

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 février 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43, 44 et 56 LPGA ; art. 74 et 75 LPA-VD.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1991, a été engagée le 1^{er} octobre 2012 auprès d'B._____ SA, par contrat de durée déterminée. Son contrat a été renouvelé à plusieurs reprises jusqu'au 30 septembre 2014.

Le 16 mai 2014, elle a été victime d'un accident de la voie publique et hospitalisée au sein du Centre hospitalier C._____ (ci-après : Centre hospitalier C._____) puis des Etablissements hospitaliers U._____ (ci-après : Etablissements hospitaliers U._____).

A l'issue des prises en charge hospitalières, les diagnostics suivants ont été retenus (cf. rapport médical du Dr R._____, médecin généraliste traitant, du 15 février 2016 et ses annexes) :

- fracture de la quatrième vertèbre dorsale avec fixation postérieure le 17 mai 2014 au Centre hospitalier C._____ ;
- fracture du tiers moyen de la clavicule droite et status après réduction ouverte et ostéosynthèse de la clavicule droite par une plaque anatomique le 27 mai 2014 aux Etablissements hospitaliers U._____ ;
- status après pouce du ski ligamentaire et suture du ligament collatéral lunaire métacarpo-phalangien du pouce droit le 27 mai 2014 aux Etablissements hospitaliers U._____ ;
- fractures postérieures de côtes à gauche ;
- contusions pulmonaires bilatérales ;
- plaie du scalpe suturée au Centre hospitalier C._____ ;
- suspicion de syndrome post-traumatique.

L'assurée a été mise au bénéfice de traitement de physiothérapie et suivie auprès du Centre hospitalier C._____ par les services de neurologie, neuropsychologie et antalgie ainsi que par la policlinique des Etablissements hospitaliers U._____ pour le suivi orthopédique.

Le 16 décembre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans le formulaire de demande, elle a indiqué être en incapacité de travail depuis le jour de l'accident.

B. Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a sollicité des rapports des médecins de l'assurée, des établissements hospitaliers et le dossier constitué par l'assureur-accidents.

Sur le plan orthopédique, l'assurée a subi une intervention chirurgicale pour sa fracture de la 4^{ème} vertèbre dorsale, de la clavicule droite et du pouce droit.

Concernant l'opération de la colonne vertébrale, les suites post-opératoires ont été décrites comme simples et favorables. L'assurée a ensuite été suivie par le service de neurochirurgie du Centre hospitalier C._____ où le status neurologique a toujours été dans les normes. L'assurée souffrait de douleurs importantes au niveau dorsal, difficilement gérables par les antalgiques (rapport du 6 février 2015 du Dr O._____, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique adjoint au service de neurochirurgie du Centre hospitalier C._____). Dans un rapport du 9 février 2016, le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin associé au centre d'antalgie du Centre hospitalier C._____, a posé les diagnostics de dorsalgies post-traumatiques et de stress post-traumatique sans actuel suivi psychologique.

Dans un rapport médical du 25 février 2016, le service de consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier C._____ a indiqué que l'assurée était suivie depuis le 11 juin 2015 par la Dre G._____, spécialiste en la matière, qui avait proposé une prise en charge hospitalière pour une rééducation intensive, au vu du status neurologique dans la norme, des douleurs dorso-lombaires et du suivi antalgique. Durant son hospitalisation à l'I._____ du 7 au 25 septembre

2015, le diagnostic de dorsolombalgies chroniques a été posé. En fin de séjour, l'évolution était jugée favorable (rapports de la Dre G._____ des 6 août et 7 octobre 2015). Dans un rapport du 3 décembre 2015 à l'attention du Dr R._____, cette praticienne a précisé que l'assurée poursuivait ses séances de physiothérapie mais que l'évolution restait toutefois mitigée en raison de douleurs au niveau de la ceinture scapulaire.

Le 15 septembre 2016, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de douleurs chroniques sur status post spondylodèse postérieure D1-D6 pour fracture instable D4 et de scoliose dorsale idiopatique dextro-convexe. L'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique avec composante non organique qui pourrait être amélioré. Le praticien a préconisé d'entamer un sevrage progressif des opiacés, avec un suivi psychologique. Selon lui, il y avait peu de chance que l'ablation du matériel améliore les douleurs qui étaient caudales à la fixation. La scoliose n'ayant pas bougé, elle ne nécessitait plus de suivi régulier (rapport du 15 septembre 2016).

S'agissant de l'opération de la clavicule et du pouce, l'évolution était favorable (avis de sortie du 30 mai 2014 et rapport du 3 juin 2014 du service d'orthopédie et de traumatologie des Etablissements hospitaliers U._____). L'assurée a par la suite récupéré progressivement l'amplitude articulaire de l'épaule droite mais a développé une algoneurodystrophie du membre supérieur droit qui s'était améliorée en fin d'année 2014. Une raideur de la métacarpo-phalangienne du pouce droit persistait également, sans amélioration (rapport du 8 décembre 2014 de la policlinique orthopédique des Etablissements hospitaliers U._____). Dans un rapport du 14 janvier 2015, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ainsi qu'en chirurgie de la main et médecin associé au S._____ du Centre hospitalier C._____, a posé les diagnostics de raideur métacarpo-phalangienne du pouce droit en extension et d'épaule droite gelée en régression. Il ne préconisait pas d'arthrolyse car l'articulation n'était pas douloureuse. Dans un rapport du

29 avril 2016, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et chef de clinique à la polyclinique orthopédique des Etablissements hospitaliers U._____, a relevé une persistance des douleurs et une raideur du pouce, ainsi que de l'épaule droite et a constaté une diminution de la mobilité de ces membres. S'agissant du pronostic, la raideur du pouce persisterait tandis que l'état de l'épaule droite s'améliorerait probablement. L'assurée continuait à suivre des séances de physiothérapie. Selon le praticien, l'assurée était totalement incapable de travailler dans son ancienne activité et une activité de 20 %, permettant l'alternance des positions assise et debout, était exigible dès la date de son rapport. Le port de charges était également à éviter.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de stress post-traumatique a été posé par le Dr V._____, dans son rapport du 9 février 2016.

Sur le plan neuropsychologique, la Prof. L._____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C._____, a détaillé l'évolution de l'état de l'assurée depuis son accident, dans un rapport du 26 février 2016. Ainsi, le 16 mai 2014, le score de Glasgow était de 15/15. Un scanner cérébral réalisé le même jour avait permis d'écarter la présence d'hémorragie cérébrale intra ou extra axiale ainsi que de fracture du crâne et fait apparaître une plaie pariéto-occipitale gauche avec présence de corps étrangers. Dans le cadre de l'évaluation neuropsychologique du 21 mai 2014, il avait été constaté un discret défaut d'accès lexical et une fatigabilité accrue (rapport du 23 mai 2014). Lors de l'évaluation des 26 juin et 14 juillet 2014, la Prof. L._____, et M._____, psychologue, avaient relevé une évolution favorable et un tableau comparable à une symptomatologie post-traumatique (rapport du 23 juillet 2014). Les évaluations des 9 décembre 2014 et 11 mai 2015 avaient mis en évidence des performances essentiellement dans les normes du point de vue cognitif avec toutefois des plaintes de type post-traumatique et de possibles signes de la lignée anxieuse (rapports des 11 décembre 2014 de la Prof. L._____, et T._____, psychologue

assistance, et 2 juillet 2015 de la Prof. L._____ et M._____). Lors des derniers contrôles des 8 et 22 février 2016, une légère fatigabilité intellectuelle, la persistance des plaintes de type post-traumatique ainsi qu'une symptomatologie anxieuse avaient été diagnostiquées. Il n'était plus prévu de revoir l'assurée en consultation (rapport du 29 février 2016 de la Prof. L._____ et F._____, psychologue assistante). La Prof. L._____ avait enfin retenu, du point de vue neuropsychologique, tout au plus une légère diminution du taux d'activité exigible, liée à une fatigabilité accrue et une petite diminution de rendement. Une grande partie de l'incapacité de travail était liée au syndrome douloureux et aux troubles de l'humeur, très vraisemblablement. Il n'y avait pas de recommandation du point de vue neuropsychologique, mais une prise en charge des douleurs et des troubles de l'humeur semblait primordiale. Elle a encore indiqué que, depuis le mois de mai 2015, l'assurée avait une capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation et de résistance non limitée (rapports de la Prof. L._____ des 26 février 2016).

Sur le plan neurologique, l'assurée a été suivie par le Dr O._____ qui, dans un rapport du 22 octobre 2014, a relevé l'absence de déficit neurologique et la présence d'une plaie calme. Quatre mois après l'opération de la colonne vertébrale, il a constaté une bonne progression radiologique et l'absence clinique de signes neurologiques. L'assurée souffrait toutefois de douleurs importantes au niveau dorsal gérées par le service d'antalgie. Réitérant ses observations dans les rapports des 19 janvier et 6 février 2015, le Dr O._____ a ajouté que l'assurée avait une importante scoliose. Il a ensuite relevé l'absence de déficit sensitivomoteur des membres inférieurs et la présence d'une cicatrice opératoire cervicodorsale calme ainsi que d'une discrète douleur à la percussion des épineuses. L'assurée souffrait toujours de dorsalgies (rapport du 22 septembre 2015). À l'occasion d'une consultation ambulatoire du 2 décembre 2015, il a constaté une raideur importante de la musculature paracervicale, en sus de ce qui précède (rapport du 14 décembre 2015). Dans un rapport du 4 février 2016, il a précisé que les dorsalgies dont souffrait l'assurée limitaient ses capacités et son rendement. Le Dr H._____, spécialiste en neurochirurgie et chef de

clinique adjoint du service de neurologie du Centre hospitalier C._____, a vu l'assurée le 25 mai 2016 et a indiqué que le status neurologique restait strictement dans la norme. Il lui était difficile de corréliser les douleurs décrites par la patiente avec un problème au niveau de la fixation vertébrale effectuée. Un scanner réalisé le jour même avait mis en évidence l'absence d'atteinte au niveau du matériel d'ostéosynthèse et de déplacement secondaire (rapport du 10 juin 2016).

Dans un rapport du 6 octobre 2016 à l'OAI, le Dr R._____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était en voie de lente amélioration sur le plan antalgique mais que des douleurs résiduelles persisteraient vraisemblablement à des degrés alors difficiles à apprécier. S'agissant de sa précédente activité d'employée de commerce, l'assurée était totalement incapable de travailler depuis le jour de l'accident, cette incapacité étant réévaluée chaque mois et se poursuivant jusqu'alors. Selon le Dr R._____, seule une occupation intellectuelle avec la poursuite de sa formation complémentaire à la Haute Ecole J._____ (ci-après : Haute Ecole J._____), à raison de deux jours et demi par semaine, pouvait être maintenue.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé, en date du 19 décembre 2016, qu'il fallait clarifier le statut de l'assurée qui, d'une part, poursuivait ses études mais, d'autre part, était totalement incapable de travailler même dans une activité à temps partiel, selon le Dr R._____. Pour le SMR, l'appréciation du 29 avril 2016 [du Dr A._____] paraissait plus réaliste que celle du médecin traitant, de sorte que l'assurée présentait une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée depuis la fin du mois d'avril 2016.

Dans un rapport initial du 26 juin 2017 du Service de réadaptation, l'OAI a considéré que la capacité de travail de 20 % était déjà mise à profit par la formation de l'assurée et qu'ainsi il ne pouvait mettre en place aucune mesure professionnelle. Il a relevé que l'assurée s'était inscrite à la Haute Ecole J._____ pour la rentrée de septembre 2014 et avait négocié des aménagements, tels que l'adaptation des

horaires, la possibilité de scinder les examens et le fait d'effectuer une formation en cours d'emploi sans exercer d'activité à mi-temps grâce à la production du document « Pratique professionnelle en entreprise » chez B._____ SA. L'assurée avait également expliqué n'avoir jamais pu suivre une semaine complète de cours en raison des douleurs, de la concentration et de la fatigue et qu'elle arrivait difficilement à rester assise plus de 15 à 20 minutes.

C. Le 10 août 2017, a été produit le rapport en allemand du 30 novembre 2016 rédigé par le Prof. E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de l'assureur-accidents de l'assurée. Le Prof. E._____ a retenu les diagnostics de fracture de la D4, fracture de la clavicule droite, déchirure du ligament collatéral ulnaire du pouce droit, contusion pulmonaire bilatérale et lésion des parties molles du crâne (blessure du scalpe). Il a précisé qu'un traitement en raison de l'accident était encore nécessaire. S'agissant des propositions de thérapie, il ne ressortait pas clairement du dossier auprès de qui l'assurée était en traitement psychiatrique pour son syndrome de stress post-traumatique. Son état de santé n'était pas stationnaire mais pouvait s'améliorer. A long terme, le pronostic était favorable [traduction libre].

Dans un deuxième rapport du 15 juin 2018, le Prof. E._____ a indiqué que le processus de guérison des fractures était normal. Selon lui, la capacité de travail était de 50 % dès le 15 mars 2018, puis de 100 % après un délai de deux mois. L'activité précédente de travail de bureau pouvait être réalisée sans restriction, seule la position de flexion vers l'avant, par exemple devant un ordinateur, pouvant être problématique si celle-ci venait à durer [traduction libre].

En date du 3 avril 2019, le Dr R._____ a adressé un rapport à l'OAI, attestant une incapacité de travail complète jusqu'au 31 mai 2019 et précisant que l'évolution clinique et psychosociale n'était pas favorable. L'activité précédente exercée par l'assurée était compatible avec son état de santé et ses douleurs chroniques, assortie d'une reprise d'activité

progressive. Il a également retenu que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étaient toutes celles qui exposaient l'assurée à une posture, une charge ou une attitude prolongée du rachis cervico-dorso-lombaire dans la durée et de façon répétitive tous les jours de la semaine. Les facteurs de stress étaient également inappropriés. Selon lui, des mesures de réinsertion professionnelle n'étaient pas nécessaires au vu de l'obtention par l'intéressée d'un Bachelor en [...] avec une note finale de 5.5.

Sollicité pour avis, le SMR a considéré, en date du 18 juin 2019, qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise orthopédique et psychiatrique, vu l'absence de renseignement précis concernant le syndrome de stress post-traumatique, la durée d'incapacité de travail totale dans une activité légère et la mention d'une épaule gelée, d'une part, et l'obtention d'un Bachelor à la Haute Ecole J._____, d'autre part.

Par communication du 9 juillet 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale orthopédique et psychiatrique était nécessaire afin de clarifier son droit aux prestations, et a mandaté à cet effet le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr U._____, psychiatre.

Par courrier du 25 juillet 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté la communication du 9 juillet 2019, considérant qu'il y avait lieu de procéder à une expertise pluridisciplinaire, comprenant également une évaluation neurologique et neuropsychologique, et d'attribuer les mandats de manière aléatoire.

Le SMR, par avis du 30 juillet 2019, a maintenu sa recommandation du 18 juin 2019. Il a relevé que les troubles cognitifs relevés en 2014 n'étaient plus présents en 2016 et qu'une expertise psychiatrique renseignerait sur l'existence ou non d'une atteinte psychiatrique post-traumatique. Si les experts mandatés estimaient qu'un nouvel examen neuropsychologique était nécessaire, ils pourraient alors le demander dans le cadre de leur mandat.

Par décision incidente du 6 septembre 2019, l'OAI a confirmé la nécessité de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatopsychiatrique, en se fondant sur l'avis SMR du 30 juillet 2019.

D. Par acte du 11 octobre 2019, la recourante, toujours représentée par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens que l'intimé soit tenu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets rhumatologique et/ou orthopédique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique et d'attribuer le mandat aux experts de manière aléatoire. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis son audition par l'autorité de céans. A l'appui de son recours, elle a produit les documents suivants :

- un rapport du 11 octobre 2019 du Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine du sport, duquel il ressort que l'assurée présentait des problèmes neurocognitifs et neuropsychologiques, conséquences de son accident, avec un état anxieux, des troubles de la concentration et des troubles mnésiques. Elle présentait également un problème neurologique avec un « entrapment » des petits nerfs sensitifs cutanés au niveau des tissus lésés durant l'accident et l'opération de la vertèbre. Elle avait encore des problèmes de la ceinture scapulaire et de la colonne cervicale ainsi qu'une insuffisance de la ceinture abdominale ;
- un rapport du 11 octobre 2019 du physiothérapie Z._____, faisant notamment état de douleurs au niveau du dos, d'une hypertonie de la musculature dorsale et scapulaire qui provoquait des tensions douloureuses dans la nuque avec un syndrome de type névralgie cervicobrachiale, de migraines provoquant des troubles de la concentration et un état de fatigue constante. Au niveau de la cicatrice, le physiothérapeute a relevé une hypersensibilité tactile de type allodynie ainsi que des adhérences avec les tissus sous-jacents qui provoquaient une perte de la mobilité scapulaire ;

- un rapport du 9 octobre 2019 de la psychologue W._____, dans lequel elle attestait du suivi débuté afin de gérer l'anxiété liée à l'accident. La continuelle présence de douleurs et de limitations physiques requérait de la recourante un effort psychique, avec une constante adaptation qui demandait beaucoup d'énergie psychique. Cette gestion à la fois cognitive et émotionnelle créait une grande fatigabilité ne permettant pas à la recourante de disposer de ses capacités cognitives et de concentration de manière efficiente.

Par réponse du 5 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la décision incidente litigieuse et à l'avis du SMR du 30 juillet 2019.

Répliquant le 23 décembre 2019, l'assurée a indiqué, lettre de l'assureur-accidents du 14 novembre 2019 à l'appui, que celui-ci entendait participer à l'expertise mise en œuvre par l'intimé et ainsi se fonder sur les résultats de celle-ci. L'expertise devait par conséquent être complète et porter sur toutes les atteintes dont elle souffrait. Elle a encore relevé qu'une erreur s'était glissée dans la décision incidente du 6 septembre 2019, laquelle indiquait la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique, tandis que la communication du 9 juillet 2019 faisait état d'une expertise orthopédique et psychiatrique. Elle a ainsi modifié sa conclusion en conséquence. Elle a enfin produit une liste de témoins à auditionner dans le cadre de l'instruction du recours.

Par duplique du 23 janvier 2020, l'intimé a maintenu ses conclusions, reconnu l'erreur de plume et précisé que l'expertise porterait bien sur les plans orthopédique et psychiatrique, et non sur le plan rhumatologique.

E n d r o i t :

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, sous réserve de dérogations

expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Les décisions portant sur l'ordonnancement de la procédure - au sens de décisions incidentes (Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 828, p. 284 ss ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3e éd., Zurich/Bâle/Genève 2015, n. 46 ad art. 52 LPGGA, p. 691) - sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (art. 56 al. 1 et 57 LPGGA).

En vertu des art. 74 al. 4 let. a et 75 LPA-VD (applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), pour pouvoir recourir en instance cantonale à l'encontre de telles décisions, le recourant doit non seulement disposer d'un intérêt digne de protection à ce que la décision attaquée soit annulée ou modifiée, mais il faut de surcroît que les décisions incidentes notifiées séparément puissent causer un préjudice irréparable au recourant.

Selon la jurisprudence, il convient d'admettre que 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).

d) Le recours, interjeté en temps utile par la recourante contre la décision incidente du 6 septembre 2019 visant à mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique, est en conséquence recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, le litige porte uniquement sur la question de savoir si l'expertise administrative doit comprendre des volets neuropsychologique et neurologique, en sus des volets orthopédique et psychiatrique.

3. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment

de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a).

b) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

A teneur de 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.

Selon l'art. 72bis al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; 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. L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2).

4. En l'espèce, la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et psychiatrique n'est pas litigieuse.

S'agissant du volet psychiatrique, on constate qu'un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique a été posé par le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie, et que la Prof. L._____, mentionne un trouble de l'humeur. Aucun médecin psychiatre ne s'est toutefois prononcé sur cette atteinte, de sorte qu'il convient de faire appel à un spécialiste.

Sur le plan orthopédique, l'assurée souffre de dorsolombalgies chroniques, de raideur métacarpo-phalangienne du pouce droit et d'épaule gelée à droite. Malgré un traitement antalgique, la recourante se plaint toujours de douleurs. En outre, l'impact de ces atteintes sur la capacité de travail n'a pu être déterminé avec certitude. Le Dr R._____ atteste à cet égard une incapacité totale (rapports des 15 février 2016, 6 octobre 2016 et 3 avril 2019) alors que le Dr A._____ considère que l'intéressée est capable de travailler à 20 % depuis le mois d'avril 2016 (rapport du 29 avril 2016) et que le Prof. E._____, médecin conseil de l'assureur-accidents, retient une capacité de travail de 50 % dès le 15 mars 2018 puis une pleine capacité de travail après une période de deux mois (rapport du 15 juin 2018).

5. La recourante conclut à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comportant, outre les disciplines de la psychiatrie et de l'orthopédie, celles de la neurologie et de la neuropsychologie, ce au motif qu'elle présente des atteintes sur ces deux plans également.

a) S'agissant du volet neuropsychologique, on peut constater sur la base des rapports successifs de la Prof. L._____ que les capacités cognitives de la recourante se sont améliorées au point d'être décrites dans la norme et ne plus nécessiter de suivi depuis février 2016. Dans son rapport du 26 février 2016 à l'intimé, la Prof. L._____ a indiqué que les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance ne sont pas limitées. La recourante a d'ailleurs obtenu un Bachelor à la Haute Ecole J._____ avec une moyenne de 5.5, ce qui confirme l'existence de capacités cognitives revenues dans la norme.

La Prof. L._____ mentionne certes une légère diminution du taux d'activité exigible sous l'angle neuropsychologique, en l'occurrence liée à la fatigabilité accrue, et une petite diminution de rendement (rapport du 26 février 2016). Néanmoins, elle attribue cette incapacité de travail en grande partie au syndrome douloureux et au trouble de l'humeur dont souffre l'assurée, lesquels sont hors du champ neuropsychologique.

Au demeurant, dans son rapport du 9 octobre 2019, la psychologue W._____ explique que la continuelle présence de douleurs et de limitations physiques contraignent la recourante à un effort psychique, avec une constante adaptation demandant beaucoup d'énergie psychique. On comprend que cet effort psychique entraîne une grande fatigabilité impactant ses capacités de concentration et de compréhension. Il apparaît que c'est la gestion de la douleur qui entraîne vraisemblablement la fatigabilité et non une quelconque atteinte neuropsychologique.

Il n'existe donc actuellement plus d'atteinte neuropsychologique qui justifierait la mise en œuvre d'un expert en ce domaine.

b) S'agissant du volet neurologique, on constate sur la base du rapport du Dr O._____ du 6 février 2015 que ni l'accident, ni l'opération n'ont entraîné de déficit neurologique. Le status neurologique est par la suite décrit dans la norme (rapports des 6 août et 7 octobre 2015 de la Dre G._____ et rapport du 10 juin 2016 du Dr H._____). Aucun suivi n'a d'ailleurs été mis en place ultérieurement au rapport du 10 juin 2016 du Dr H._____, ni n'est mentionné par le Dr R._____ dans son rapport le plus récent (rapport du 3 avril 2019). Il n'y a donc pas d'atteinte neurologique justifiant la participation d'un expert neurologue, étant précisé que le problème neurologique mentionné par le Dr N._____ dans son rapport du 11 octobre 2019 ne saurait justifier à lui seul la mise en œuvre d'un tel expert. En effet, ce problème concerne exclusivement les petits nerfs sensitifs cutanés, lesquels seraient piégés ou coincés

(« entrapment »), ce qui correspond vraisemblablement à l'hypersensibilité de type allodynie au niveau de la cicatrice mentionnée par le physiothérapeute Z._____ dans son rapport du 11 octobre 2019. Quand bien même il pourrait s'agir d'une atteinte d'origine neurologique, son impact sur la capacité de travail paraît improbable, au vu de sa localisation. Cette atteinte ne justifie donc pas la mise en œuvre d'un expert en neurologie.

c) L'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'ayant pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3) et la réciprocité de cette règle à l'égard de l'assurance-invalidité étant également admise (ATF 133 V 549), il ne se justifie pas d'étendre l'expertise aux disciplines neurologique et neuropsychologique au seul motif qu'elles intéresseraient également la procédure devant l'assureur-accidents. Le courrier adressé le 14 novembre 2019 par cet assureur à l'OAI ne fait au demeurant pas mention de la nécessité d'une expertise neurologique et neuropsychologique.

d) Vu ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée sur le principe de la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire et rectifiée en ce sens qu'elle porte sur les atteintes psychiatrique et orthopédique, et non psychiatrique et rhumatologique.

Par ailleurs, les conditions de l'art. 72bis RAI n'étant pas réalisées, il ne saurait être exigé de l'intimé d'attribuer le mandat à un centre d'expertises médicales.

Pour le surplus, la désignation des Drs X._____ et U._____ n'est pas litigieuse, en l'absence de motifs de récusation formulés à leur encontre dans le cadre du recours.

e) Les pièces médicales au dossier étant suffisamment exhaustives et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi les mesures d'instruction

requis, soit l'audition de la recourante et de témoins, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées).

6. a) Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision incidente du 6 septembre 2019 rectifiée en ce sens que l'expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique est maintenue auprès des experts désignés selon la communication du 9 juillet 2019.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision incidente rendue le 6 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est rectifiée en ce sens que l'expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique est maintenue auprès des experts désignés selon la communication du 9 juillet 2019.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.

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 :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour P. _____),
- 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 :