

# VD\_FINDINFO AI 296/21-286/2022 vom 15. September 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_296\\_21-286\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_296_21-286_2022)

FR: VD\_FINDINFO AI 296/21-286/2022 du 15 septembre 2022

IT: VD\_FINDINFO AI 296/21-286/2022 del 15 settembre 2022

## Regeste

DÉCISION INCIDENTE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 43 LPGA, 44 LPGA, 72bis RAI, 74 al. 4 let. a LPA-VD, 75 LPA-VD

## Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.09.2022 AI 296/21-286/2022

DÉCISION INCIDENTE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 43 LPGA, 44 LPGA, 72bis RAI, 74 al. 4 let. a LPA-VD, 75 LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 296/21-286/2022 ZD21.037284 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 15 septembre 2022 \_\_\_\_\_ Composition :

Mme Di Ferro  
Demierre , présidente M. Métral et Mme Pasche, juges Greffière : Mme Vulliamy  
\*\*\*\*\* Cause pendante entre : B. \_\_\_\_\_ , au [...], recourante, représentée par

l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), à Genève,  
et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 43 et 44 LPGA ; 72bis RAI ; 74 al. 4 let. a et 75 LPA-VD E n f a i  
t : A. B. \_\_\_\_\_, née en [...], a déposé une demande de détection précoce le 19 novembre  
2014, puis une demande de prestations d'invalidité le 27 février 2015 auprès de l'Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) invoquant une  
hernie discale cervicale opérée le 15 janvier 2014, avec rechute et burn-out en été 2014. Elle  
a également précisé être en arrêt de travail depuis le 1 er novembre 2014. Procédant à  
l'instruction de l'affaire, l'OAI a interpellé la Dre J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et  
psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 1 er décembre 2014. Dans un  
rapport du 20 avril 2015, la Dre J. \_\_\_\_\_ a maintenu l'incapacité de travail de l'assurée à  
100 %. A la demande de l'OAI, la Dre S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne  
générale et médecin traitant de l'assurée depuis le 14 juillet 2015, a signalé initialement le  
diagnostic de cervicalgies, de lombalgies ainsi que d'anxiété généralisée (cf. rapport du 22  
septembre 2015), puis de cure de hernie discale cervicale droite en 2014, avec persistance  
des cervicalgies et névralgies cervico-brachiales à droite, de lombalgies sur scoliose, de  
syndrome dépressif et de troubles du sommeil (cf. rapport du 4 juillet 2016). Elle a fait état  
d'une capacité de travail nulle, respectivement d'une heure au maximum dans une activité  
adaptée dans la même position. Le 30 septembre 2015, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en  
neurochirurgie et chef de clinique adjoint au sein du Service de neurochirurgie de la  
Policlinique du Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_, a fourni, à la demande de l'OAI, plusieurs  
rapports médicaux, dont : - un rapport du 31 janvier 2014 des Drs G. \_\_\_\_\_ et  
D. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au sein du

Service précité, mentionnant que la patiente, atteinte d'une hernie discale C5-C6 latéralisée vers la droite, avait subi le 15 janvier 2014 une cervicotomie par voie antérieure gauche et micro-discectomie C5-C6 avec arthrolyse par cage Cornerstone. Les suites postopératoires avaient été simples, avec disparition des cervicobrachialgies, et il persistait une contracture cervicale post-opératoire qui avait bien répondu au traitement de Valium® ; - un rapport du 15 juillet 2014 dans lequel le Dr U. \_\_\_\_\_ mentionnait que la patiente présentait, depuis quelques mois, des cervicalgies isolées non irradiantes latérales à connotation musculaire accentuées par l'activité physique et professionnelle et soulagées par le repos, ainsi qu'une disparition complète, dans l'évolution postopératoire, des cervicobrachialgies. Ce médecin constatait que la cage intersomatique était discrètement antérieure mais immobile sur les radiographies flexion/extension ; - un rapport du 23 février 2015 du Dr U. \_\_\_\_\_ dans lequel il est mentionné que la radiographie cervicale du 23 janvier 2015 montrait un bon positionnement de la cage et qu'il y avait des cervicalgies modérément en amélioration, mais persistantes. L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique effectué au Service médical régional AI (SMR) le 9 septembre 2016 par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans le rapport y relatif du 6 octobre 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques dans le cadre du déplacement d'une cage intersomatique en C5-C6 (M54.2) et, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques dans le cadre d'une scoliose dorsolombaire, d'une discrète discopathie L4-L5 et L5-S1 (M54.5), ainsi que des douleurs de type fibromyalgie. Il a expliqué, concernant la colonne cervicale, qu'il y avait eu, dans un premier temps, une évolution favorable après l'opération du 15 janvier 2014. Les douleurs avaient ensuite augmenté après la reprise du travail. Nonobstant un examen clinique rassurant au niveau cervical, l'évolution au niveau radiologique était défavorable. En effet, on constatait un enfoncement de la cage intersomatique au niveau du plateau supérieur de C6. Dès lors que les dernières radiographies remontaient au 23 janvier 2015, il y avait lieu de refaire un contrôle radiologique et d'évaluer, en cas de nouveau déplacement de la cage, l'indication à une reprise chirurgicale. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également relevé que toutes les douleurs présentées par l'assurée ne s'expliquaient pas par les pathologies du rachis et a ajouté que les critères diagnostiques pour une fibromyalgie étaient présents, mais que ce diagnostic ne pouvait toutefois être posé qu'en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse diffuse durant plus de trois mois, raison pour laquelle il y avait lieu de revoir l'assurée passé ce délai. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a également préconisé une évaluation conjointe avec un psychiatre afin de rechercher une comorbidité psychiatrique pouvant expliquer les douleurs. S'agissant des limitations fonctionnelles, il estimait qu'il y avait ainsi lieu de limiter les activités prolongées exercées en hauteur, le soulèvement de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs ou les postures statiques de la colonne cervicale. Le médecin précité a en outre estimé que l'évolution défavorable de la spondylodèse avec déplacement de la cage impliquait, sur le plan rhumatologique, une baisse de rendement de 25 % dès le 3 novembre 2014, même dans une activité légère. C'est ainsi qu'un examen clinique psychiatrique a eu lieu le 6 décembre 2016 au SMR réalisé par la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport consensuel du 21 février 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a pour l'essentiel repris l'appréciation émise dans son rapport du 6 octobre 2016. Il a en particulier tenu compte d'un IRM de la colonne totale effectué le 24 novembre 2016 qui confirmait une évolution défavorable au niveau cervical et posé le diagnostic de fibromyalgie. Au niveau psychiatrique, la Dre C. \_\_\_\_\_ a considéré que le

diagnostic de fibromyalgie n'avait pas de caractère incapacitant et a retenu que l'examen psychiatrique et la parfaite organisation de la vie quotidienne de l'assurée démontraient une amélioration manifeste de son état de santé, attestée en outre par la cessation de tout suivi psychiatrique spécialisé. Cela étant, les médecins du SMR ont conclu que la capacité de travail exigible de l'assurée était de 75 %, tant dans l'activité habituelle de secrétaire que dans une activité adaptée du 3 novembre au 31 décembre 2014 puis à partir du mois d'août 2015, avec une incapacité de travail totale du 1<sup>er</sup> janvier 2015 jusqu'au mois de juillet 2015. Par projet de décision du 9 février 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer, en tenant compte d'un préjudice économique de 63,4 %, un trois quarts de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 (six mois après le dépôt de la demande) au 31 octobre 2015 (fin des trois mois d'amélioration), la prestation étant supprimée à compter de cette date. Par courrier du 10 mars 2018, l'assurée a élevé des objections au projet précité. Dans ce contexte, elle a notamment produit un rapport du 16 février 2017 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, dans lequel ce médecin mettait notamment en évidence une hyperlaxité ligamentaire. Elle a également produit un rapport de la Dre S. \_\_\_\_\_ du 5 septembre 2018 retenant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de secrétaire et de 25 à 30 % dans une activité adaptée. Par décision du 8 novembre 2019, l'OAI a confirmé son projet du 9 février 2018. B. Par acte du 9 décembre 2019, B. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à ce que le droit à une rente d'invalidité entière lui soit reconnu dès le 1<sup>er</sup> août 2015 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurochirurgie, rhumatologie, psychiatrie et de médecine interne). Dans le cadre de cette procédure, la recourante a produit diverses pièces, dont notamment : - un rapport du 12 novembre 2019 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, diagnostiquant une pseudarthrose, des céphalées et des vertiges préconisant une nouvelle opération. - un rapport de CT-scan de la colonne cervicale du 20 novembre 2019, faisant état de la persistance d'un glissement antérieur du matériel discal sans apparition de fusion postérieurement ; - un rapport du 10 décembre 2019 du Dr I. \_\_\_\_\_ indiquant que le « groupe rachis » sur Lausanne préconisait une reprise de spondylodèse cervicale avec greffe iliaque et mise en place d'une plaque, toutefois sans garantie d'un résultat favorable, intervention déjà fixée au 5 février 2020 ; - un compte-rendu du Dr I. \_\_\_\_\_ du 11 décembre 2019 évaluant les limitations fonctionnelles à 100 % et relevant qu'aucune mention n'ayant été faite d'une pseudarthrose, le diagnostic posé par le SMR était incomplet ; enfin, il a confirmé l'opération de la patiente prévue le 5 février 2020 pour redresser la cyphose segmentaire et corriger la pseudarthrose ; - un courrier du 5 mars 2020 du Dr I. \_\_\_\_\_, auquel étaient joints le protocole opératoire du 5 février 2020, ainsi que la lettre de sortie du 16 février 2020, dans lequel ce médecin a confirmé qu'il ne s'agissait pas seulement d'une suspicion de pseudarthrose mais bien d'un diagnostic, qui n'avait semble-t-il jamais été mentionné dans le dossier auparavant ; - un compte-rendu du Dr I. \_\_\_\_\_ du 26 mai 2020 relevant que ce diagnostic aurait pu être suspecté à partir de 2017, et précisant que la patiente était en incapacité totale de travail dans toute activité pour une durée de six mois à une année ; - un courrier du 21 juillet 2020 du Dr I. \_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin mentionnait qu'il avait clairement diagnostiqué une pseudarthrose douloureuse dont la patiente souffrait depuis des années, relevant que ce diagnostic n'avait pas été clairement défini dans le rapport médical du SMR du 6 décembre 2016. C. Par arrêt du 22 mars 2021 (cause AI 408/19 – 93/2021), la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal a admis le recours de l'assurée et a annulé la décision rendue le 8 novembre 2019 par l'OAI, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. La Cour a notamment relevé que les constatations faites par le Dr I. \_\_\_\_\_ à partir de novembre 2019 faisaient sérieusement douter de l'exactitude des conclusions des examens du SMR et qu'on ne pouvait pas exclure que la pseudarthrose, susceptible d'expliquer en partie les douleurs de l'assurée en plus du déplacement antérieur de la cage, soit antérieure à la décision litigieuse. De plus, le Dr T. \_\_\_\_\_ avait mis en évidence une hyperlaxité ligamentaire (cf. rapport du 16 février 2017), sans que les critères permettant de retenir une telle hyperlaxité n'aient été recherchés lors des examens du SMR. Enfin, sur le plan psychique, la Cour a relevé que les rapports des Drs J. \_\_\_\_\_, S. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 2 février 2015, 20 avril 2015, 22 septembre 2015, 4 juillet 2016 et 6 octobre 2016) mentionnaient des troubles d'anxiété, de syndrome dépressif et des douleurs de type fibromyalgie. Par ailleurs, la Cour a relevé avoir de la peine à comprendre pour quelle raison la Dre C. \_\_\_\_\_ retenait un trouble anxieux et dépressif mixte sans l'expliquer dans son appréciation du 21 février 2017. Enfin, elle a considéré que ce rapport ne comportait aucune pondération ou discussion consensuelle alors que l'assurée présentait plusieurs co-morbidités associées. Dans ces circonstances, la Cour a considéré qu'il se justifiait de « mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, regroupant les volets rhumatologique et psychiatrique, étant précisé que les experts sont libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, notamment l'avis d'un neurochirurgien, voire d'un radiologue » et de renvoyer la cause à l'OAI à qui il incombait en premier lieu d'instruire. D. Par courrier du 14 avril 2021, l'assurée, sous la plume de son mandataire, a informé l'OAI qu'elle souhaitait participer à la désignation des experts. Dans un courrier du 10 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'un examen médical approfondi était nécessaire, comportant un volet psychiatrique, un volet rhumatologique et un volet de médecine interne. L'office a également relevé que, conformément à la réglementation applicable, le choix du centre d'expertise devait se faire de manière aléatoire. Par courrier du même jour, l'assurée a fait valoir que la nomination d'experts devait, autant que possible, se faire de manière consensuelle et a proposé le nom de différents spécialistes en rhumatologie et psychiatrie. Le 20 mai 2021, l'OAI a répondu à l'assurée que la procédure pour mettre en place l'expertise pluridisciplinaire était déjà engagée et a rappelé que le choix de l'expert pour les évaluations pluridisciplinaires devait être fait de manière aléatoire. Par courrier du 25 mai 2021, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle refusait de se soumettre à une expertise pluridisciplinaire, ne voyant pas d'intérêt à un volet de médecine interne, et lui a demandé de bien vouloir se prononcer sur la désignation des experts proposés dans son courrier du 10 mai 2021. Par correspondance du 31 mai 2021, l'assurée a maintenu que le choix de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire allait à l'encontre de l'arrêt rendu par la juridiction cantonale ordonnant la réalisation d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et rhumatologie et que ce choix était par ailleurs inopportun compte tenu des atteintes à la santé en cause. Cela étant, l'intéressée a invité l'office à rendre, le cas échéant, une décision sujette à recours. Le 7 juin 2021, l'OAI a adressé le courrier suivant à l'assurée : « (...) Votre courrier du 31 mai 2021 par lequel vous contestez l'ajout d'un volet de médecine interne à l'expertise bidisciplinaire demandée par le Tribunal cantonal a retenu notre meilleure attention. Nous relevons en premier lieu que si le jugement évoque en effet une expertise bidisciplinaire regroupant les volets rhumatologique et psychiatrique, il précise également que les experts sont libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, notamment d'un

neurochirurgien ou d'un radiologue, et laisse donc clairement la possibilité d'ajouter d'autres disciplines à l'expertise demandée. D'autre part, conformément à l'art. 72bis RAI, les expertises comportant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par convention, et l'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire ; dans ces conditions, l'éventuel ajout d'une discipline (que vous soulignez vous-mêmes dans votre lettre du 25 mai 2021) serait impossible dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, non attribuée de manière aléatoire à un centre d'expertises conventionné. En outre, le Tribunal évoque expressément une expertise bidisciplinaire, donc avec évaluation consensuelle, et non deux expertises séparées ; en référence à la liste de médecins que vous citez dans votre courrier du 10 mai dernier, il ne nous serait ainsi de toute manière pas possible de mandater deux médecins qui ne travailleraient pas en tandem. Concernant la discipline que nous avons ajoutée, nous précisons que le fait de désigner un expert de médecine interne dans une expertise pluridisciplinaire n'est pas forcément lié à la présence d'une atteinte relevant spécifiquement de cette discipline médicale. Dans une expertise pluridisciplinaire, le médecin interniste est en général chargé de préparer le travail d'expertise pour ses collègues, puis d'en faire la synthèse. Il est également garant de l'approche consensuelle entre les experts de différentes spécialités, ce qui est particulièrement important en présence de pathologies somatiques et psychiatriques. Enfin, nous rappelons que l'autorité de choses jugées concerne formellement le dispositif d'un jugement, et non ses considérants. Compte tenu de ce qui précède, nous maintenons notre demande d'expertise médicale pluridisciplinaire associant la psychiatrie, la rhumatologie et la médecine interne. Si votre cliente souhaite obtenir une décision incidente, sujette à recours, de maintien de ces trois disciplines, nous vous remercions de nous le faire savoir d'ici au 18 juin 2021. Passé ce délai et sans nouvelles de votre part, nous considérerons que notre assurée accepte le principe d'une expertise pluridisciplinaire et insérerons donc à nouveau son dossier sur la plateforme informatique attribuant de manière aléatoire les expertises aux centres d'expertises conventionnés avec l'OFAS. (...) » Par courrier du 18 juin 2021, l'assurée a contesté la position de l'OAI et requis formellement le prononcé d'une décision incidente sujette à recours. Elle a allégué que le renvoi opéré par la juridiction cantonale portait sur la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, en rhumatologie et psychiatrie ; le fait que les experts puissent s'adjoindre les services d'un neurochirurgien ou d'un radiologue s'ils le désiraient ne remettait pas en cause le fait qu'il s'agissait d'une expertise bidisciplinaire, les éventuels autres spécialistes intervenant sous la responsabilité des experts désignés. Selon elle, les juges cantonaux n'avaient pas inclus de volet de médecine interne. Du reste, l'office admettait l'absence de justification médicale à un volet de médecine interne. Enfin, deux experts étaient tout à fait à même de discuter consensuellement de leurs conclusions et d'émettre une évaluation consensuelle. Par décision incidente du 30 juin 2021, l'OAI a maintenu la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en médecine interne, psychiatrie et psychothérapie et rhumatologie. E. Par acte du 1<sup>er</sup> septembre 2021, la recourante, par l'intermédiaire de l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation, à ce qu'ordre soit donné à l'OAI de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie, avec la possibilité pour les experts de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste notamment en neurochirurgie ou en radiologie et à ce qu'ordre soit donné à l'OAI de se prononcer sur les noms des experts communiqués. Elle a allégué que

l'OAI ne pouvait pas décider de mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire sans violer l'autorité de chose jugée de l'arrêt du 22 mars 2021, celui-ci ayant clairement énoncé qu'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie devait être réalisée. Elle a ajouté qu'elle ne souhaitait pas se plier à une expertise en médecine interne qu'elle ne jugeait pas utile et qu'un tel procédé la privait de surcroît de son droit à participer à la désignation des experts. Par réponse du 6 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours. En droit : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaques par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent. La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; art. 74 al. 4 let. a et 75 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1). b) Selon la jurisprudence, l'assuré qui, faute de consensus, entend contester la mise en œuvre d'une expertise médicale satisfait en principe aux conditions de l'intérêt digne de protection et du préjudice irréparable nécessaires pour pouvoir déférer l'affaire auprès du tribunal cantonal des assurances sociales compétent pour en connaître (ATF 139 V 339 consid. 4.4 ; 138 V 271 consid. 1 et 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.7). Tel est le cas en l'occurrence. Pour le reste, le recours a été déposé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales [cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA]) auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. En l'espèce, le litige porte uniquement sur la question de savoir si l'expertise administrative doit comprendre un volet de médecine interne, en sus des volets rhumatologique et psychiatrique. 3. a) La recourante fait tout d'abord valoir que la décision de l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire viole l'autorité de chose jugée de l'arrêt du 22 mars 2021, celui-ci ne prévoyant qu'une expertise bidisciplinaire en rhumatologie et psychiatrie. b) Lorsqu'un jugement n'a pas fait l'objet d'un recours dans le délai utile, il entre en force et acquiert autorité de chose jugée. Il devient exécutoire (art. 54 al. 1 LPGA, par renvoi de l'art. 62 al. 2 LPGA). L'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif du jugement, à l'exclusion des considérants, à moins que le dispositif y renvoie. La partie intimée à qui la cause est renvoyée pour nouvelle décision ne peut pas se fonder sur des motifs que le tribunal a expressément ou implicitement rejetés. De même, le tribunal est-il lié par ses précédents considérants si, après un jugement de renvoi, il est saisi d'un nouveau recours dans la même cause (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 122 ad art. 61 LPGA, avec les références). En principe, seul le dispositif d'un jugement (cantonal) est revêtu de l'autorité de chose jugée. Toutefois, lorsque le dispositif se réfère expressément aux considérants, ceux-ci acquièrent eux-mêmes la force matérielle. Ainsi, lorsque l'autorité

judiciaire (cantonale) rend un jugement dont le dispositif prévoit que la décision attaquée est annulée et l'affaire renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants, cette dernière est liée par la motivation juridique de l'arrêt de renvoi relative à l'objet du litige (ATF 120 V 233 consid. 1a et les références ; ATF 137 I 327 consid. 1.3). c) En l'espèce, le chiffre II du dispositif de l'arrêt du 22 mars 2021 renvoie expressément aux considérants et il y a ainsi lieu de s'y référer. Selon le considérant 7b), « il se justifie de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire, regroupant les volets rhumatologique et psychiatrique, étant précisé que les experts sont libres de s'adjoindre les services d'un autre spécialiste, notamment l'avis d'un neurochirurgien, voire d'un radiologue ». L'interprétation littérale et légale du considérant litigieux ainsi que du dispositif ne permet aucune autre interprétation que de donner à l'autorité chargée de l'instruction la possibilité de s'adjoindre les services de tout spécialiste autre qu'un rhumatologue ou un psychiatre qu'elle jugerait utiles. Ainsi, la force jugée de l'arrêt ne fait pas obstacle à un volet de médecine interne. 4. La recourante allègue ensuite qu'elle serait privée de la possibilité de participer à la désignation des experts si une expertise pluridisciplinaire devait être mise en œuvre. a) aa) D'après l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur 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). Par expert au sens de l'art. 44 LPGA, il faut comprendre celui qui (en tant que sujet mandaté) effectue une expertise et en porte la responsabilité. Il s'agit d'une part du sujet qui est mandaté pour l'expertise et, d'autre part, de la personne physique qui élabore l'expertise (ATF 132 V 376 consid. 6.1). La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation (art. 44, deuxième phrase, LPGA ; Hans-Jakob Mosimann, Gutachten : Präzisierungen zu Art. 44 ATSG, RSAS 2005 p. 479). Cette communication doit de plus avoir lieu suffisamment tôt pour que l'assuré soit en mesure de faire valoir ses droits de participation avant le début de l'expertise en tant que telle. En particulier, lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert, l'organe de l'assurance-invalidité doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise (ATF 132 V 376 consid. 8.4, qui porte en particulier sur la communication du nom des médecins en cas d'expertise auprès d'un Centre d'observation médicale [COMAI] ; ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_228/2011 du 10 août 2011 consid. 3.1 et les arrêts cités). En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (TF 9C\_449/2013 du 23 août 2013 consid. 1.2). bb) Aux termes de l'art. 72bis RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans un premier temps, l'OAI communique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, les disciplines médicales prévues ainsi que le catalogue des questions qu'il entend

soumettre aux experts. L'assuré peut soulever des objections contre le principe de l'expertise, les disciplines médicales prévues et présenter des questions supplémentaires. Le mandat d'expertise est ensuite déposé sur la plateforme informatique SuisseMED@P, laquelle procède à l'attribution du mandat d'expertise pluridisciplinaire à l'un des centres d'expertises médicales agréés par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) selon le principe de l'assignation aléatoire. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'OAI communique à l'assuré le nom du centre chargé de l'expertise et l'identité des experts. L'assuré peut alors formuler des objections de nature formelle ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2). Si l'OAI ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objections de l'assuré, il rend une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances ou du Tribunal administratif fédéral dans laquelle il indique les disciplines médicales prévues, le nom des experts désignés et les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 28 ad art. 44 LPGA). Ce modèle d'attribution est destiné à neutraliser les craintes générales de dépendance et de partialité découlant des conditions-cadres du système d'expertise (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2.1). En raison de ces règles de procédure, il n'y a pas de place pour une nomination consensuelle des experts dans les expertises polydisciplinaires. Si une désignation consensuelle des experts devait être régulièrement envisagée/recherchée, cela établirait à nouveau une sélection du centre d'expertise axée sur le résultat, ce que le principe de l'aléatoire consacré par l'art. 72bis al. 2 RAI vise précisément à empêcher (ATF 140 V 507 consid. 3.2 ; TF 9C\_344/2020 du 22 février 2021 consid. 4.2.3). En effet, à l'ATF 139 V 349, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était conforme au droit de limiter l'attribution des mandats d'expertise selon le principe aléatoire – tel que requis depuis l'ATF 137 V 210 pour les mandats d'expertises médicales confiées à un COMAI – aux expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales selon l'art. 72bis RAI (consid. 2.2 et 5.4). Il a relevé que pour les expertises médicales mono- et bidisciplinaires qui n'étaient pas attribuées selon le principe aléatoire (consid. 4.2), l'incombance (Obliegenheit) de l'Office AI et de la personne assurée de s'efforcer d'aboutir à une désignation consensuelle de l'expert ou des experts prenait une importance particulière et que, lorsqu'il entendait confier une telle expertise à un COMAI, l'Office AI avait l'obligation d'entreprendre cette procédure de désignation consensuelle (consid. 5.4). Au vu de l'ATF 139 V 349, il faut considérer que la désignation consensuelle d'un expert ne constitue pas un droit pouvant être déduit en justice, dès lors qu'il s'agit d'une simple incombance et non d'une obligation, et que le caractère obligatoire de la procédure de désignation consensuelle se limite aux cas dans lesquels l'Office AI souhaite confier une expertise mono- ou bidisciplinaire à un COMAI. b) En l'espèce, la recourante estime que la mise en œuvre de l'expertise ordonnée par l'arrêt cantonal du 22 mars 2021 doit intervenir de manière consensuelle et propose, dans ce sens, le nom de différents spécialistes. Elle considère que la manière de procéder de l'OAI – mise en place d'une expertise pluridisciplinaire et donc du système prévu à l'art. 72bis RAI – la priverait de la possibilité de participer au choix des experts. Or, si la personne assurée peut certes refuser de se soumettre à des examens médicaux ou techniques qui ne sont pas nécessaires ou qui ne peuvent raisonnablement être exigés (cf. art. 43 al. 2 LPGA), elle ne saurait en revanche dicter à l'administration la façon dont elle doit instruire le cas, c'est-à-dire lui indiquer les actes d'instruction qu'elle doit accomplir ou ceux dont elle doit s'abstenir (TF 9C\_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 7). De plus, l'assurée ne saurait se prévaloir d'un droit à la

mise en œuvre d'une expertise sur une base consensuelle, celui-ci ne pouvant être déduit en justice (cf. ATF 139 V 349). Partant, son grief doit être rejeté. 5. La recourante fait enfin valoir que le volet de médecine interne est inutile et qu'elle ne souhaite pas se plier à une expertise dans ce domaine. a) L'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). 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). Sont considérés comme nécessaires tous les moyens de preuve qui permettent d'établir les faits pertinents pour l'application du droit. Si l'assureur dispose à cet égard d'un large pouvoir d'appréciation dans le choix des mesures d'instruction qu'il souhaite mettre en œuvre, il n'est pas habilité à ordonner n'importe quel moyen de preuve. Il doit veiller à agir de manière objective et impartiale, en gardant à l'esprit l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance. Ainsi, l'assureur n'est pas autorisé à recueillir un nouvel avis (« second opinion ») sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque les conclusions de celle-ci ne lui conviennent pas (Jacques Olivier Piguet, op. cit., n° 10 ad art. 43 LPGA). b) En l'occurrence, la situation médicale de la recourante doit être examinée dans sa globalité en tenant compte des interactions entre ses différentes atteintes, ainsi que de ses ressources. Elle présente en effet des atteintes complexes, à la fois somatiques et psychiques, ainsi que différents troubles (sommeil p. ex.) et syndromes douloureux, de sorte que la mise en œuvre d'un volet de médecine interne paraît adéquate non seulement pour aider à la synthèse des expertises rhumatologique et psychiatrique mais également pour examiner l'ensemble des troubles que présente l'assurée et qui sortent des autres domaines plus spécialisés. Ainsi, la mesure d'instruction en cause est nécessaire et peut être raisonnablement exigée. Au demeurant, la recourante ne fait valoir aucune circonstance mettant en doute le caractère exigible de la mesure. On peut ajouter que l'assurée elle-même avait requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet de médecine interne dans son acte de recours, ainsi que dans ses déterminations (cf. acte de recours du 9 décembre 2019 et déterminations du 11 août 2020). Enfin, il convient de préciser, au surplus, que l'arrêt du 22 mars 2021 prévoyait que les experts pourraient s'adjoindre les services d'un autre spécialiste et citait comme exemple un neurochirurgien ou un radiologue. Ainsi, cette possibilité laissée à l'OAI de prévoir plus que deux disciplines impliquait la mise en œuvre potentielle d'une expertise pluridisciplinaire respectant les droits de participation selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. 6. a) Vu ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). La présente procédure est onéreuse dès lors que le litige au fond a trait à une telle contestation (ATF 133 V 441 ; TF 9C\_905/2007 du 15 avril 2008). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté II. La décision incidente rendue le 30 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_. IV. 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 : ■ Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (pour B.\_\_\_\_\_), ■ 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.