

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard
Greffier : M. Bohrer

* * * * *

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 34 LTF ; 43 al. 1 et 44 LPGA ; 69 al. 1bis LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 10 août 1965, a déposé le 26 janvier 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou intimé), faisant état d'une dépression. Ingénieur informaticien [...] diplômé, il a travaillé comme chef de groupe dans l'entreprise P._____ SA du 1^{er} mai 2007 au 30 avril 2008.

La X._____ Assurances, assureur perte de gains maladie collective, a mandaté comme expert le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2008, mentionne les diagnostics d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique et de trouble mixte de la personnalité (probable). L'expert a estimé qu'au moment de l'évaluation, l'assuré présentait encore des troubles de l'humeur significatifs avec une dépression d'intensité modérée, état symptomatique justifiant la capacité de travail de 50 % et que l'évolution si elle demeurerait favorable restait lente, une reprise à 100 % ne pouvant raisonnablement intervenir que dans un délai de 2 à 3 mois (février-mars 2009).

Le 11 avril 2009, l'assuré a eu un accident de moto. Il a été transporté en ambulance à l'hôpital de [...] où il a été hospitalisé du 11 au 17 avril 2009, date de son retour à domicile. Dans leur rapport du 20 avril 2009, les Drs J._____ et P._____ ont posé les diagnostics de fracture diaphysaire du tibia droit, fracture de la malléole externe de la jambe droite, fracture de l'arc postérieur droit de C3 non déplacée et fracture de l'arc postérieur gauche de C7 non déplacée.

A la demande de la X._____ Assurances, le Dr D._____, médecin-conseil de cette assurance et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assuré le 25 septembre 2009 et établi son rapport d'évaluation le 29 septembre 2009. Il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger et de trouble mixte de la personnalité (probable).

Il a admis une incapacité de travail de 40 % lors de l'expertise et estimé qu'à partir du 16 octobre 2009, il était raisonnablement exigible que l'assuré reprenne son activité professionnelle en plein dans le métier d'ingénieur informatique qu'il exerçait précédemment.

Le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport du 21 octobre 2009, mentionne que l'évolution est lentement favorable avec le recouvrement d'une capacité de travail médico-théorique entière depuis le 19 octobre 2009 mais que l'ancienne activité d'informaticien n'est plus adaptée et risque d'entraîner une décompensation psychique vu le niveau de stress, le patient étant fortement motivé à une réadaptation professionnelle.

Le 11 décembre 2009, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il résulte notamment ce qui suit :

"Résultat de nos constatations :

- Vous exercez l'activité de "scheduling group leader".
- Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail totale depuis le 18 février 2008. C'est à cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI précité.
- A l'échéance du délai en question, soit au 18 février 2009, votre incapacité de travail est de 50%.
- Votre état de santé s'étant amélioré, la reprise de votre activité habituelle à son taux habituel est raisonnablement exigible de votre part depuis le 16 octobre 2009.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- A partir du 1^{er} juillet 2009 (6 mois après le dépôt de la demande, art. 29 LAI) jusqu'au 31 décembre 2009 (3 mois après l'amélioration de santé), le droit à la demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50% est ouvert."

Par lettre du 23 janvier 2010, l'assuré a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

"D'après les informations reçues verbalement de la part de différents interlocuteurs, je crois comprendre que le refus de la mesure de réadaptation professionnelle à mon endroit est motivé en partie par l'expertise de la X._____ Assurances, société d'assurances, que celle-ci a effectuée au cours du mois de septembre 2009.

Je n'ai pas réagi à cette expertise et aux conclusions de celle-ci car ma soeur, licenciée en droit, m'a informé qu'en général, il est inutile de recourir contre ces expertises qui n'ont d'autre but que de conclure que l'assuré est guéri, et, partant de là, arrêter bien entendu de lui verser les prestations de l'assurance perte de gain. Sachant qu'entre l'ORP et l'AI, il existait un projet de reconversion professionnelle, je n'ai pas donné suite au document reçu de la X. _____ Assurances et à ses conclusions.

A aucun moment je n'ai été informé qu'un tel document serait pris en compte pour le projet de reconversion professionnelle par l'AI. Pendant tout l'interview de l'expert de la X. _____ Assurances, je n'ai cessé de lui faire comprendre que le domaine de l'informatique était désormais du passé pour moi, et que je pourrais retravailler dans n'importe quel autre domaine à l'exception de celui-ci. A la lecture des conclusions de l'expertise, j'ai reçu un choc assez fort, puisque les conclusions étaient exactement à l'opposé de mes déclarations. Difficile d'imaginer plus de mauvaise foi de la part d'un expert dans cette affaire."

Par décision du 18 juin 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision et mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 décembre 2009, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %.

B. Le 1^{er} novembre 2011, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI en mentionnant : "Impossibilité d'exercer à nouveau mon métier d'ingénieur informaticien suite à atteinte psychique (mobbing, burnout et dépression). Je suis obligé de me reconvertir professionnellement pour pouvoir travailler à nouveau."

Dans un rapport du 27 janvier 2012, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue L. _____ du Centre de psychothérapie [...] où l'assuré est suivi depuis août 2010, ont posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, aucune activité professionnelle n'étant envisageable actuellement au vu de l'aggravation et de la persistance des symptômes dépressifs. Ces praticiens relèvent notamment que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est réservé, d'autant plus que l'état dépressif complique un trouble de la personnalité préexistant et que lorsque son état dépressif se sera amélioré, une reconversion professionnelle progressive sera éventuellement possible, sachant qu'il ne peut plus travailler dans le domaine informatique, ce domaine étant pour

l'assuré très anxiogène (traumatismes répétés dans ses expériences chez différents employeurs) et déclenchant des idées auto-agressives.

Par lettre du 28 mars 2012, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale ambulatoire était nécessaire et qu'elle serait effectuée par le Dr D._____.

Le 8 avril 2012, l'assuré a requis la récusation du Dr D. _____ pour les motifs suivants :

"En septembre 2009, j'ai subi une expertise médicale de la part de la X._____ Assurances, société d'assurances, effectuée par le Dr D._____, à [...].

Suivant cette "expertise", le Dr D._____ a vivement recommandé que je retravaille en informatique, et ce dans les délais les plus brefs. Il n'a tenu aucun compte de mon état, ni de l'impossibilité pour moi de retravailler dans le secteur informatique, et a ignoré tout ce qui a pu être dit pendant les 25 minutes où nous avons parlé : à mon sens, pour remplir un rapport de complaisance envers la X._____ Assurances, afin que celle-ci soit délivrée de son obligation de verser des prestations pour perte de gain.

Je n'ai donc absolument rien à dire à cette personne, et ne souhaite en aucun cas lui parler. Je vous demande en conséquence de nommer un autre expert dont l'impartialité ne saurait être sujette à caution."

Par décision incidente du 17 avril 2012, l'OAI a rejeté la requête de récusation. Il résulte de cette décision notamment ce qui suit :

"Après avoir examiné vos objections, nous constatons que ces dernières ne justifient pas un changement d'expert. Les conclusions formulées au terme de l'expertise de septembre 2009 ne préjugent nullement des conclusions de l'expertise à venir. Le but de cette expertise est de se prononcer sur l'évolution de votre état de santé et nous estimons que le Dr D._____ est le mieux placé pour le faire puisqu'il vous a déjà expertisé par le passé."

C. Par acte du 15 mai 2012, R._____ a recouru contre cette décision en concluant à la récusation du Dr D._____. Il soutient en substance que dans son rapport de 2009, ce praticien avait vivement recommandé qu'il retravaille en informatique dans les délais les plus brefs, ne tenant ainsi aucun compte de l'état de santé du recourant ni de

l'impossibilité pour celui-ci de retravailler dans le secteur informatique et ayant ignoré tout ce que le recourant lui avait dit pendant l'entretien. Il indique qu'il lui est extrêmement pénible d'envisager de devoir reparler à cette personne à laquelle il n'a absolument rien à dire.

Le recourant a produit un certificat médical établi le 15 mai 2012 par le Dr B._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

"Une nette aggravation de l'état clinique (angoisse et dépression) de Monsieur R._____ a été constatée depuis sa convocation à l'expertise du Dr D._____. De plus, il présente une nette recrudescence des idées auto-agressives et il verbalise également ouvertement des idées hétéro-agressives centrées sur le Dr D._____. Malgré le soutien thérapeutique, ses idées restent inchangées et compte tenu de l'état de tension psychique extrême généré par la perspective de cet entretien, il nous semble inopportun de maintenir une expertise avec ce médecin. En effet, à notre avis, les conditions préalables à une expertise ne sont pas remplies. Le maintien d'une expertise dans ces conditions nous paraît dommageable pour le patient et le risque de passage à l'acte hétéro-agressif envers le médecin expert est possible, et même s'il reste difficile à évaluer avec précision, il n'en reste pas moins bien présent à ce jour."

Par réponse du 18 juin 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que le fait qu'un expert prenne des conclusions n'allant pas dans le sens de ce qu'une partie souhaiterait ne constitue pas un motif de récusation et que les conclusions formulées par le Dr D._____ en septembre 2009 ne préjugent pas des conclusions de l'expertise à venir. Il relève que le but de l'expertise est de se prononcer sur l'état de santé du recourant et que le Dr D._____ est le mieux placé pour le faire puisqu'il l'a déjà expertisé par le passé.

E n d r o i t :

1. Lorsqu'un assuré et l'OAI sont en désaccord sur la personne de l'expert, l'office doit rendre une décision formelle, contre laquelle l'assuré peut recourir, en se fondant sur des motifs de récusation tant formels que matériels (ATF 137 V 210).

Le recours, déposé dans le délai légal et respectant les formes prescrites, est recevable sur le plan formel (art. 69 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20], 60 et 61 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente affaire (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. a) 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 (art. 43 al. 1 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 (art. 44 LPGA).

Aux termes de l'art. 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), les juges et les greffiers se récuse :

- a. s'ils ont un intérêt personnel dans la cause ;
- b. s'ils ont agi dans la même cause à un autre titre, notamment comme membre d'une autorité, comme conseil d'une partie, comme expert ou comme témoin ;
- c. s'ils sont liés par les liens du mariage ou du partenariat enregistré ou font durablement ménage commun avec une partie, son mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente ;
- d. s'ils sont parents ou alliés en ligne directe ou, jusqu'au troisième degré inclus, en ligne collatérale avec une partie, son

mandataire ou une personne qui a agi dans la même cause comme membre de l'autorité précédente ;

- e. s'ils pouvaient être prévenus de toute autre manière, notamment en raison d'une amitié étroite ou d'une inimitié personnelle avec une partie ou son mandataire.

Les motifs formels de récusation prévus par cette disposition sont applicables, par analogie, à la récusation d'un expert en procédure administrative fédérale, notamment en droit des assurances sociales (par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA, 19 et 58 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]).

b) Les motifs pertinents, au sens de l'art. 44 LPGA, pour lesquels une personne peut récuser un expert sont également matériels, portant plutôt sur la qualité du rapport que l'expert pourrait être amené à rendre et sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et, plus généralement, de ses compétences (ATF 132 V 376 consid. 6.2).

c) Le fait qu'un expert a pris des conclusions défavorables à l'égard d'une partie ne constitue pas un motif de récusation. En revanche, le soupçon de partialité peut reposer sur des jugements de valeurs émis par l'expert, à propos d'aspects essentiels de la personnalité de l'une des parties comme le sexe, l'origine, la race, la religion ou l'orientation sexuelle. Plus généralement, tout jugement de valeur sur la personne paraît critiquable (Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011, p. 132 sv.). L'expert doit s'exprimer de façon neutre et circonstanciée, en s'appuyant sur des constatations d'ordre médical. Il fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos, nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur l'un ou l'autre sujet. Ses déterminations seront rédigées de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective (TF 9C_603/2009 du 2 février 2010

consid. 3.3, I 626/05 du 7 novembre 2006 consid. 3.2.2, I 671/02 du 26 juin 2003 consid. 5.2).

d) Le seul fait qu'un médecin a déjà réalisé une première expertise à un stade antérieur de la procédure administrative n'exclut pas d'emblée sa désignation pour la réalisation d'une nouvelle expertise ou d'une complément d'expertise (ATF 132 V 93 consid. 7.2). La première désignation de l'expert ouvre déjà, en principe, le droit pour l'assuré de demander sa récusation pour des motifs pertinents, conformément à l'art. 44 LPGA, ce qui lui garantit en principe la désignation d'un expert non prévenu. En revanche, lorsqu'un médecin a déjà travaillé comme expert privé pour le compte d'une partie ou d'un tiers - dans le contexte d'un litige relatif à des prestations fondées sur une police d'assurance soumise à la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) -, il apparaît comme prévenu, en tout cas s'il a déjà pris position sur le complexe de faits sur lequel portera l'expertise à réaliser (ATF 125 II 541 consid. 4 ; Piguët, op. cit., p. 133). Le respect des droits procéduraux ouverts par l'art. 44 LPGA n'est pas garanti lorsque un expert privé est désigné, puisque cette disposition n'est pas applicable dans ce cas de figure. En outre, la partie qui le mandate est, certes, tenue d'agir conformément aux règles de la bonne foi (art. 2 al. 1 CC [Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210]), mais elle n'est pas liée par la même obligation de neutralité et d'objectivité que ne l'est un assureur social dans le cadre d'une procédure soumise à la LPGA (sur cette obligation : ATF 136 V 376 consid. 4.1.2, 114 V 228 consid. 5c). Les garanties relatives à l'impartialité de l'expert lors de sa première désignation sont donc nettement insuffisantes pour qu'il puisse être désigné dans la procédure administrative, si la personne assurée s'y oppose (arrêt CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012).

3. En l'espèce, une expertise a été réalisée pour le compte d'une assurance collective en cas de perte de gain, la X._____ Assurances. Cette assurance a demandé à son médecin conseil, le Dr D._____, d'effectuer une évaluation de l'état de santé du recourant, en vue de déterminer si elle maintiendrait ou non les indemnités journalières

allouées. Ce praticien s'est largement exprimé, dans ce contexte, sur les circonstances pertinentes pour statuer sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Le Dr D._____ doit en conséquence être considéré comme prévenu, pour la réalisation d'une nouvelle expertise pour l'assurance-invalidité. Le recourant est en droit de le récuser et d'exiger la désignation d'un autre expert pour la procédure ouverte devant l'intimé, conformément à l'art. 44 LPGA. Ses conclusions sont donc fondées.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la récusation de l'expert admise.

Il n'y a pas lieu à allocation de dépens, le recourant ayant procédé seul.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que 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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, cette disposition est également applicable à l'OAI (arrêt CASSO AI 230/11 - 144/2012 du 23 avril 2012 précité, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est admis.

II. La décision incidente rendue le 17 avril 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en

ce sens que la récusation de l'expert désigné par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est admise.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il désigne un expert au sens de l'art. 44 LPGA, conformément aux considérants.
- IV. Les frais judiciaires, par 200 fr., sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- R. _____,
- 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).

Le greffier :