

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 931 vom 16. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__931

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 931 du 16 janvier 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 931 del 16 gennaio 2017

Regeste

RÉCUSATION, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, SIGNATURE, RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, OBSERVATION DU DÉLAI, INTERPRÈTE, FORCE PROBANTE, FIBROMYALGIE, ENQUÊTE{EN GÉNÉRAL}, TENUE DU MÉNAGE | 29 al. 1 Cst., 29 al. 2 Cst., 28 LAI, 17 LPGA, 36 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation. Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). En outre, le juge n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 138 IV 81 consid. 2.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). b) Dans la décision contestée, l'OAI a refusé à la recourante le droit à des prestations d'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente et à une mesure de reclassement. Dans la mesure où la recourante ne remet pas en question le refus d'une mesure de reclassement dans son recours, le présent litige porte seulement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 3

En premier lieu, la recourante fait valoir des griefs d'ordre formel. Elle considère que la gestionnaire de dossier à l'origine du projet de décision a fait preuve d'a priori à son égard pendant l'instruction et que l'objectivité fait défaut dans la mesure où elle est restée en charge de la décision après le dépôt des objections. La recourante se prévaut par ailleurs de l'art. 5 let. b RLOAI (règlement d'application du 3 décembre 1993 de la loi du 14 septembre 1993 instituant l'office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud ; RSV 831.01.1), lequel confère au directeur de l'OAI la compétence de traiter avec les

assurés, pour soutenir que la décision aurait dû être signée par le directeur. Enfin, elle invoque implicitement une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où elle reproche à l'OAI de ne s'être prononcé sur aucun des éléments qu'elle a présentés dans ses objections.

a) aa) La récusation en procédure administrative est réglée par l'art. 36 LPGA, qui prévoit que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues (al. 1). Si la récusation est contestée, la décision est rendue par l'autorité de surveillance ; s'il s'agit de la récusation d'un membre d'un collège, la décision est rendue par le collège en l'absence de ce membre (al. 2). Le droit à un procès équitable, ancré à l'art. 29 al. 1 Cst., permet notamment d'exiger la récusation des membres d'une autorité administrative dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur leur indépendance ou leur impartialité ; il tend à éviter que des circonstances extérieures à l'affaire ne puissent influencer une décision en faveur ou au détriment de la personne concernée. La récusation peut s'imposer même si une prévention effective du membre de l'autorité visée n'est pas 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. Cependant, seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions purement individuelles d'une des personnes impliquées ne sont pas décisives (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 127 I 196 consid. 2b ; 125 I 119 consid. 3b et réf. citées). De manière générale, les dispositions sur la récusation sont moins sévères pour les membres des autorités administratives que pour les autorités judiciaires. Contrairement à l'art. 30 al. 1 Cst. applicable à la procédure judiciaire, l'art. 29 al. 1 Cst. n'impose pas l'indépendance et l'impartialité comme maxime d'organisation. En règle générale, les prises de positions qui s'inscrivent dans l'exercice normal des fonctions gouvernementales, administratives ou de gestion, ou dans les attributions normales de l'autorité partie à la procédure, ne permettent pas, dès lors que l'autorité s'exprime avec la réserve nécessaire, de conclure à l'apparence de la partialité et ne sauraient justifier une récusation, au risque sinon de vider de son sens la procédure administrative. Tel est plus particulièrement le cas lorsque l'autorité, dans le but d'inviter le justiciable à se déterminer dans le cadre de son droit d'être entendu, émet un avis provisoire sur le sort du litige (ATF 137 II 431 consid. 5.2 ; 125 I 119 consid. 3f ; voir également TF 2C_831/2011 du 30 décembre 2011 consid. 3.2). De même, une partie ne peut pas justifier le devoir de récusation d'une personne au seul motif que cette personne a, dans une procédure antérieure, pris une décision à son détriment ou contribué à une prise de décision antérieure la concernant (cf. ATF 114 Ia 278 consid. 1 ; TF 2C_794/2011 du 22 décembre 2011 consid. 3.2). Une autorité, ou l'un de ses membres, a en revanche le devoir de se récuser lorsqu'elle dispose d'un intérêt personnel dans l'affaire à traiter, qu'elle manifeste expressément son antipathie envers l'une des parties ou s'est forgée une opinion inébranlable avant même d'avoir pris connaissance de tous les faits pertinents de la cause (cf. art. 36 al. 1 LPGA et 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] ; voir TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 5.2 et réf. citées).

bb) En l'occurrence, s'agissant d'éventuels motifs de récusation à l'égard de la gestionnaire de dossier survenus en cours d'instruction, il appartenait à la recourante de les soulever en temps utile devant l'OAI (sur la notion « d'autorité de surveillance » de l'art. 36 al. 2 LPGA, cf. TF U 302/05 du 30 août 2006 consid. 3.2 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3 e éd., 2015, ad art. 36 p. 518ss). En outre, la LPGA et la LAI, de même que leurs dispositions d'application, n'imposent pas la récusation d'office de l'auteur d'un projet de

décision en cas de contestation de cet acte. Au contraire, selon la jurisprudence, le seul fait d'émettre un avis provisoire sur le sort du litige n'est pas une circonstance de nature à fonder une apparence de prévention. Il n'y avait donc aucune raison justifiant que la gestionnaire de dossier se dessaisisse de l'affaire suite aux objections formulées par la recourante contre le projet de décision. Pour le surplus, la recourante ne présente aucun motif objectif de récusation à l'encontre de la gestionnaire de dossier. Elle se contente d'affirmer que celle-ci a fait preuve d'a priori à son égard lors de l'instruction sans toutefois citer d'éléments concrets. Les pièces du dossier ne font par ailleurs pas ressortir de circonstances susceptibles de fonder une apparence de prévention de la part de la gestionnaire de dossier. Ce grief doit dès lors être écarté.

b) S'agissant de la validité de la signature apposée sur la décision attaquée, il faut constater que ni la LPGA, ni la LAI, ni leurs dispositions d'application, y compris la législation cantonale, n'imposent un mode de signature particulier pour les décisions formelles. On ne saurait par ailleurs déduire de la teneur de l'art. 5 RLOAI que seul le directeur de l'OAI a qualité pour signer les décisions formelles. En effet, cette disposition a pour seul but de distinguer les attributions du directeur de l'OAI de celles du conseil de l'OAI. La Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) établie par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) renvoie à la Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC (CCONT) pour ce qui concerne la signature de décisions et de communications (cf. ch. 3002 p. 59 CPAI [état au 1^{er} janvier 2016]). La CCONT prévoit que la décision doit être, d'une manière générale, signée par la personne qui est habilitée à représenter l'organe d'exécution, étant précisé qu'on peut renoncer à cette signature s'il s'agit de décisions de cotisations établies sur des formules préimprimées ou à l'aide d'un ordinateur ou s'il s'agit de décisions concernant l'octroi de prestations d'assurance établies à l'aide d'un ordinateur (ch. 1007 CCONT [état le 1^{er} avril 2013]). Cette réglementation a été jugée conforme à la loi et à la jurisprudence en matière de signature (ATF 112 V 87). Le Tribunal fédéral a laissé ouverte la question de savoir si l'observation d'instructions administratives qui exigent expressément une signature ne représente qu'une violation de prescriptions d'ordre ou si la validité de l'acte juridique est, par là, mise en question par principe, de la même manière que là où la loi exige non seulement la forme écrite, mais encore la signature (ATF 105 V 248 consid. 4b, in RCC 1980 p. 164). Quoi qu'il en soit, le défaut de la signature exigée ne conduit en principe pas à la nullité de la décision, mais tout au plus à son annulabilité (cf. ATF 138 II 501 consid. 3.1 et 131 V 483 consid. 2.3.1 ; TF 1P.330/2000 du 12 décembre 2000 consid. 3b, partiellement publié in ATF 127 I 44). En l'occurrence, il n'y a pas lieu de douter que la gestionnaire de dossier en charge du cas de l'assurée était habilitée à signer la décision attaquée au nom de l'OAI au sens des circulaires précitées. Il faut de plus constater qu'elle a apposé sa signature manuscrite non seulement sur la décision du 4 août 2015, mais également sur la motivation qui l'accompagnait. Au demeurant, la recourante ne fait pas valoir qu'elle aurait subi un préjudice en relation avec la notification de cette décision (cf. ATF 122 I 97 consid. 3a/aa et TF U 68/02 du 14 avril 2003 consid. 1), si bien qu'il n'y a aucune raison de remettre en cause la validité de celle-ci.

c) S'agissant du fait que l'OAI ne s'est pas exprimé sur les objections formulées par la recourante au projet de décision du 16 avril 2015, il faut rappeler que les exigences de motivation découlant du droit d'être entendu, garanti à l'art. 29 al. 2 Cst., n'impliquent pas l'obligation pour l'autorité, respectivement le juge, d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais ceux-ci peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige. L'autorité qui rend la

décision doit ainsi mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 138 IV 81 consid. 2.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Or il faut constater que l'OAI a clairement exposé dans la décision attaquée les motifs qui l'ont conduit à nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et qu'il n'avait pas l'obligation de confronter chacun des arguments avancés par celle-ci. On ne saurait dès lors y voir une violation du droit d'être entendu de la recourante. d) En l'absence de vices formels, il convient de passer à l'examen matériel du cas et d'examiner si c'est à juste titre que l'OAI a refusé à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

E. 4

a) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. c) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 130 V 71 consid. 2.2 ; 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3 ; 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 109 V 108 consid. 2b ; 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2). Cela revient à examiner par analogie avec l'art.

17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

E. 5

a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et réf. cit.). b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et

de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3). c) Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b p. 20), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et références citées).

E. 6

La recourante invoque de nombreux arguments d'ordre formel à l'encontre de l'expertise réalisée par le N._____. a) Tout d'abord, elle remet en cause l'indépendance des médecins du N._____ en raison des liens de cette institution avec l'OAI. Dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a introduit le principe du hasard dans l'attribution des mandats d'expertise et estimé nécessaire d'améliorer les exigences de qualité et de contrôle des centres d'expertise et d'élargir les droits de participation des parties. L'art. 72 bis RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012, prévoit désormais que les expertises pluridisciplinaires sont confiées, par le biais d'une attribution aléatoire des mandats, à des centres d'expertises médicales également appelés Centres d'observation médicale de l'AI (COMAI), qui sont liés à l'OFAS par convention cadre. Le N._____ est l'un des six centres d'expertises de Suisse romande qui avait conclu un tel contrat avec l'OFAS en 2014 (cf. SuisseMED@P, Rapport 2014, p. 5). La recourante n'expose pas en quoi les garanties de procédure mises en place par l'ATF 137 V 210 n'auraient pas été respectées. En outre, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que le fait qu'un médecin ou un COMAI se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3). b) La recourante estime que le délai de reddition de l'expertise a été trop long. La convention cadre qui lie l'OFAS aux différents centres d'expertise prévoit à son art. 6 let. b un délai calendaire de 110 jours pour l'établissement d'une expertise. Le manuel SuisseMED@P, qui fait partie intégrante de cette convention (cf. art. 2 de la convention), précise que ce délai commence à courir à réception du dossier par le COMAI et s'achève à la date d'envoi du rapport d'expertise à l'OAI. Il est vrai qu'en l'espèce, le délai de 110 jours a été dépassé, le N._____ ayant reçu le dossier de l'assurée le 30 juillet 2014 et ayant rendu son rapport d'expertise le 20 mars 2015. La recourante ne peut toutefois tirer aucun argument de ce retard. D'une part, elle n'est pas partie à la convention, laquelle règle expressément les conséquences du non-respect de ce délai par un COMAI et ne confère aucune compétence à la Cour des assurances sociales, mais réserve le règlement des litiges par le tribunal arbitral cantonal. D'autre part, la recourante ne démontre pas, dans le cas particulier, l'existence d'une perte d'informations consécutive à la durée du délai de reddition de l'expertise. c) Rappelant son manque de maîtrise de la langue française, la recourante soutient que le rapport d'expertise ne permet pas de vérifier si un interprète a effectivement été présent et reproche au

N._____ d'avoir refusé que son mari l'accompagne lors des examens. Selon la jurisprudence (cf. par exemple TF 9C_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5.1 ; 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1), il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète ; le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Les Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité éditées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (ci-après : les lignes directrices), qui font office de standard en la matière (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2.2), excluent en principe la présence de tiers durant une expertise psychiatrique, hormis celle d'un interprète professionnel (cf. ch. 3 p. 12ss des lignes directrices, dans leur version de février 2012). Le recours à des proches pour fonctionner en tant qu'interprète est en principe exclu (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2.4 et 3.3.1 ; lignes directrices p. 14). En l'occurrence, un interprète a été sollicité par le N._____ et a fonctionné à ce titre comme cela ressort du rapport d'expertise, qui mentionne la présence d'un traducteur sur la page de garde et indique dans la partie « Status psychique » (p. 16) comment la recourante a réagi face à ce dernier. Certes, celle-ci a dans un premier temps exprimé de la réticence à l'égard de cet interprète, pour finalement l'accepter. L'absence de mention du nom de l'interprète et de son coût est sans incidence. Pour le surplus, la recourante n'a pas soulevé de motifs de récusation à son égard en temps voulu. Par ailleurs, elle ne fait pas la démonstration d'une erreur dans l'expertise résultant d'un problème de traduction. Selon les lignes directrices, l'investigation proprement dite se déroule avec la personne expertisée seule, en dehors de cas exceptionnels dûment motivés. Dans le cas présent, l'exclusion du mari de la recourante s'imposait à l'évidence, que ce soit comme accompagnant ou interprète, en raison de l'influence consciente ou inconsciente qu'est susceptible d'exercer la présence d'un conjoint sur l'autre, de l'existence d'une éventuelle relation de dépendance et enfin du risque d'une traduction non objective ou orientée. d) La recourante taxe les experts de partialité, mesquinerie et xénophobie. Selon la jurisprudence, un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA). Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité; TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1). En l'espèce, la recourante ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de remettre en cause la partialité des experts du N._____, la seule mention des termes « une assurée égyptienne » ou d'un époux « compatriote égyptien » alors qu'elle a acquis la nationalité suisse n'est en l'espèce à l'évidence pas significative d'une prévention raciale. Il s'agit, replacée dans son contexte, d'une erreur rédactionnelle, au demeurant sans conséquence sur la valeur de l'expertise. Il convient par conséquent d'écarter le grief soulevé par la recourante. e) Celle-ci critique également l'absence d'informations quant à la séance interdisciplinaire des experts et à la relecture du rapport d'expertise. Ce qui est déterminant à cet égard c'est que la synthèse et la discussion soient présentes dans le rapport d'expertise (cf. consid. 5b supra sur les

réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante). Les experts ne sont pas astreints à présenter un relevé temporel de leurs opérations et le fait que des informations détaillées à ce sujet ne figurent pas n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. De même, le médecin en charge de la relecture n'intervient pas en qualité d'expert, de telle sorte que l'omission de son identité est sans conséquence. S'agissant des griefs d'ordre rédactionnel soulevés par la recourante, ils sont sans pertinence, étant par ailleurs précisé qu'il est normal que le rapport d'expertise mette en évidence les déclarations de l'assurée puisqu'il doit tenir compte des plaintes de la personne examinée et décrire de manière détaillée le contexte médical.

E. 7

Sur le fond, la recourante reproche à l'OAI de s'être basé sur les conclusions de l'expertise et de ne pas avoir pris en compte celles de ses médecins-traitants ni les résultats de ses stages professionnels. En l'occurrence, l'assurée ayant déposé une nouvelle demande de prestations AI, il s'agit de déterminer si son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision du 14 juin 2010, laquelle reposait, sur le plan somatique, sur l'examen clinique rhumatologique du SMR du 4 novembre 2009. a) Contrairement à ce que la recourante invoque, il faut constater que l'expertise du N. _____ est concluante et répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. S'agissant en particulier des incohérences intrinsèques à l'expertise que la recourante fait valoir, elles concernent les observations des experts en rapport avec son comportement lors de l'examen, lesquelles peuvent diverger sensiblement des plaintes qu'elle émet, sans que la valeur probante de l'expertise ne soit remise en cause. b) Sur le plan somatique, il faut constater que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, l'assurée n'a produit aucun rapport d'un médecin rhumatologue ou neurologue attestant d'une aggravation de son état de santé. L'expertise retient le diagnostic de tendinopathie chronique du sus-épineux gauche et indique également la présence de dégénérescences discovertébrales lombaires, qui ne dépassent toutefois pas ce qu'on observe dans la norme chez des personnes asymptomatiques de son âge. La comparaison de l'expertise avec l'examen clinique du SMR de novembre 2009 ne révèle pas d'aggravation, ce que les experts constatent également. Le rapport de la fondation W. _____ est certes pessimiste. Il ne démontre cependant pas une incapacité de travail mais relève une diminution de rendement en raison des douleurs, lesquelles sont alléguées par la recourante mais pas objectivées par les responsables de stages. Leur seule observation sur ce point se rapporte à la tolérance de la position assise avec néanmoins la nécessité de se lever régulièrement. Or, parmi les limitations fonctionnelles énumérées dans le rapport SMR du 4 novembre 2009 figurait notamment le fait pour l'assurée de ne pas pouvoir rester assise plus d'une heure d'affilée. Dans le rapport d'expertise, les experts ont estimé que les discrets troubles dégénératifs lombaires ne permettaient pas de fixer une limitation fonctionnelle avec certitude et retenaient que la recourante devait si possible éviter les travaux physiquement lourds ou contraignants pour le dos. Il en résulte que l'état de santé de la recourante en relation avec ses lombalgies ne s'est pas aggravé, voire apparaît s'être amélioré en ce qui concerne les limitations fonctionnelles. En ce qui concerne les céphalées dont la recourante se plaint, les experts retiennent que leur durée et leur fréquence ne justifient pas une incapacité de travail. Parmi les documents produits par l'assurée, seul le rapport médical du Dr X. _____ évoque une suspicion de migraine, sans toutefois attester de la présence régulière de céphalées ou d'une incapacité de travail y relative. Il faut au contraire relever que lors de l'expertise, l'assurée a indiqué souffrir de céphalées à raison de plusieurs épisodes par mois,

lesquelles étaient cependant bien calmées par un traitement d'Aspégic. En outre, cette atteinte à la santé n'est pas nouvelle. Les rapports médicaux des Dr R. _____ et S. _____ des 11 mai 2009 et 3 avril 2010, produits dans le cadre de la première demande de prestations AI, faisaient déjà état chez l'assurée de céphalées d'origine mixte, tensionnelle et migraineuse. En mars 2013, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil a été diagnostiqué chez l'assurée. Un traitement par appareillage n'a toutefois pas pu être mis en place en raison d'une sensation immédiate d'étouffement de nature « claustrophobique ». Il faut constater que les apnées du sommeil diagnostiquées sont de sévérité moyenne et que les rapports médicaux produits ne font pas état de conséquences fonctionnelles ni d'une diminution de la capacité de travail consécutive à celles-ci. Dans son recours, l'assurée fait valoir qu'elle souffre d'une fatigue importante qui influe sur sa capacité de travail et l'oblige à faire la sieste. Aucun document médical n'a toutefois été produit à ce sujet. De plus, on peut rappeler à la recourante son obligation de réduire le dommage, laquelle implique l'obligation de se soumettre aux traitements médicaux existants. En effet, selon la jurisprudence (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références ; TF I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 7), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Le rapport médical du 18 octobre 2015 est quant à lui irrecevable dans le cadre de la présente procédure puisqu'il se rapporte à des faits postérieurs à la décision attaquée et ne comporte aucune mention d'une atteinte incapacitante antérieure à cette décision. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative, à moins d'être étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. b) Sur le plan psychique, à l'exception du trouble obsessionnel compulsif, l'expertise décrit, parfois sous une formulation différente, les mêmes plaintes et relations d'événements par la recourante que le rapport de la Dresse J. _____, mais aboutit à des diagnostics différents. L'expert pose celui d'accentuation de traits de la personnalité, notamment dépendante, là où le psychiatre traitant diagnostique un trouble de la personnalité dépendante. La Dresse J. _____ pose le diagnostic de phobie sociale et de claustrophobie, se référant à des crises d'angoisse à type d'attaque de panique avec phénomène de dépersonnalisation. Des épisodes de crises de panique sont également mentionnés par le Dr X. _____ et la physiothérapeute H. _____ dans leurs rapports médicaux. L'expert, quant à lui, retient un état anxieux d'intensité légère, fluctuante en lieu et place de la phobie sociale et de la claustrophobie, en expliquant que s'il existe certaines manifestations neurovégétatives, elles ne revêtent pas les caractéristiques de véritables crises de panique. Selon lui, l'évitement social n'est pas significatif d'une véritable phobie sociale, ni d'inhibition de principe mais la résultante du contexte socio-culturel. S'agissant du trouble obsessionnel compulsif, l'expert ne l'a selon toute évidence pas observé à la faveur de son examen, ni d'ailleurs les responsables du stage aux W. _____. La Dresse J. _____ mentionne à ce sujet que l'assurée lui a signalé des rituels de lavage avec plusieurs épisodes dans la journée. A priori, même avérée, cette affection ne serait pas incapacitante vu sa nature. Cela étant, les diagnostics du médecin traitant et de l'expert ne s'avèrent pas contradictoires. Il s'agit

simplement de l'appréciation, différente, exprimée en termes de diagnostic, d'une situation identique. Enfin, le psychiatre traitant ne fait aucune mention d'une incapacité de travail en relation avec les diagnostics posés. Elle se réfère uniquement au contenu du rapport de stage, selon lequel l'assurée pourrait exercer une activité à 40 % dans un atelier adapté. Au vu de l'ensemble de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert, à savoir que la recourante ne présente aucune incapacité de travail psychique. c) L'expertise mentionne en outre l'existence d'une fibromyalgie, précisant que l'assurée présente tous les points de cette maladie. Les experts retiennent ainsi le diagnostic, non incapacitant, de fibromyalgie dans le cadre d'un trouble somatoforme. Ils précisent cependant que ce diagnostic n'est pas évident en raison de l'absence d'annonce de douleurs diffuses intéressant autant la ceinture scapulaire que pelvienne. aa) Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 p. 291 ss et 3.5 p. 294) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4 p. 296). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. bb) En l'occurrence, l'expertise met en évidence une discordance entre les plaintes annoncées et l'absence de difficulté apparente à la mobilisation du membre supérieur gauche ainsi que l'absence de comportement algique spontané. L'expert en médecine interne relève en outre clairement le manque de collaboration de la recourante, précisant que celle-ci procède à des blocages antalgiques, par moments à des lâchages, mouvements de retrait, grimaces et interposition de ses mains sous la main de l'expert. L'assurée est décrite comme collaborante, mais assez démonstrative par l'expert neurologique. Celui-ci estime que les différentes plaintes de la patiente restent de signification très douteuse sur le plan fonctionnel. Il précise que l'examen des capacités fonctionnelles corrobore l'impression clinique, à savoir que la recourante présente des autolimitations ainsi qu'une tendance à surcharger ses plaintes et qu'il existe une discordance entre les capacités fonctionnelles résiduelles qu'elle mentionne et la réalité objective. L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'un motif d'exclusion au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2.2 de l'ATF 141 V 281). Dès lors, il se justifie de suivre les conclusions de l'expertise, selon lesquelles le diagnostic de fibromyalgie, respectivement de trouble somatoforme douloureux, n'a pas un caractère invalidant. d) Au vu de ce qui précède, on ne saurait reprocher à l'OAI d'avoir suivi les conclusions de l'expertise, étant rappelé que les facteurs psycho-sociaux ou socio-culturels ne relèvent pas

de l'assurance-invalidité et ne peuvent justifier une incapacité de travail au sens de cette assurance sociale (TF 9C_700/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.2.4.3 et la référence).

E. 8

Finally, the appellant returns to the conclusions of the household survey, invoking that she is not capable of performing household tasks, which are taken care of by her husband, her children and a household helper. It is noted that during the survey conducted on 29 March 2010, the appellant benefited already from a household helper from the Centre medico-social (CMS) for two hours per week since October 2009 (cf. p. 5 of the report of the Economic Survey of the household). It must be noted that the appellant does not bring any new element since the decision of 14 June 2010 and repeats on the contrary for the essential the same argumentation as the one she had presented against the negative decision of 22 April 2010. As for the rest, she has no reason to put in question the conclusions of this survey (on the probative value of a household survey, cf. ATF 128 V 93). The experts have also pronounced in knowledge of this survey (cf. p. 2, 6 and 7 of the expert report), they have put it in relation with the declarations of the expert (cf. p. 11 of the expert report) and also admit a disability in household activities to the extent of 30%. To these elements is added also the fact that in view of her obligation to reduce the damage, the insured person is notably required to adopt an adequate work method, to distribute her work accordingly and to request help from her relatives in a reasonable measure (ATF 133 V 504 consid. 4.2; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références). This is all the more exigible in the situation of the appellant as her husband and her children live under the same roof and as the latter have become more autonomous.

E. 9

a) In conclusion, it is on just title that the OAI has rejected the new application for invalidity pension deposited by the insured person. b) The file being complete, allowing thus to the present authority to rule in full knowledge of the facts, there is no need to order a supplementary instruction in the form of a new expert report or to hear witnesses. In effect, such measures of instruction would not be of nature to modify the considerations which precede, since the relevant facts have been established to the satisfaction of the law (on the anticipation of the assessment of the evidence cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 p. 210; ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; ATF 134 I 140 consid. 5.2 p. 147 s.; ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429).

E. 10

a) In consequence, the appeal must be rejected and the decision attacked confirmed. b) In derogation of art. 61 let. a LPGA, the procedure of appeal in matters of contestations concerning the granting or the refusal of benefits of AI before the cantonal tribunal of insurances is subject to court costs. The amount of the costs is fixed according to the charge linked to the procedure, independently of the litigious value, and must situate between 200 and 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). In the present case, the costs of procedure must be fixed at 400 fr. and be borne by the appellant, who loses. However, from the moment she has been granted the benefit of legal aid, limited to the waiver of court costs and to the advance of these costs, this amount of 400 fr. is provisionally left to the charge of the State (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable by reference of art. 18 al. 5 LPA-VD). The granting of legal aid does not free

toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires. Celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). c) Enfin, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, celle-ci ayant au demeurant agi sans l'aide d'un mandataire professionnel (61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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