusait de prendre en charge certains traitements physiothérapeutiques. Depuis son accident, elle se sentait complètement incapable de faire même les gestes les plus simples de son ménage. Ses enfants, âgés de 30 et 28 ans, faisaient tout à la maison.

   L'examen somatique (locomoteur et neurologique) avait révélé une limitation moyennement importante de la mobilité de la nuque, surtout en rotation, avec

provocation de douleurs latéro-cervicales droites, ainsi qu'une perte de l'audition de l'oreille gauche sans relation avec le traumatisme éprouvé lors de l'accident. Pour le reste, rien n'indiquait la présence d'une atteinte structurelle du système nerveux, tant central que périphérique. La réalisation d'un nouvel écho-Doppler des vaisseaux pré-cérébraux n'avait pas révélé les anomalies constatées par le docteur I_____.

L'examen psychiatrique n'avait pas mis en évidence de pathologie psychique significative telle qu'un état dépressif ou anxieux manifeste. L'assurée présentait bien des traits de personnalité sous la forme d'une « névrose de caractère à traits hystériques » mais qui ne sortaient pas de la normalité. Elle se montrait très « fixée » sur ses troubles somatiques et elle s'était installée dans une position de passivité et de dépendance à son entourage dans sa vie quotidienne. Pour le surplus, il paraissait assez évident que la chronicisation du conflit avec l'assureur ne la mettait pas dans une position favorable pour une évolution, dans le bon sens, des séquelles de son accident.

Sur le plan neuropsychologique, le schéma des troubles mnésiques et des fonctions exécutives mis en évidence au cours de l'examen apparaissait compatible avec une atteinte cérébrale temporo-frontale à prédominance sous-corticale gauche. Toutefois, les modes de réponse de l'expertisée à différentes épreuves apparaissaient peu cohérents, voire contradictoires, les troubles constatés prenant place dans le contexte d'un comportement démonstratif, d'allure histrionique.

Au vu de ce qui précède, les experts ont retenu les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré I ou II (selon la Québec Task Force), de probable discret syndrome post-distorsion cervicale persistant surchargé d'importants facteurs psychiques expliquant l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail, et de névrose de caractère à traits hystériques (Z73.1 dans la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]).

Sur le plan somatique, il existait une discordance majeure entre le caractère objectivement mineur de l'événement accidentel et l'importance des troubles constatés ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. On devait considérer que l'atteinte à la santé ne pouvait être mise en relation de causalité probable ou certaine avec les seules conséquences de l'événement accidentel de 2001. Sur le plan psychique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé, le tableau anxio-dépressif décrit dans les années qui avaient suivi l'événement assuré étant désormais résorbé.

En conclusion, aucune incapacité de travail n'était à déplorer sur les plans neurologique, locomoteur et psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité d'employée de bureau adaptée à l'atteinte cognitive constatée, estimée légère à modérée, activité qui devait être moins exigeante que celle d'assistante médicale exercée avant

l'accident. Enfin, l'état médical définitif avait été atteint, sur le plan somatique, deux ans après cet événement, et il correspondait à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10% toutes causes confondues.

7. Par décision du 25 septembre 2007, l'assurance-accidents a constaté que son obligation de prester suite à l'accident du 27 octobre 2001 n'était plus donnée à partir du 27 octobre 2003. Elle concluait par conséquent au remboursement des frais médicaux indûment payés à partir de cette dernière date tout en renonçant au remboursement des indemnités journalières versées à tort depuis lors.

8. Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2002 au 31 décembre 2003, compte tenu d'une incapacité de travail totale du 27 octobre 2001 au 30 septembre 2003. Cette décision est entrée en force en l'absence de recours.

9. La décision de l'assurance-accident du 25 septembre 2007 a été confirmée sur opposition le 16 octobre 2008.

10. Par arrêt du 1er octobre 2009 (ATAS/1198/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a rejeté le recours de l'assurée, au motif notamment que l'expertise du CEMed du 13 décembre 2006 était probante et qu'au vu de celle-ci, il était établi que sur le plan somatique, le *statu quo ante* ou, à tout le moins, le *statu quo sine*, avait été retrouvé deux ans après l'accident, soit à fin octobre 2003. Sur le plan neuropsychologique, l'atteinte cognitive, jugée légère à modérée, de même que la surcharge de facteurs psychiques pouvaient certes constituer un dommage résiduel, mais rien n'indiquait qu'elles étaient, directement ou indirectement, une conséquence de l'accident du 27 octobre 2001.

    L'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal fédéral contre l'arrêt précité.

11. Le 18 novembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en relevant que son avocat n'avait pas fait opposition à la décision du 5 septembre 2008 alors qu'elle en avait l'intention.

12. Par arrêt du 14 janvier 2011 (8C 978/2009), le Tribunal fédéral a annulé le jugement du TCAS du 1er octobre 2009 et a renvoyé la cause à Allianz pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a relevé que si l'IRM fonctionnelle n'était certes pas une méthode diagnostique probante pour statuer sur la causalité entre des symptômes et un traumatisme par accélération cervicale, il n'était toutefois pas possible d'exclure, à ce stade, la présence de lésions cérébrales chez l'assurée. Quant au rapport du CEMed, il ne permettait pas d'écarter l'hypothèse d'un déficit organique aux troubles cognitifs constatés en l'absence de tout examen cérébral antérieur à celui pratiqué par le Dr E_____. S'y ajoutait le fait que le diagnostic de traumatisme crânien, bien qu'évoqué par plusieurs confrères (notamment les docteurs F_____, G_____, H_____ et I_____) vu l'impact à la tête lors de la collision, n'avait pas été examiné. Ainsi, des doutes subsistaient sur la question de savoir si les troubles cognitifs observés chez l'assurée avaient une origine somatique découlant de l'accident. Par conséquent, la

cause devait être renvoyée à Allianz pour instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire pratiquée, de préférence, en milieu universitaire, comprenant l'avis d'un spécialiste en imagerie médicale en collaboration avec un neuropsychologue.

13. Suite à l'arrêt précité du Tribunal fédéral et après un échange entre les parties sur l'identité des médecins à retenir, Allianz a finalement mandaté, pour expertise, le département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), soit plus particulièrement les docteurs J_____et K_____, lesquels ont notamment pris leurs conclusions en se fondant sur le dossier, un examen du 12 mai 2011 et un examen neuropsychologique mené par Mesdames L_____, neuropsychologue FSP et M_____, psychologue assistante en date des 2 et 16 mai 2011.

14. Par communication du 8 février 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale était ordonnée à la Policlinique médicale universitaire (PMU) soit rhumato-psychiatrique, selon l'avis du SMR du 13 décembre 2010.

15. Le 23 février 2011, l'assurée a informé l'OAI que le Tribunal fédéral avait renvoyé la cause à Allianz pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle devait être confiée au CHUV ; elle était d'accord avec cette expertise, de sorte que, pour éviter qu'elle ne soit soumise à deux expertises parallèles, il convenait de surseoir à l'expertise prévue à la PMU.

16. Le 2 mars 2011, l'OAI a écrit à la PMU que, pour éviter que l'assurée ne soit soumise à deux expertises parallèles, celle qu'il avait prévue était annulée.

17. Il ressort notamment du rapport d'expertise du 1er juillet 2011 du CHUV que, suite à l'accident, l'assurée avait développé un syndrome douloureux chronique avec des cervico-brachialgies droites, des céphalées post-traumatiques et des troubles attentionnels et mnésiques.

18. Le 18 octobre 2011, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, au vu de l'expertise du CHUV.

19. Par communication du 5 décembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il ordonnait une expertise à Belle-Idée.

20. Le 4 janvier 2012, l'assurée a contesté la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ayant déjà été soumise à une telle expertise au CEMed en 2006, laquelle n'avait révélé aucun trouble. Elle présentait seulement des suites de son accident.

21. Le 9 janvier 2012, l'OAI a maintenu la nécessité d'une telle expertise.

22. Le 20 janvier 2012, l'assurée a indiqué que s'il subsistait des doutes sur ses atteintes, il convenait, compte tenu de l'importance des troubles neuropsychologique, d'effectuer une expertise multidisciplinaire.

23. Par communications des 8 et 9 février 2012, l'OAI a mandaté les Drs N_____ et O_____ pour effectuer une expertise, lesquels ont décliné le mandat.

24. Les 23 et 27 février 2012, l'assurée a rappelé qu'elle avait demandé à ce qu'il soit renoncé à une expertise psychiatrique au profit d'une expertise pluridisciplinaire. Son dossier LAA contenait déjà des rapports neuropsychologique, psychiatrique et radiologique ; il convenait de renoncer à l'expertise rhumato-psychiatrique et d'attendre qu'Allianz reconnaisse le traumatisme cranio-cervical-cérébral ; elle a communiqué un avis de son médecin traitant du 13 février 2012 estimant qu'une nouvelle expertise neuropsychologique était un acharnement sur l'état psychique de l'assurée.

25. Par communication du 6 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée de l'ordonnance d'une expertise auprès du docteur P_____, lequel a refusé le mandat et, par communication du 30 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée que le mandat serait confié au Bureau romand d'expertises médicales Sàrl (BREM).

26. Le 2 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée que, vu son refus de se présenter auprès de la Dresse N_____, en arguant l'absence de pathologie psychiatrique, il considérait qu'il n'existait pas d'incapacité de travail de ce chef et annulait l'expertise.

27. Le 19 avril 2012, l'assurée a rappelé à l'OAI qu'elle était cérébro-lésée, que ses atteintes étaient investiguées par Allianz et que l'avis d'un rhumatologue n'était d'aucune utilité. L'OAI était prié de se mettre en rapport avec Allianz.

28. Par communication du 26 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait ordonner une expertise polydisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, neurologique et psychiatrique, selon un avis du SMR du 25 avril 2012), qui avait été attribuée à la PMU.

29. Par communication du 3 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée du nom des experts (Drs Q_____, B_____, R_____ et Mme L_____).

30. Le 10 septembre 2012, l'assurée a récusé le Dr B_____ et Mme L_____ et requis le nom de deux autres experts.

31. Par décision incidente du 14 septembre 2012, l'OAI a rejeté la demande de récusation.

32. Par arrêt du 21 janvier 2013 (ATAS/80/2013), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a partiellement admis le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision incidente du 14 septembre 2012 et récusé le Dr B_____.

33. Par arrêt du 31 décembre 2013, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la chambre de céans.

34. Par communication du 3 février 2014, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise pluridisciplinaire serait mise en œuvre auprès de la PMU.

35. Le 18 février 2014, le médecin traitant de la recourante a informé l'OAI qu'Allianz devait mettre en œuvre une expertise radiologique de sorte que l'instruction de l'OAI devait être mise en suspens.

36. Le 19 février 2014, l'OAI a maintenu sa position.

37. Le 27 février 2014, l'assurée a requis de l'OAI de suspendre ses démarches jusqu'à ce que la responsabilité d'Allianz soit établie ou d'annuler sa demande de prestations d'invalidité.

38. Le 16 avril 2014, l'OAI a sommé l'assurée de se présenter le 6 mai 2014 à un rendez-vous en vue de l'expertise, faute de quoi il serait constaté un refus de collaboration et une décision serait rendue sur la base du dossier.

39. Le 25 avril 2014, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle renonçait à sa demande de prestations d'invalidité.

40. Le 3 juin 2014, l'assurée a requis d'Allianz une nouvelle expertise auprès du Professeur S_____, d'un neuropsychologue et d'un psychiatre afin d'exclure la prétendue névrose de caractère à trait hystérique qui avait été évoquée et d'établir les éventuels troubles d'ordre psychologique.

41. Le 12 juin 2014, Allianz a informé l'OAI qu'elle avait requis des informations médicales complémentaires auprès du Prof. S_____.

42. Le 25 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il était informé de la procédure LAA et en tiendrait compte dans la mesure prévue par le droit applicable, en rappelant à l'assurée son devoir de collaborer.

43. Le 1er septembre 2014, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle entendait retirer sa demande dans l'attente que les responsabilités d'Allianz soient déterminées, mais pas renoncer aux prestations.

44. Le 3 novembre 2014, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'avait pas la volonté de ne pas collaborer mais qu'elle entendait qu'Allianz remplisse ses obligations.

45. Par projet de décision du 27 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée, en refusant de se soumettre à l'expertise auprès de la PMU, refusait de collaborer, de sorte que, sur la base des pièces au dossier et en l'absence d'expertise médicale, il n'y avait pas d'invalidité suffisante pour ouvrir le droit à des prestations. Par ailleurs, le retrait de la demande de prestations était refusé.

46. Le 18 décembre 2014, l'assurée a contesté ce projet de décision, en relevant qu'elle n'avait pas renoncé aux prestations mais seulement retiré sa demande et qu'elle exigeait qu'Allianz se conforme à l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011.

47. Par décision du 13 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

48. Le 18 mars 2015, l'assurée a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision de l'OAI du 13 février 2015, en concluant principalement à la

suspension de la procédure AI dans l'attente de la détermination d'Allianz dans le cadre de la procédure LAA et, subsidiairement, à ce qu'il soit constaté qu'elle avait retiré sa demande. L'OAI devait suspendre la procédure d'instruction, dans l'attente de la détermination d'Allianz et elle avait valablement retiré sa demande le 25 avril 2014.

49. Le 21 avril 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, en relevant que l'assurée avait refusé de se présenter à l'expertise ; l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'avait pas d'effet contraignant pour l'assurance-invalidité lorsque l'instruction portait, comme en l'espèce, sur une atteinte qui n'était pas en lien avec l'accident.

50. Le 4 mai 2015, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle à laquelle la recourante ne s'est pas présentée. La représentante de l'OAI a déclaré : « Au vu du jugement du Tribunal fédéral, qui estime qu'un complément d'instruction est nécessaire, nous avons fondé notre refus de prestations sur le défaut de collaboration, sans particulièrement tenir compte des expertises, notamment LAA, versées au dossier. Il paraît clair que la recourante n'a pas renoncé aux prestations AI en déclarant retirer sa demande. La procédure de renonciation aux prestations est différente et l'OFAS doit être sollicité et il faut une décision entrée en force. L'assureur LAA nous a informés qu'il allait bientôt rendre une décision sur opposition. »

51. Le 18 mai 2015, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle.

    La recourante a notamment déclaré : « S'agissant de mon état de santé, il s'est aggravé depuis février de cette année, avec des douleurs à la nuque et à la tête, lesquelles provoquent de la fatigue et des vertiges. J'ai également des problèmes de concentration. Je suis suivie par le Dr F_____. Je suis également suivie par un psychiatre, le Dr T_____; je le vois une fois par mois; il ne me prescrit pas de traitement médicamenteux. Après avoir conféré avec mon avocate, je confirme que je ne veux pas me soumettre à l'expertise ordonnée par l'OAI, et cela même si cela aboutit à une décision de refus de prestations. Je pense que mon cas doit être principalement et d'abord instruit par l'ALLIANZ.»

    L'avocate de la recourante a déclaré : « Principalement, nous demandons la suspension de la procédure AI, dans l'attente d'une décision dans la procédure LAA et, subsidiairement, une demande de retrait de prestations AI. Il faudra voir ce que la Cour entend donner comme réponse à la demande, dans l'intérêt de ma cliente. »

    La représentante de l'OAI a déclaré : « D'une manière générale, tout assuré a le droit d'être entendu et peut poser des questions complémentaires à soumettre aux experts. Dans ce cadre-là, la recourante peut tout à fait adresser des questions complémentaires à poser aux experts. »

52. A la demande de la chambre de céans, Allianz a indiqué qu'elle avait rendu une décision sur opposition.

53. Le 12 août 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.

54. Le 17 août 2015, l'OAI a maintenu ses conclusions.

55. Le 17 septembre 2015, l'OAI s'est opposé à la suspension de la procédure, l'assurée ayant maintenu son refus de collaborer.

56. Le 24 septembre 2015, la recourante a indiqué qu'elle souhaitait retirer sa demande de prestations.

57. Par arrêt incident du 30 septembre 2015 (ATAS/730/2015), la chambre de céans a suspendu la procédure dans l'attente de l'issue de la procédure A/3066/2015.

58. Par arrêt du 3 décembre 2015 (9C 828/2015), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable les recours déposés par l'assurée à l'encontre de l'arrêt incident précité.

59. Une ordonnance d'expertise pluridisciplinaire du 14 juillet 2016 (ATAS/585/2016) ordonnée dans la cause LAA (A/3066/2015) a été confiée aux docteurs U_____, FMH neurologie, V_____, FMH neurologie, X_____, FMH radiologie et neuroradiologie, et à Madame Y_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP.

60. Les experts ont rendu leur rapport d'expertise pluridisciplinaire judiciaire le 3 février 2020.

61. Le 16 novembre 2020 la chambre de céans a rendu un arrêt (ATAS/1099/2020), dans la cause A/3066/2015.

62. Selon le chiffre 5 du dispositif de cet arrêt, la cause est renvoyée à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision sur les indemnités journalières, dans le sens des considérants.

63. Par ordonnance du 27 novembre 2020, la chambre de céans a repris la présente procédure.

64. Par détermination du 7 décembre 2020, la recourante a conclu à l'annulation de la décision de l'OAI du 13 février 2015 et au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, en collaboration avec Allianz et nouvelle décision.

65. Par avis du 15 décembre 2020, le SMR a constaté que l'expertise pluridisciplinaire du 3 février 2020 était probante mais qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, associée à une analyse polysomnographique du sommeil et à une expertise rhumatologique.

66. Par détermination du 16 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif qu'en se soustrayant à l'expertise, qu'il avait prévue, la recourante avait refusé de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de sa demande de prestations de manière inexcusable.

67. Sur quoi 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 en temps utile le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé du rejet par l'intimé de la demande de prestations, singulièrement sur l'existence d'un refus de collaborer de la recourante.

4. a. 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, première phrase, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 99C 961/2008 du 30 novembre 2009).

   Selon l'art. 7b al. 1 LAI les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA.

   b. Lorsque l'assureur se prononce en l'état du dossier, il ne peut se contenter d'examiner la situation sous l'angle du seul refus de collaboration de la personne assurée, mais doit procéder à une appréciation matérielle du cas à la lumière des pièces au dossier (Commentaire Romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, DUPONT/MOSER-SZELESS 2018 p. 545 n° 54).

   En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas — et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure — d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu' alors sont

suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction, soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'assureur. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'assureur, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de preuve requis par les circonstances, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si la personne assurée se montre par la suite disposée à collaborer à l'instruction et se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir l'assureur d'une demande de prestations. Si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation, l'assureur devra alors rendre une nouvelle décision avec effet ex nunc et pro futuro à compter du dépôt de la nouvelle demande (DUPONT/MOSER-SZELESS op. cit. n° 55 et 56).

c. L'assureur social peut, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations, respectivement ne pas entrer en matière sur la demande, jusqu'à ce que l'assuré se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. Mais l'accord de l'assuré à la mesure d'instruction ordonnée, exprimé postérieurement au prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, ne rend pas sans effet le refus initial ayant entraîné la non-entrée en matière. C'est pourquoi un recours dans lequel l'assuré se déclare après coup prêt à se soumettre à l'expertise envisagée doit, cas échéant, être considéré comme une nouvelle demande. Ce nouvel examen du droit à la prestation pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le fait que la sanction décidée (en l'espèce, non entrée en matière) ne concerne que la période pendant laquelle l'assuré refuse de collaborer (ATF 139 V 585 consid. 6.3.7.5 p. 590 s.; arrêts 9C_244/2016 du 16 janvier 2017 consid. 3.3 et 8C_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.4 et 5.6 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 477/2018).

5. En l'occurrence, s'agissant de l'obligation de collaborer, il convient de constater que la participation de la recourante à une expertise pluridisciplinaire ordonnée par l'intimé était raisonnablement exigible, au sens de l'art. 43 al. 2 LPGA.

   En effet, dans un premier temps, l'intimé a répondu à la demande de la recourante de se soumettre en priorité à l'expertise que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 14 janvier 2011, avait ordonné à Allianz de mettre en œuvre et a annulé l'expertise bidisciplinaire (rhumato-psychiatrique) qu'il avait envisagé de demander à la PMU.

   A la suite du rapport d'expertise du CHUV du 1er juillet 2011, effectué à la demande d'Allianz, l'intimé a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Or, le 20 janvier 2012, la recourante a accepté de se soumettre à une expertise multidisciplinaire (courriers de la recourante des 20 janvier, 23 et 27 février 2012), à la suite de quoi l'intimé a envisagé de confier à la PMU une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, neurologique et

psychiatrique) le 26 avril 2012, intention confirmée le 3 février 2014 après l'arrêt du Tribunal fédéral annulant la récusation d'un des experts. La demande ultérieure de la recourante de suspendre l'instruction médicale ordonnée par l'intimé, dans l'attente de l'issue de l'instruction médicale menée par Allianz, ne saurait, dans ces conditions, être considérée comme un motif légitime permettant à la recourante de refuser de se soumettre à l'expertise prévue par l'intimé. En effet, Allianz envisageait, au mieux, une instruction médicale complémentaire auprès d'un radiologue et aucune expertise, notamment rhumatologique ou psychiatrique, n'était programmée.

Au demeurant, la violation du devoir de collaborer de la recourante est établie, ce d'autant que l'intimé a respecté, par la sommation du 16 avril 2014, la procédure de mise en demeure (art. 43. al. 3 LPGA).

6. L'intimé, vu le défaut de collaborer de la recourante, a déclaré statuer en l'état du dossier selon l'art. 43 al. 3 LPGA et a constaté qu'au vu des documents médicaux au dossier et en l'absence d'expertise médicale, il n'existait pas d'invalidité suffisante pour ouvrir le droit à des prestations.

Certes, l'examen du droit aux prestations de la recourante en l'état du dossier a été fait sommairement par l'intimé, dès lors qu'il s'est limité à constater que les pièces médicales au dossier ne permettraient pas d'établir une invalidité. En particulier, les conclusions de l'expertise du CHUV du 1er juillet 2011 ne sont pas citées.

Cependant, l'incapacité de travail du point de vue neurologique, évaluée entre 10 et 20 %, ainsi que les troubles de la mémoire et de l'attention évoqués par les experts du CHUV, tout comme les déficits neuropsychologiques, les douleurs dans la région occipitale (avis du Dr T_____ du 17 décembre 2009), une difficulté à se concentrer (avis du Dr Z_____ du 10 juin 2013), l'aggravation des douleurs cervicales, la présence d'un état dépressif, des troubles auditifs, visuels, mnésiques, exécutifs et de la concentration, de la fatigue, des cervicalgies ainsi que des vertiges (avis du Dr F_____ des 16 juillet 2010, 20 octobre 2011, 1er juillet 2013 et 21 janvier 2014), évoqués par les médecins traitants, ne sont pas à même, en l'absence d'une expertise psychiatrique d'être admis comme incapacitants et, en conséquence, de donner lieu à des prestations d'invalidité.

En l'occurrence, à la suite du rapport d'expertise judiciaire du 3 février 2020, rendu dans le cadre de la procédure LAA, ainsi que de l'arrêt de la chambre de céans du 16 novembre 2020, la recourante s'est déclarée d'accord, le 7 décembre 2020, avec un renvoi à l'intimé et la mise en œuvre par celui-ci d'une expertise psychiatrique en collaboration, ou non, avec

Allianz.

L'accord de la recourante avec cette mesure d'instruction, qui avait été ordonnée par l'intimé doit, au regard de la jurisprudence précitée, être considérée comme une nouvelle demande de prestations. Il y a en effet lieu d'admettre que la jurisprudence précitée concernant le refus d'entrer en matière sur une demande de prestations

s’applique aussi au refus de prestations suite au défaut de collaboration de l’assuré. Il sera cependant relevé qu’il incombera à la recourante - au regard de son devoir de collaboration - de se soumettre aux mesures d’instructions pertinentes décidées par l’intimé.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, la décision litigieuse confirmée et la cause sera renvoyée à l’intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, à la suite de la nouvelle demande de la recourante du 7 décembre 2020.

   Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
4. Condamne la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.
5. 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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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