

VD_FINDINFO AI 239/13 - 72/2014 vom 19. März 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_239_13_-_72_2014

FR: VD_FINDINFO AI 239/13 - 72/2014 du 19 mars 2014

IT: VD_FINDINFO AI 239/13 - 72/2014 del 19 marzo 2014

Regeste

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, PARTICIPATION À LA PROCÉDURE, EXPERT, RÉCUSATION, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, DÉCISION INCIDENTE | 36 LPGA, 44 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.03.2014 AI 239/13 - 72/2014

EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, PARTICIPATION À LA PROCÉDURE, EXPERT, RÉCUSATION, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, DÉCISION INCIDENTE | 36 LPGA, 44 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 239/13 - 72/2014 ZD13.040140 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 19 mars 2014 _____ Présidence de Mme Pasche Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu Greffière : Mme Simonin ***** Cause pendante entre : Z. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Alain Vuithier, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 36 al. 1, 44 LPGA, 10 PA, 34 LTF E n f a i t : A. a) Z. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1957, travaillait en qualité d'employée administrative depuis le 1 er juin 1994 auprès de la [...] [...] à [...]. Dès le 11 novembre 2002, elle a présenté une incapacité totale de travail. L'assurance perte de gain de l'employeur a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2003. Depuis 2002, elle n'a plus repris d'activité professionnelle. Le 5 décembre 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI). Dans un rapport médical du 7 février 2004 à l'OAI, la Dresse H. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une rechute d'un état dépressif important, un état post-traumatique suite à un mobbing professionnel, un ancien alcoolisme chronique important, ainsi qu'une dystonie musculaire. La praticienne précisait que sa patiente avait été hospitalisée en milieu psychiatrique avec, en août 2003, un sevrage d'alcool encore en cours motivant une incapacité de travail totale dès le 9 novembre 2002. L'activité habituelle restait toutefois exigible à raison de quatre à six heures par jour et une activité sans port de charges et permettant des changements fréquents de position était envisageable à 50%, voire à 75%. Le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, chef de clinique adjoint de l'Hôpital psychiatrique de [...], a retenu, dans son rapport médical à l'OAI du 14 septembre 2004, les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis 2002, et de dystonie musculaire au niveau de la nuque, qui handicapait l'assurée dans son activité professionnelle de secrétaire. La capacité de travail de cette dernière était limitée par des difficultés à rester

concentrée longtemps, une fatigabilité, ainsi que des troubles du sommeil existant depuis 2002. Le pronostic était actuellement réservé, l'intéressée étant « dans une démarche douloureuse mais légitime d'une demande de justice et de réparation vis-à-vis de ce qu'elle a vécu sur son lieu de travail », ce qui provoquait des angoisses et fragilisait sa thymie. Bien qu'un suivi psychothérapeutique de soutien ait permis d'atténuer les répercussions de ces événements et qu'un traitement d'antidépresseurs et anxiolytique ait partiellement amendé la symptomatologie, le praticien a considéré que la capacité de travail de sa patiente était pratiquement nulle, plus aucune activité n'étant exigible, et a estimé qu'une accession à une rente serait la bienvenue. Le Dr W. _____ précisait encore que le dernier examen de l'assurée avait eu lieu le 25 août 2004. Dans un rapport médical à l'OAI du 13 avril 2005, le Dr N. _____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de torticolis spasmodique depuis 1987. Il ne s'est prononcé ni sur l'évolution de l'atteinte, ni sur la capacité de travail, une seule limitation fonctionnelle étant retenue (pas de travail en hauteur ou sur une échelle). Le 24 mai 2005, l'assurée a rempli le formulaire 531 bis et a indiqué qu'elle travaillerait à plein temps en tant que secrétaire si elle était en bonne santé et ce par nécessité financière. Dans un rapport à l'OAI daté du 13 juillet 2005, le Dr K. _____, spécialiste en neurologie, du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après: [...]) a signalé une dystonie cervicale – rotation droite – de situation stable depuis plus de trois ans répondant bien aux injections de toxine botulique. Il a en outre précisé n'avoir jamais délivré de certificat d'incapacité de travail à l'assurée. Au vu de ces éléments, un examen clinique bidisciplinaire a été effectué auprès du Service médical régional AI (ci-après: SMR) le 21 décembre 2005. Le rapport, daté du 15 mars 2006, comportait un volet somatique, établi par la Dresse U. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecine du sport, et un volet psychiatrique, établi par la Dresse A. _____, qui signait « psychiatre FMH ». Il a été contresigné, le 12 février 2007, par les Drs D. _____, psychiatre FMH, et François Chevaux, spécialiste en médecine interne générale. Les médecins du SMR ont retenu une dystonie cervicale avec cervico-brachio-dorsalgies (G 24.3) depuis 1987 comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Ils ont précisé que cette atteinte avait entraîné des douleurs diffuses le long de la colonne vertébrale et des bras, notamment du bras gauche, « mais ne justifi(ait) en aucun cas une incapacité de travail totale », l'activité de secrétaire étant parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (éviter les positions statiques prolongées en flexion-rotation du rachis et les mouvements répétitifs avec les bras; pas de port de charges de plus de 10 kg). En outre, ils ont posé les diagnostics suivants sans répercussion sur la capacité de travail: · Trouble de la statique rachidienne et insuffisance posturale; · Status post-amygdalectomie et appendicectomie dans l'enfance; · Status post-fracture du poignet droit dans l'école; · Status post-traitement d'un ulcère gastrique en 2002; · Status post-excision d'un kyste bénin au dos en 2003; · Episodes récurrents de dépression réactionnelle d'intensité légère avec syndrome somatique (F 33.01); · Trouble de la personnalité, sans précision, non décompensé (F 60.9). Sur le plan ostéoarticulaire, la Dresse U. _____ a relevé que l'intéressée souffrait d'une scoliose dorso-lombaire depuis l'enfance, qui n'avait cependant pas nécessité de traitement à long terme. Si l'assurée se plaignait de fatigue et de troubles cardiaques, respiratoires et abdominaux, ceux-ci, investigués, n'avaient mis en évidence aucune lésion structurelle significative, hormis un ulcère traité en 2000, avec suspicion de chronification, pour lequel l'intéressée ne souhaitait pas faire les investigations nécessaires. Sur le plan psychiatrique, la Dresse A. _____ a estimé que le diagnostic posé par le Dr W. _____ dans son rapport du 14 septembre 2004

ne respectait pas les critères cliniques de la CIM-10 en faveur d'un diagnostic d'état dépressif sévère. Elle a ainsi retenu le diagnostic « d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle d'intensité légère, sans incidence sur la capacité de travail, greffée sur une fragilité psychologique dans le cadre d'un trouble de la personnalité, sans précision, non décompensé ». N'étant pas invalidants, ces diagnostics ne justifiaient plus aucune incapacité de travail au-delà du 25 août 2004, date du dernier examen de l'assurée par le Dr W. _____ selon son rapport du 14 septembre 2004. Dès cette date, la capacité de travail de l'intéressée était totale dans toute activité. Dans un rapport d'examen du 29 mars 2006, le Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a retenu chez l'assurée une pleine capacité de travail dès le 25 août 2004 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Sur le plan rhumatologique, l'activité habituelle de secrétaire était adaptée et pouvait être reprise, l'atteinte psychiatrique n'ayant que momentanément empêché l'assurée de travailler, soit du 15 novembre 2002 au 24 août 2004. Sur la base de ce rapport, l'OAI a reconnu à Z. _____, par projet de décision du 3 août 2006, une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2003 au 30 novembre 2004, la capacité de travail étant totale dans l'activité habituelle dès le 1^{er} décembre suivant, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. Dans le cadre de sa contestation de ce projet de décision, l'assurée a transmis un certificat médical du 16 août 2006 du Dr W. _____, lequel attestait qu'elle présentait une incapacité de travail totale en raison de maladie du 1^{er} au 31 septembre 2006 inclus. Par courrier du Service de la santé publique du 15 novembre 2006, [...], chef de service, et le Dr [...], médecin cantonal, ont fait savoir à l'OAI que la Dresse A. _____ n'était pas autorisée à pratiquer la médecine à titre indépendant à défaut de diplôme FMH, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, de sorte que ses certificats médicaux étaient dépourvus de valeur juridique. Par avis médical du SMR du 15 mars 2007, les Dresses B. _____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, médecin-chef, et A. _____, qui signait désormais « ancien chef de clinique-adjoint en psychiatrie », ont confirmé le rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 15 mars 2006. Par décision du 9 novembre 2007, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière du 1^{er} novembre 2003 au 30 novembre 2004, en se fondant sur l'examen clinique bidisciplinaire du SMR. b) Z. _____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, désormais Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 14 décembre 2007, en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être octroyée à compter du 1^{er} novembre 2003, le dossier étant renvoyé à l'OAI afin qu'il en calcule le montant dès cette date-là. En substance, elle s'est prévalu du fait que la Dresse A. _____ n'était pas habilitée à exercer la profession de médecin à titre indépendant ou dépendant, de sorte que le rapport d'examen bidisciplinaire du 15 mars 2006 n'avait pas pleine valeur probante. Par jugement du 16 juillet 2008, le Tribunal des assurances (cause AI 534/07 – 321/2008) a admis le recours présenté par l'assurée et a renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan psychiatrique, tout en précisant que si l'OAI l'estimait nécessaire, il pouvait être procédé à une nouvelle évaluation pluridisciplinaire de l'assurée, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Le Tribunal a notamment considéré ce qui suit : « 4. En l'espèce, l'OAI se fonde sur un rapport d'examen bidisciplinaire du 15 mars 2006, effectué par les Dresses U. _____, somaticienne, et A. _____. S'agissant du volet psychiatrique, il est constant qu'à cette date, la Dresse A. _____ n'était pas autorisée à pratiquer à titre indépendant, faute d'être titulaire du titre de psychiatre FMH, ni à titre dépendant, faute d'être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer, qui ne lui a été délivrée que le 24 novembre 2006 (cf. TASS

VD, S. c. O. du 4 mars 2008 [AI 231/07 – 104/2008], consid. 3a; B. c. O. du 9 janvier 2008 [AI 352/07 – 35/2008], consid. 3b, tous deux précités). Son rapport est donc entaché d'un vice dirimant qui doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, pour les motifs indiqués ci-dessus, dès lors qu'il n'existe au dossier aucune autre évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychique. Comme exposé dans le jugement du 9 janvier 2008, la simple contre-signature du rapport par les Dr D._____ et M._____ ne saurait suffire à lui accorder une valeur probante suffisante, en l'absence d'examen par ces praticiens. Il n'est pas non plus possible de statuer sur les faits de la cause sur la seule base des constatations du Dr W._____, son rapport médical du 14 septembre 2004 n'étant pas suffisamment récent et le certificat médical du 16 août 2006 n'étant pas motivé. Quant au certificat médical du 21 juillet 2003 dont se prévaut la recourante, il ne peut en être tenu compte, cette pièce n'ayant pas été versée au dossier. Par ailleurs, les constatations des médecins traitants doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4b). Le dossier ne contient pas d'autre évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de l'intéressée sur le plan psychique. Force est de constater qu'en l'absence d'évaluation psychiatrique sur laquelle le tribunal puisse se fonder, la cause n'est pas en état d'être jugée. » B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a chargé la Clinique C._____ (ci-après: CRR) à [...] d'examiner l'assurée. Cette dernière a séjourné auprès de la C._____ du 26 au 28 avril 2010. Dans un rapport de synthèse du 29 juillet 2010, les Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, G._____, spécialiste en neurologie et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de dystonie cervicale, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et de trouble mixte de la personnalité à trait borderline passif et dépendant, motivant une incapacité de travail supérieure à 70% depuis 2003 tant dans une activité de secrétariat, que dans toute autre activité. Sur le plan somatique, le Dr F._____ a relevé que l'atteinte ostéo-articulaire se résumait à des troubles statiques du rachis dorso-lombaire et à une discopathie cervicale banale. Ce praticien a estimé que sur cette seule base, il ne voyait pas comment justifier une incapacité de travail dans l'activité d'employée de commerce. Sur le plan neurologique, l'examen était qualifié de normal. La dystonie se caractérisait ainsi par une réponse incomplète à la toxine botulique et l'implication de facteurs émotionnels dans son déclenchement, notamment le stress. Les experts ont ainsi précisé que les singularités psychiques de l'assurée interagissaient avec la dystonie cervicale et en fondaient le caractère invalidant. Sur le plan psychiatrique, la Dresse Q._____ a exposé les éléments suivants : « (...) l'assurée n'a pas de plainte particulière mais surtout la peur de tomber de nouveau dans la folie et de revivre dans l'angoisse en cas de stress. Elle a été suivie par le Dr W._____ à l'hôpital de [...] jusqu'en 2008 et depuis une année par le Dr X._____ à [...]. Au cours de l'entretien téléphonique du 3 mai 2010 avec le Dr X._____, psychiatre traitant, ce médecin a mentionné une personnalité fragile. Il ne l'estime pas capable d'assumer une responsabilité dans un travail quelconque. Au cours de l'entretien téléphonique du 5 mai 2010 avec le Dr W._____, il a signalé que durant la prise en charge de 2003 à 2008, il n'a pas remarqué d'amélioration de la symptomatologie dépressive majeure. Il y a eu plusieurs changements de traitement après son hospitalisation à [...] pour sevrage alcoolique. Il estime que durant la période où il l'a suivie, elle n'était pas capable de travailler en raison de sa fragilité psychique. L'examen psychiatrique de ce jour montre une assurée marquée par une trajectoire de vie chaotique et perturbée depuis son enfance et

adolescence. Sa vie d'adulte a été marquée par des échecs successifs ayant entraîné des épisodes dépressifs récurrents, des états de panique et des abus d'alcool. Dans son état actuel, son humeur est stable sans modification du comportement durant l'entretien, mais on relève une certaine fragilité psychique depuis son enfance. L'anamnèse révèle différents éléments évoquant son instabilité psychique. Plusieurs éléments de détresse ont déjà été évoqués dans le passé (conflits émotionnels, ruptures sentimentales, harcèlement moral au travail). Ces événements ont entraîné une déstabilisation et une cicatrice psychologique qui la fragilise. Je retiens les diagnostics de dépression récurrente actuellement en rémission, avec modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique et mobbing et un trouble mixte de la personnalité, à traits borderline passifs et dépendants non décompensé. Le risque d'une décompensation dépressive est élevé en cas de facteur de stress. Sa passivité peut entraîner des difficultés relationnelles au travail et des difficultés d'intégration dans un groupe. Les médecins qui ont examiné l'assurée sont tous d'avis que c'est une personnalité fragile. On peut considérer qu'actuellement, pour des motifs psychiatriques, sa capacité à faire face au stress est diminuée. L'assurée dispose de peu de ressources psychiques dans la perspective d'un emploi rémunéré. Sa capacité d'assumer une responsabilité et la contrainte d'un travail semble diminuée en raison de son instabilité et de sa fragilité psychique. Actuellement, il y a une rémission de son état dépressif récurrent mais le risque d'une nouvelle décompensation est élevé en cas de surcharge psychique. La limitation de sa capacité de travail peut être évaluée à plus de 70% et ce pour une longue durée, voire de manière définitive. » Par courrier du 11 janvier 2011 adressé à la Dresse Q._____, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie, médecin au SMR, s'est étonné de l'incapacité de travail de plus de 70% attestée en l'absence de trouble dépressif et de décompensation du trouble mixte de la personnalité. Le SMR demandait dès lors à la Dresse Q._____ de préciser les limitations fonctionnelles objectives justifiant une incapacité de travail quasi totale chez l'assurée. Dans un complément d'expertise du 9 février 2011 adressé au Dr P._____, la Dresse Q._____ a indiqué ce qui suit : « Dans le cas présent, le trouble de la personnalité apparaît comme grave. Il génère une certaine incompetence sociale et par là une inadaptation au monde du travail. L'état actuel de l'expertisée paraît stable mais le risque d'une nouvelle décompensation n'est pas à écarter en cas de stress. C'est ici manifestement le trouble de la personnalité qui joue un rôle délétère et qui diminue la capacité de travail, avec une incapacité estimée à 70% ». Par avis médical du 4 mai 2011, le Dr P._____ a relevé que le volet rhumatologique, ainsi que l'évaluation en atelier n'appelaient pas de commentaire. S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr P._____ a considéré que : « (...) Les observations cliniques de la Dresse Q._____ tiennent en 9 lignes. On décrit une femme en bon état général, souriante et détendue, collaborante, ne montrant aucun comportement douloureux. Il n'y a pas d'humeur dépressive, mais il existe une baisse de l'estime de soi, une incapacité à établir une relation, une réduction de l'énergie, des craintes et des doutes. C'est sur cette base, et sur l'anamnèse, que notre Collègue fonde le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique, et trouble mixte de la personnalité à traits borderline, passifs et dépendants. En d'autres termes, il n'y a plus de trouble dépressif. Le trouble mixte de la personnalité n'est pas décompensé. Dès lors on est en droit de s'étonner de l'incapacité de travail de plus de 70% attestée en l'absence de maladie psychique. Sont invoqués une fragilité psychique, l'instabilité et le risque d'une nouvelle décompensation. » Le Dr P._____ a ajouté qu'il n'avait toujours pas reçu de réponse de la Dresse Q._____, raison pour laquelle, après

avoir discuté du dossier avec la permanence psychiatrique, il proposait une deuxième expertise externe, confiée de préférence à un psychiatre rigoureux et cohérent. Par courrier du 7 juin 2011 à l'assurée, l'OAI a indiqué qu'il prenait en charge les frais d'une expertise médicale laquelle serait confiée au Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'OAI a en outre précisé ce qui suit : « Remarque : Pour des motifs pertinents, il est possible de récuser, par courrier adressé à l'Office AI, l'expert, l'experte ou l'organe chargé de l'expertise (une fois connus les noms des experts nommés pour pratiquer celle-ci) dans un délai de 10 jours. Passé ce délai, d'éventuelles objections ne pourront plus être prises en considération. » Par avis médical du 17 juin 2011, le Dr P. _____ a relevé que la réponse de la Dresse Q. _____ [du 9 février 2011] lui était parvenue tardivement et que l'assurée était en attente d'une expertise chez le Dr R. _____. Par courrier du 17 juin 2011 à l'OAI, Me Alain Vuithier, nouveau conseil de l'assurée, a estimé qu'il n'y avait pas lieu de soumettre sa cliente à une nouvelle expertise psychiatrique, l'expertise de la C. _____ datant de moins d'une année. Il sollicitait dès lors qu'une décision soit rendue, l'OAI ayant à sa disposition tous les éléments pour ce faire. Par lettre du 23 juin 2011 à Me Vuithier, l'OAI a rappelé que le SMR avait estimé nécessaire de compléter l'instruction du dossier en réalisant un autre examen psychiatrique, les conclusions de l'examen psychiatrique réalisé par la C. _____ n'étant pas convaincantes. L'OAI a ainsi conclu que l'avis du SMR devait être suivi et que l'on pouvait dès lors exiger de l'assurée qu'elle se soumette à ce nouvel examen, les dispositions légales topiques sur l'obligation de collaborer lui étant rappelées, par ailleurs. Dans ses déterminations du 21 juillet 2011, Me Vuithier a confirmé que sa mandante considérait qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Si un complément devait être requis, il incombait à l'OAI d'interpeller la Dresse Q. _____ sur ce point. Par courrier du 4 août 2011 à Me Vuithier, l'OAI, se référant à l'avis du SMR, a estimé que la réponse de la Dresse V. _____ n'était pas suffisante pour suivre les conclusions formulées dans le volet psychiatrique de l'expertise réalisée à la C. _____, raison pour laquelle l'instruction devait se poursuivre par une nouvelle évaluation chez le Dr R. _____. Par lettre du 15 septembre 2011, Me Vuithier a invité l'OAI à rendre une décision formelle sur l'opportunité d'une nouvelle expertise avec voies de droit. Le 21 septembre 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il entendait rejeter la demande de prestations en raison de son refus de se soumettre à une nouvelle expertise psychiatrique, en application notamment de l'art. 43 al. 3 LPGA permettant à l'assureur de clore le dossier en cas de non collaboration de l'assuré. Par courrier du 11 octobre 2011 à Me Vuithier, l'OAI a relevé que le motif invoqué par l'assurée à l'encontre de la seconde expertise psychiatrique requise par l'OAI – à savoir que les faits étaient suffisamment éclaircis, si bien qu'une autre expertise était superflue – était un motif matériel de récusation au sens de la jurisprudence en la matière (ATF 132 V 93) ne pouvant être pris en compte que dans le cadre de l'appréciation des preuves devant un tribunal (ATF du 9 juin 2009, 9C_199/2009). L'assurée par son conseil, a fait part de ses objections à l'OAI par courrier du 26 octobre 2011. Par décision du 2 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 septembre 2011. Il a en outre relevé ce qui suit par courrier du même jour : « Il ne suffit pas qu'une expertise se prononce sur la capacité de travail exigible de l'assuré et énumère les limitations fonctionnelles pour être suivie. Une expertise ne peut être suivie que si ses conclusions sont convaincantes sur le plan médical. En l'espèce, le SMR estime que tel n'est pas le cas en ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise de la C. _____. Le grief selon lequel nous aurions dû statuer sur la base des documents médicaux actuellement au dossier ne peut pas être admis non plus. Faute de disposer de

documents probants sur l'état de santé psychique de Madame Z. _____, nous ne pouvons établir son degré d'invalidité. » C. Par acte de son mandataire du 7 décembre 2011, Z. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 2 novembre 2011 en concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2003, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle soutenait en substance que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'était pas nécessaire et que l'OAI avait violé le droit fédéral en la sanctionnant parce qu'elle avait refusé « de manière inexcusable de collaborer à l'instruction ». Par arrêt du 2 novembre 2012 (cause AI 355/11 – 370/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée et a renvoyé la cause à l'OAI pour reprise de l'instruction. Il a été d'une part relevé dans cet arrêt que c'était à juste titre que l'OAI avait ordonné une mesure d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise, dont la mise en œuvre permettrait d'obtenir l'avis d'un spécialiste en psychiatrie qui puisse lever définitivement les doutes que la Dresse Q. _____ avait fait naître quant à la pertinence de son analyse de la capacité de travail de l'assurée. D'autre part, la Cour a considéré que l'OAI ne pouvait éluder la requête formée par l'assurée tendant à la notification d'une décision incidente relative à l'opportunité de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Au vu des conséquences graves d'un refus de collaborer, correspondant dans le cas d'espèce au refus de prestations depuis 2003, une telle décision était nécessaire conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Il a ainsi été jugé que l'assurée devrait se soumettre à une expertise psychiatrique et qu'à défaut, l'OAI serait en droit de statuer en l'état du dossier. Il était enfin précisé qu'à ce stade, la Cour considérait qu'il ne se justifiait pas d'ordonner une expertise psychiatrique auprès du Dr R. _____, ni de se prononcer sur les motifs de récusation soulevés par l'assurée à l'encontre du psychiatre précité. D. Reprenant l'instruction de la cause, l'OAI a notifié le 25 février 2013 à l'assurée une décision incidente intitulée « nécessité d'une mesure d'instruction », qui rappelait les considérants de l'arrêt de la Cour de céans du 2 novembre 2012, et informait l'intéressée qu'une nouvelle expertise psychiatrique était nécessaire et qu'un expert serait nommé une fois la décision [du 25 février 2013] entrée en force. L'assurée n'a pas contesté la décision de l'OAI du 25 février 2013. Le 9 avril 2013, par son conseil, elle s'est adressée à l'OAI pour lui faire savoir qu'elle n'était pas opposée à la décision de cet office tendant à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit mise en œuvre. A cet égard, elle proposait que soit désigné en qualité d'expert psychiatre le Dr [...], ou, à son défaut, le Dr [...], ou, à son défaut, le Centre d'expertise psychiatrique de [...]. Par avis médical du 8 mai [...], médecin au SMR, a pour sa part [...] et, le Dr [...] ou le Dr L. _____. Cet avis médical a été communiqué le 14 mai 2013 au conseil de l'assurée pour qu'il en prenne connaissance, avec délai de détermination. Par courrier du 10 juillet 2013 à l'OAI, l'assurée, par son conseil, a relevé qu'aucun des médecins proposés ne lui convenait. Elle a expliqué qu'il appartenait désormais à l'assureur social de se mettre d'accord avec la personne assurée sur le choix de l'expert, proposant à nouveau les experts suggérés dans son courri[...] du 2 juillet 2013 était joint à cet envoi, dans lequel ce médecin faisait savoir à l'avocat de l'assurée être en mesure d'accepter le mandat d'expertise le cas échéant. Un courrier à la même teneur, du 4 juillet 2013, du Dr [...] était également joint, de même qu'un courrier allant dans le même sens, du 8 juillet 2013, du Dr [...]. Le 16 juillet 2013, l'OAI a constaté que la procédure de concertation n'avait pas abouti et que faute d'avoir trouvé un accord sur la personne de l'expert, il désignait le Dr L. _____. Une communication du même jour de l'OAI était annexée, selon laquelle le Dr L. _____ serait mandaté, un délai de 10 jours étant imparti

à l'assurée pour indiquer la liste des questions complémentaires qu'elle souhaitait poser à l'expert. Il était en outre loisible à l'intéressée, dans un délai de 10 jours également, de formuler des observations sur le genre de l'expertise, les spécialités prévues, de même que le nom de l'expert. Le 29 juillet 2013, l'assurée a fait part de ses objections à la communication du 16 juillet 2013, en expliquant contester le bien-fondé de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, dès lors qu'elle avait déjà fait l'objet d'une expertise psychiatrique le 26 avril 2010. Elle contestait par ailleurs le choix de l'expert, lui reprochant de ne pas présenter les garanties suffisantes de neutralité et d'impartialité nécessaires à l'accomplissement de son mandat. Par décision incidente du 13 août 2013, l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas lieu de retenir de motif de récusation à l'encontre de l'expert proposé susceptible de fonder une apparence de parti pris ou de prévention, les soupçons émis étant des remarques générales non étayées par des points concrets. L'OAI confirmait dès lors que l'expertise serait effectuée par le Dr L._____. E. Par acte du 18 septembre 2013, Z._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens que l'expertise soit effectuée par l'expert que justice dira parmi les experts qu'elle a proposés, soit le Dr [...], le Dr [...] ou le Centre d'expertise de [...], et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI. En substance, elle fait valoir que l'OAI avait déjà mis en œuvre une expertise médicale, et que c'est parce qu'il était mécontent du résultat obtenu sur le plan psychiatrique qu'il avait voulu la « contraindre » à se soumettre à un nouvel examen, confié au Dr R._____. A la suite de l'arrêt du 2 novembre 2012 de la Cour des assurances sociales, l'OAI avait finalement désigné le Dr L._____, en écartant, sans en indiquer la raison, les propositions d'experts, et alors qu'il est notoire à ses yeux que le Dr L._____ effectue fréquemment des expertises sur mandat de l'OAI. La recourante cite trois décisions de la Cour des assurances sociales à l'occasion desquelles le Dr L._____, fonctionnant comme second expert, aurait systématiquement renversé l'opinion des premiers experts pour conclure à l'inexistence d'un état d'incapacité. Elle estime dès lors que la désignation du Dr L._____ tend uniquement à tenter d'obtenir un résultat favorable à l'OAI. Dans sa réponse du 7 novembre 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. En réplique, la recourante répète que le choix du Dr L._____ est orienté, et déplore que l'OAI n'ait pas indiqué de motifs particuliers pour lesquels les experts qu'elle a proposés ne devraient pas être retenus. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Selon l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, tout comme le refus de rendre une décision. Compétente pour connaître du contentieux qui opposerait l'assurée recourante à l'OAI sur le fond (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]), la Cour de céans l'est également pour connaître du présent recours incident. En cas de désaccord des parties, soit sur l'opportunité de procéder à une expertise, soit sur le centre d'expertises à désigner ou sur le choix de l'expert,

l'expertise doit être mise en oeuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (respectivement du Tribunal administratif fédéral) (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6). En l'espèce, une telle décision a été rendue. Le recours a par ailleurs été interjeté en temps utile (cf. art. 95 LPA-VD et art. 60 LPGGA) et respecte les formes prescrites par la loi (cf. art. 79 LPA-VD et art. 61 let. b LPGGA). Il est donc recevable. b) De même que le caractère onéreux ou gratuit de procédures afférentes à des incidents soulevés en cours d'instance est lié au caractère onéreux ou gratuit de la procédure principale (TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008), de même doit-on considérer que la présente décision incidente relève de la Cour des assurances sociales dans une composition ordinaire à trois juges (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD; CASSO 26 août 2013, AI 143/12 consid. 1b), la valeur litigieuse au fond étant supérieure à 30'000 francs. 2. La recourante conteste le choix de l'intimé de confier une expertise psychiatrique au Dr L._____. Elle soutient, en se fondant sur trois arrêts de la Cour de céans, que ce spécialiste rend des rapports favorables à l'OAI, sur mandat duquel il effectue fréquemment des expertises, et que l'intimé aurait dû lui faire connaître les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu ses propositions d'experts. L'intimé relève quant à lui que le Dr L._____ n'est pas mandaté plus fréquemment que bien d'autres experts, et que ce n'est qu'après avoir donné à l'intéressée la possibilité de s'exprimer sur le choix de l'expert et examiné ses objections qu'il a désigné le Dr L._____. 3. a) Selon l'art. 43 LPGGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). 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 (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) précise que si les conditions sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. D'après l'art. 44 LPGGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur social et l'assuré ne s'entendent pas sur le choix de l'expert, l'administration doit rendre une décision directement soumise à recours (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 p. 256). b) Selon la jurisprudence, il convient de distinguer les motifs formels et les motifs matériels de récusation. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGGA, 10 PA ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire; du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin); du fait d'être parent ou allié en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré, en ligne collatérale avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente; du fait d'être lié avec une partie ou son mandataire par mariage, fiançailles, partenariat enregistré ou adoption; ou encore l'existence d'un lien de l'expert avec l'affaire pour d'autres motifs, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire. Ces

motifs de nature formelle sont réputés propres à éveiller la méfiance quant à l'impartialité de l'expert (TF 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 1.2). Les motifs de prévention pour un expert sont identiques à ceux qui valent pour le juge (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 p. 231 s.; ATF 132 V 93 consid. 7.1 p. 109). La garantie d'un tribunal indépendant et impartial instituée par les art. 30 al. 1 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) et art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950; RS 0.101) permet d'exiger la récusation d'un juge dont la situation ou le comportement est de nature à faire naître un doute sur son impartialité (ATF 138 IV 142 consid. 2.1 p. 144; ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198; ATF 126 I 68 consid. 3a p. 73). Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective du juge est établie, car une disposition interne de sa part ne peut guère être prouvée; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle du magistrat. Seules les circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération; les impressions purement individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 138 IV 142 consid. 2.1 p. 144 s. et les arrêts cités) (cf. TF 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.1). Quant aux motifs de récusation de nature matérielle, ils ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5; TF 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1; TF 1P.553/1999 du 30 novembre 1999). L'assuré peut désormais invoquer, dans un recours contre une décision de désignation d'un expert, des motifs formels et des objections matérielles (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.7). 4. En l'occurrence, la nécessité d'une nouvelle expertise psychiatrique a été reconnue à la suite de l'arrêt du 2 novembre 2012, en force, et ne constitue donc pas l'objet du litige. Seule est litigieuse en l'espèce la question de la désignation du nouvel expert psychiatre. A cet égard, la recourante conteste la désignation du Dr L. _____ en faisant valoir qu'il est régulièrement mandaté par l'OAI et qu'il émettrait des opinions favorables à l'intimé. Or, de jurisprudence constante, le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises, soient régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 p. 226 et les arrêts cités; TF 9C_715/2013 du 4 février 2014 consid. 4.1.2; TF 9C_366/2013 du 2 décembre 2013 consid. 5.3). Au demeurant, l'allégation de la recourante, selon laquelle le Dr L. _____ serait notoirement favorable à l'OAI et « renverserait » l'opinion des premiers médecins s'étant prononcés pour constater que la personne expertisée ne présente pas d'incapacité, est d'ordre général et ne repose sur aucun élément objectif. Les trois décisions de la Cour de céans dont elle se prévaut, qui ont été rendues à l'issue d'une appréciation complète des preuves, ne sont pas de nature à mettre en cause l'impartialité de l'expert. La recourante ne fait valoir aucune autre objection à l'encontre de l'expert désigné. L'office intimé a par ailleurs suivi la procédure idoine de désignation de l'expert, et n'a pas violé le droit fédéral en ne désignant pas l'un des experts proposés par la recourante. Cette question a fait l'objet d'une procédure de concertation selon l'art. 38 ROTC (règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007; RSV 173.31.1; cf. également CASSO 26 août 2013, Al

143/12 consid. 4c). La Cour des assurances sociales a ainsi jugé que, sur la base de l'ATF 137 V 210, l'absence de recherche de concertation ou de consensus dans le processus de désignation de l'expert n'est pas en soi un droit justiciable, respectivement que seule peut être sanctionnée juridiquement la violation des droits de participation tels que prévus à l'art. 44 LPGA. Ainsi, la Cour de céans est d'avis qu'une personne assurée, non seulement ne dispose pas d'un droit de veto quant au choix d'un expert, mais encore ne saurait alléguer l'absence de concertation de la part de l'assureur pour requérir, au titre d'un droit de participation à la procédure, un renvoi de l'affaire dans le but d'une désignation consensuelle de l'expert. La personne assurée ne dispose pas non plus d'un droit à la désignation de l'expert qu'elle a proposé, en l'absence de motifs propres à remettre en cause l'impartialité et la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, compte tenu notamment de son domaine de spécialisation et de ses compétences.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Il y a lieu de déroger au principe de la gratuité, la présente procédure incidente étant onéreuse dès lors que la procédure au fond a trait à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI (ATF 133 V 441; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, Me Alain Vuithier, conseil de la recourante, a produit en date du 10 mars 2014 une liste de ses opérations, dont il ressort que pour la période courant du 20 août 2013 au 10 mars 2014, il a consacré 11 heures et 18 minutes à la défense des intérêts de sa cliente, le montant de ses débours étant de 58 francs. Toutefois, il n'a pas distingué ses opérations de celles effectuées par son stagiaire, qui a notamment rédigé le recours. Quoi qu'il en soit, le temps consacré à la rédaction du recours, respectivement à ses corrections et à des recherches juridiques, ainsi qu'à l'étude du dossier, est excessif, ce d'autant que le conseil d'office de la recourante l'a représentée devant l'autorité administrative et l'a déjà représentée devant la présente autorité par le passé. Il convient dès lors de ramener le temps consacré au dossier à 9 heures, dont 6 heures au tarif de 180 fr. de l'heure pour un avocat, et 3 heures au tarif de 110 fr. de l'heure pour un avocat-stagiaire. Le montant de l'indemnité auquel a droit le conseil de la recourante s'élève en conséquence à 1'410 fr. ($[6 \times 180] + [3 \times 110]$), montant auquel il convient d'ajouter les débours, par 58 fr., et la TVA, par 117 fr. 45, ce qui donne un total de 1'585 fr. 45. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 13 août 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, par 250 fr. (deux cents cinquante francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. IV.

L'indemnité d'office de Me Alain Vuithier, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'585 fr. 45 (mille cinq cents huitante-cinq francs et quarante-cinq centimes). V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat. VI. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alain Vuithier (pour Z. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.