

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-Yves Baumann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 43 al. 1 et 49 al. 3 LPGA ; 72bis RAI

E n f a i t :

A. Le 7 mai 2015, A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a été victime d'un accident professionnel qui lui a occasionné une fracture L1 de type Burst. Hospitalisé au CHUV jusqu'au 18 mai 2015, il y a subi un geste chirurgical, sous la forme d'une fixation D12 - L2 et une spondylodèse D12 - L1 associée à une greffe iliaque gauche, pratiqué le 8 mai 2015.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge.

Le 25 novembre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations 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, il a indiqué être en incapacité de travail depuis le jour de l'accident.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapport non daté, enregistré le 24 décembre 2015 au dossier, du Dr E. _____, spécialiste en neurologie ; rapport du 4 février 2016 du Dr P. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin traitant ; rapport du 16 février 2016 des Drs B. _____ et S. _____, chef de clinique, respectivement médecin assistant, au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV) et s'est vu communiquer le dossier médical de l'assuré constitué par la CNA. De son côté, l'assuré a bénéficié de la part de l'OAI d'une mesure d'intervention précoce (MIP) auprès d'I. _____ à [...], du 3 mai au 27 juillet 2016. Cette mesure a dû être interrompue le 17 juin 2016 en raison de douleurs « très vives ».

L'OAI a obtenu des renseignements médicaux complémentaires (rapport du 24 juin 2016 du Dr E. _____ ; rapport du 26 juin 2016 du Dr P. _____).

Du 14 décembre 2016 au 11 janvier 2017, l'assuré a séjourné auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) en vue d'une rééducation intensive et d'une évaluation multidisciplinaire. Dans leur rapport du 10 février 2017, les Drs X. _____ et Q. _____, chef de clinique et spécialiste en médecine physique et réadaptation, respectivement médecin assistante à la CRR, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour et, sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie n'avait été retenue. Dans leur discussion du cas, ils ont constaté une incapacité de travail totale de l'assuré dans l'ancienne activité de couvreur et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles définitives (à savoir, maintien prolongé de positions statiques assises ou debout, ports répétés de charges supérieures à cinq kilos, mouvements répétitifs du rachis en rotation et maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux).

Dans un rapport du 16 mars 2017 à l'OAI, la Dre O. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F42.3) et de thérapies physiques et fonctionnelles pour dorso-lombalgies s'étendant dans le membre inférieur gauche (status post chute d'un toit avec burst-fracture de L1 le 7.05.2015). Sans se prononcer sur la capacité de travail tout en renvoyant auprès du « médecin somaticien », cette psychiatre a toutefois fait part de capacités de concentration, d'attention et d'adaptation au changement limitées.

L'examen final par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie, a eu lieu le 29 mars 2017. Dans son rapport du même jour, ce médecin a retenu, pour sa part, que la poursuite de la physiothérapie pouvait se concevoir encore quelque temps mais que la situation était stabilisée du point de vue médical, les limitations fonctionnelles ayant été précisées à la CRR.

Aux termes d'un rapport du 22 septembre 2017 à la CNA, la Dre O. _____ a retenu le diagnostic d'autre épisode dépressif (F32.8)

chez un individu qui présente probablement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Le 6 octobre 2017, l'assuré, conseillé en la personne de Me Pierre-Yves Baumann, a fait part à la CNA de ses objections sur le rapport d'examen final du médecin d'arrondissement. Il a remis un rapport établi le 17 juillet 2017 par le Dr P._____, lequel estimait que la poursuite des traitements devait permettre à l'assuré de retrouver une autonomie dans sa vie quotidienne, et peut-être reprendre son activité antérieure car mécaniquement sa colonne vertébrale était forte.

Une nouvelle IRM a été effectuée le 13 novembre 2017. Selon le rapport médical de la Dre G._____, spécialiste en radiologie, l'examen a mis en exergue ce qui suit :

“Stabilité des discopathies dégénératives débutantes L3-L4 et L4-L5 et modérée L5-S1 sans signe de micro-instabilité de type Modic I.

Diminution de taille de la protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche siège d'une déchirure discale annulaire modérément inflammatoire pouvant éventuellement irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.

Diminution de taille de la protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche siège également d'une déchirure discale annulaire modérément inflammatoire pouvant irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.

Ancienne fracture-tassement vertébral ostéoporotique sans œdème osseux résiduel en L1 et traitée chirurgicalement par une spondylodèse postérieure instrumentée en D12-L2, sans signe de complication sur cette IRM sous réserve des artéfacts métalliques.”

Du 23 octobre 2017 au 21 janvier 2018, l'assuré a bénéficié d'une mesure d'orientation professionnelle de la part de l'OAI auprès de l'atelier d'intégration professionnelle de l'Orif [...] (communication du 19 octobre 2017). Le 23 octobre 2017, il a débuté la mesure, à 50 %, auprès de cette institution. Rapidement, il a été constaté que l'intéressé, qui participait de son mieux aux activités physiques adaptées dans une période particulièrement algique, était déprimé par les soucis de santé ajoutés à son handicap - infection pulmonaire, saignement par les voies naturelles - et un ras-le-bol d'une médication impressionnante ; il disait

souffrir énormément de la perte de son autonomie professionnelle ainsi que de « la belle vie d'avant ». Dans le contexte d'arrêts médicaux, à 100 %, du 8 au 22 novembre 2017 avec prolongation jusqu'au 7 décembre 2017, la mesure en question a été interrompue le 7 novembre 2017 (rapport du 8 mars 2018 de l'Orif [...]).

Les 29 mars et 19 avril 2018, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, consulté depuis le 25 septembre 2017, a fait savoir que l'assuré souffrait d'un stress post-traumatique (F43.1) ainsi que d'un épisode dépressif moyen (F32.1). Pour ce médecin, le pronostic à long terme était réservé et il convenait de poursuivre le traitement alliant des entretiens bimensuels avec la prise d'un antidépresseur (Trittico 150 mg® 1 cpr. par jour). Le Dr H._____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail, renvoyant l'OAI auprès du médecin traitant.

Dans un rapport du 23 avril 2018 au conseil de l'assuré, le Dr P._____ a attesté d'un syndrome douloureux persistant (au thorax, en hémi-ceinture gauche et para-vertébrale) avec, sur le plan psychiatrique, un état dépressif réactionnel aux problèmes de santé entravant la reprise du travail depuis l'accident de 2015.

L'OAI a requis le point de vue du Dr W._____, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, sur les renseignements recueillis dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations déposée. Dans son avis du 27 août 2018, ce médecin a fait le point suivant de la situation :

"Discussion :

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique est peu argumenté, les circonstances de l'accident sont peu compatibles avec ce diagnostic, comme attesté par Mme [...], dans le texte du 27.04.2018.

L'état psychique de l'assuré demande néanmoins un approfondissement indépendamment de l'origine des troubles.

Il est difficile de se prononcer de façon éclairée dans cette situation complexe, les douleurs importantes ne semblent pas trouver une explication dans les élément[s] objectifs cliniques et radiologiques ; la thérapie antalgique n'est pas spécifiée.

Dans ces circonstances peu claires et dans un cadre de douleurs non expliquées par les éléments objectifs, nous demandons une

expertise de médecine interne, rhumatologique et évaluation des capacités fonctionnelles

Dans le[s] exigences jurisprudentielles en vigueur.
Nous apprécierons également la passation du questionnaire mini CIF-TAPP.”

Par communication du 7 septembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'afin de clarifier son droit aux prestations, il était tenu de se soumettre à un examen médical approfondi (médecine interne, rhumatologique et évaluation des capacités fonctionnelles). L'intéressé s'est également vu communiquer ce qui suit :

“Le choix du centre d'expertises se fait de manière aléatoire (art. 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI)). Vous serez informé du lieu, des dates d'examens ainsi que des experts procédant aux examens dès que ceux-ci seront connus.

Cette manière de procéder vise à garantir une procédure administrative équitable afin que les personnes expertisées soient examinées par un centre d'expertise indépendant et compétent. Ainsi, nous n'avons aucune possibilité d'intervention dans le processus d'attribution qui peut prendre un certain temps.

En annexe, vous trouverez nos questions aux experts. Vous avez également la possibilité de nous adresser les questions complémentaires que vous souhaiteriez poser dans un délai de 10 jours, prolongeable d'autant au maximum, sur demande écrite. [...]”

Le mandat d'expertise, joint par l'OAI en annexe à sa communication, mentionne, sous l'intitulé « but du mandat », que « par la présente, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud donnera mandat au centre qui sera prochainement désigné aléatoirement par la plateforme fédérale SuisseMED@P d'établir une expertise médicale concernant : Monsieur A. _____ Rue de [...] [...] né(e) le [...].1979 Tél : Natel : [...] ».

Le 28 septembre 2018, répondant à la communication précitée, l'assuré, par son conseil, a indiqué ne pas avoir de remarques à formuler, ni de questions complémentaires à poser aux experts.

Le mandat d'expertise a été attribué à la CRR Centre d'évaluation et de consultations (courrier électronique du 9 février 2019 de SuisseMED@P-Team à l'OAI). Par courrier du 18 février 2019 à l'OAI, le directeur du centre en question a fait valoir des motifs de récusation, à savoir que l'atteinte à la santé motivant les démarches auprès de l'assurance-invalidité reposait sur une problématique prise en charge par la CNA, et que l'assuré avait déjà séjourné à la CRR, récemment, pour des raisons thérapeutiques.

Par communication du 29 août 2019, l'OAI a informé l'avocat de l'assuré avoir mandaté le Dr U._____ pour réaliser l'examen approfondi en médecine interne, rhumatologique et une évaluation des capacités fonctionnelles annoncé. Le même jour, l'OAI a adressé le mandat d'expertise correspondant à Z._____ SA (ci-après : l'Z._____), à [...].

Le 3 septembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a sollicité de la part de l'OAI des renseignements sur les compétences et l'indépendance du Dr U._____, suggérant la proposition de noms d'experts pour un choix opéré par ses soins. Il a par ailleurs fait part de l'examen en cours du questionnaire et de la remise d'éventuelles questions complémentaires par la suite.

Le 6 septembre 2019, l'OAI a répondu aux interrogations de l'assuré sur les qualifications professionnelles du Dr U._____ et l'a assuré de son indépendance totale. Il a précisé que le système de désignation des experts ne permettait pas de donner plusieurs noms de médecins à choix. L'OAI a fixé un nouveau délai de dix jours à l'intéressé pour lui faire part, cas échéant, de motifs de récusation formels envers le Dr U._____ et l'Z._____, ainsi que pour transmettre d'éventuelles questions complémentaires aux experts.

Le 4 octobre 2019, l'assuré a transmis une liste de questions complémentaires en se réservant la possibilité d'en poser d'autres. Il a également émis le souhait que le Dr U. _____ contacte son médecin traitant.

Le 4 décembre 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a requis de l'OAI qu'il s'assure que le Dr U. _____ prenne contact avec un expert en matière psychiatrique pour éviter que l'expertise soit orientée ou lacunaire et doive le cas échéant être réitérée sur le plan psychique.

Par courrier du 6 décembre 2019 à l'Z. _____, l'OAI a fait part de l'annulation de son mandat d'expertise. Il expliquait ce choix par le fait de devoir traduire à ses frais le rapport d'expertise en français ainsi qu'en raison du rajout du volet psychiatrique.

D'une communication interne à l'OAI du 11 décembre 2019 établie en accord avec le Dr W. _____, du SMR, il ressortait l'opportunité de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (Medap) avec volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, en laissant la question de la nécessité d'une évaluation des capacités fonctionnelles à l'appréciation des experts.

Le 11 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré et son conseil avoir réexaminé la situation en incluant la psychiatrie dans les disciplines médicales à expertiser. Dans ces circonstances, il n'était plus pertinent de confier cette expertise à des experts de langue allemande, avec un rapport qui serait par la suite rédigé dans cette même langue. L'intéressé était par conséquent mis au courant de l'annulation du mandat d'expertise auprès du Dr U. _____ et de l'Z. _____, et du fait qu'il n'était pas tenu de donner suite aux convocations adressées par ce centre. L'attention de l'assuré était attirée par ailleurs sur le fait qu'en parallèle, son dossier avait été introduit à nouveau sur la plateforme informatique d'attribution aléatoire des mandats d'expertise pluridisciplinaire. Il avait

par contre été renoncé à inclure l'évaluation des capacités fonctionnelles dans cette expertise car cette évaluation n'était proposée en Suisse romande que par la CRR alors que celle-ci s'était récusée en l'occurrence. Il était toutefois laissé le soin aux experts d'indiquer à l'OAI si un complément d'examen de cette nature leur paraissait indispensable, le choix des disciplines à expertiser étant en dernier ressort de la compétence du centre mandaté. Enfin, l'assuré était informé qu'il recevrait prochainement une nouvelle communication d'expertise.

Le 12 décembre 2019, l'assuré, par l'entremise de Me Baumann, a insisté sur la nécessité d'inclure une évaluation des capacités fonctionnelles dans l'expertise pluridisciplinaire et considéré qu'il incombait à l'OAI de décider du choix des disciplines, un transfert de ces compétences au centre d'expertises étant contraire à la loi et à la pratique.

Par communication du 17 décembre 2019 annulant et remplaçant les communications des 7 septembre 2018 et 29 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'un examen médical approfondi (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie) était nécessaire afin de clarifier le droit aux prestations. Il lui était répété que le choix du centre d'expertises se faisait de manière aléatoire et qu'il serait informé du lieu, des dates d'examens ainsi que des experts procédant aux examens une fois ceux-ci connus. La possibilité était offerte à l'intéressé d'adresser les questions complémentaires qu'il souhaiterait poser aux experts dans un délai de dix jours, prolongeable d'autant au maximum, sur demande écrite. Dans un courrier du même jour, l'OAI a notamment expliqué avoir renoncé à une évaluation des capacités fonctionnelles, proposée uniquement par la CRR ; les trois experts seraient appelés à indiquer la nécessité d'un complément d'expertise éventuel.

Le mandat d'expertise a été attribué au T._____ Centre d'Expertise Médicale de [...] et les experts désignés, à savoir les Drs F._____ (médecine interne), Y._____ (psychiatrie) et R._____

(rhumatologie ; courriers électroniques des 14 et 20 janvier 2020 de SuisseMED@P-Team à l'OAI).

Par courrier du 17 janvier 2020 à l'OAI, le représentant de l'assuré a fait part de remarques en déplorant le retrait de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Il a proposé un nom d'expert prêt à superviser une telle évaluation et a transmis une liste de questions complémentaires à poser aux experts.

Par communication du 29 janvier 2020, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'une expertise médicale approfondie était nécessaire et qu'elle serait réalisée au T._____, à [...], avec les examens suivants : « Médecine interne générale (Dr F._____), psychiatrie (Dr Y._____) et rhumatologie (Dr R._____) ». Dans un courrier du même jour, renvoyant à ses lignes des 11 et 17 décembre 2019, l'OAI a expliqué se conformer aux directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) en matière d'expertises médicales en laissant le centre d'expertises décider de la nécessité de procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles. Après un rappel des principes présidant l'attribution du mandat d'expertise comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales, l'OAI a signifié à l'assuré la possibilité, en cas de contestation de la communication d'expertise en question, d'obtenir une décision incidente sujette à recours. Enfin, en l'absence d'obligation pour les experts de contacter les médecins traitants ou d'autres médecins consultés, la requête à cet égard était donc laissée à leur libre appréciation.

Dans un courrier du 27 février 2020 à l'OAI, l'assuré a déposé un questionnaire et fait part des objections suivantes sur la communication du 29 janvier 2020 :

“1.-Vous m'informez que vous avez réexaminé le dossier, avec le concours du Service médical régional AI (SMR), et que vous avez intégré la psychiatrie dans les disciplines à expertiser. Ici, vous admettez que cette problématique est essentielle, ce qui est conforme à la réalité. Par contre, vous avez renoncé à inclure l'évaluation des capacités fonctionnelles, ce qui est inacceptable, et vous n'allez d'ailleurs pas jusqu'au bout du raisonnement, puisque vous laissez au centre d'expertise le soin

de décider des disciplines médicales à expertise[r]. Ici, il est indispensable que des directives claires soient données au service d'expertise.

- 2.- Mon mandat ne transigera pas cet élément, tant la motivation apparaît totalement inexistante. M. A. _____ a subi un grave accident, et l'on doit constater une double problématique, tant psychique, que physique. Dans ce contexte, je suggère que le Professeur C. _____, à l'Hôpital orthopédique, et que le cas échéant la Dresse Y. _____, rue du [...], [...], qui est une professionnelle indépendante, réputée et capable de rendre des expertises de haut niveau dans des délais raisonnables, soit mandatée. En conséquence, je vous saurais gré de réexaminer votre communication s'agissant des disciplines à expertiser et des experts à mandater, et ici je demande formellement une décision incidente, sujette à recours.

- 3.- En ce qui concerne l'autre problématique parallèle, liée aux médecins qui devraient ausculter M. A. _____, je constate d'abord que la sélection des médecins est anticipée, de sorte que je vous saurais gré de surseoir à cette problématique jusqu'à droit connu sur la question des disciplines à expertiser. Vous me faites savoir qu'un rhumatologue, le Dr R. _____ aurait été désigné. Ici, on ne comprend pas pourquoi un rhumatologue devrait être mandaté, alors que M. A. _____ souffre d'un problème orthopédique. Il y a ici un problème de compétence évident, de sorte que mon client conteste ce médecin. En outre, au titre de la psychiatrie et de la psychothérapie, le Dr Y. _____ a été désigné. Là, il s'agit d'une autre problématique, à savoir d'une problématique de compétence, et surtout d'indépendance de ce praticien, qui est connu pour pratiquer différentes expertises, et être extrêmement lié aux assurances, notamment accidents. Son indépendance doit être ici remise en cause. Pour des raisons de secret professionnel, il ne m'est pas possible de donner d'autres informations à cet égard, mais je peux vous assurer que les liens étroits que le Dr Y. _____ a avec différentes assurances remet[tent] en cause son indépendance. Je sollicite ici une décision formelle susceptible de recours."

Par décision incidente du 11 mars 2020, l'OAI a confirmé que l'expertise médicale pluridisciplinaire - médecine interne générale, psychiatrie ainsi que rhumatologie - serait effectuée auprès du T. _____, à [...], par les spécialistes désignés dans la communication du 29 janvier 2020. On en extrait la motivation suivante :

"Maître,

[...]

Sur la base de l'art. 44 de la Loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), la personne assurée peut récuser l'expert pour des raisons pertinentes. Le chiffre 2077.10 de la

Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) précise en outre que des objections portant sur les disciplines choisies peuvent être soulevées.

Après avoir examiné vos diverses objections, nous constatons que ces dernières ne peuvent être retenues.

En effet, il est de jurisprudence constante que le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertises, soient régulièrement mandatés par les organes de l'assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 p. 226 et les arrêts cités).

Vous ne faites par ailleurs valoir aucun autre argument de nature à remettre en question l'impartialité de l'expert Y._____.

S'agissant de l'inopportunité de mettre en œuvre un volet rhumatologique, dans un arrêt du 4 octobre 2017 (arrêt 9C_474/2017), le Tribunal fédéral a eu l'occasion de rappeler que les douleurs de l'appareil locomoteur sont du ressort aussi bien de la rhumatologie que de l'orthopédie, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise dans une seule de ces disciplines doit être considérée comme suffisante dans l'instruction d'un cas présentant une problématique de cet ordre.

Pour le surplus, en particulier en ce qui concerne l'évaluation des capacités fonctionnelles, nous nous référons entièrement à notre courrier du 29 janvier 2020, lequel fait partie intégrante de la présente décision, et précisons encore qu'il ressort du chiffre 2077.7 de la CPAI que le centre d'expertises compétent en dernier lieu pour l'intégrité et l'exhaustivité de l'expertise examine, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée. Les disciplines choisies par le centre ne peuvent être contestées ni par l'office AI ni par l'assuré (ATF 139 V 349, consid. 3.3), qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertises après l'examen requis.

Nous vous confirmons enfin que vos questions complémentaires ont été communiquées aux experts en date du 29 janvier 2020.

Ainsi, nous prions votre mandant, dans son propre intérêt, de se soumettre à la mesure d'instruction prévue. La date de l'examen sera fixée directement avec lui, d'entente avec le centre d'expertise désigné, après l'entrée en force de cette décision. [...]"

B. A._____, représenté par Me Pierre-Yves Baumann, a déféré la décision incidente précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 4 mai 2020 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une « expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie et orthopédie) sera mise en œuvre auprès d'un institut médical indépendant, sans que les spécialistes désignés n'aient à déterminer la pertinence de l'expertise, respectivement

leur mission » et que « l'expertise médicale pluridisciplinaire sera partiellement confiée, en ce qui concerne la problématique des douleurs, de la mobilité et des capacités fonctionnelles, à un orthopédiste qualifié ». Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision incidente attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Le recourant fait valoir une violation du droit d'être entendu, reprochant à l'OAI de n'avoir pas examiné attentivement des griefs, ni motivé sa décision. Il critique l'absence de désignation d'un spécialiste en orthopédie dans le collège d'experts ainsi que d'évaluation des capacités fonctionnelles et considère que seul l'OAI est habilité à discuter des disciplines de l'expertise et des compétences utiles au mandat. Les arguments développés par le recourant à l'appui de son acte seront pour le surplus repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion de la solution au présent litige.

Dans sa réponse du 17 juin 2020, produisant son dossier, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

Le 9 septembre 2020, en réplique, le recourant a précisé ses précédentes conclusions en estimant indispensable une expertise médicale pluridisciplinaire regroupant médecine interne générale, psychiatrie, psychologie, rhumatologie et orthopédie. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition du Professeur D._____ et du Dr P._____.

Dans sa duplique du 5 octobre 2020, en l'absence de nouveaux arguments susceptibles de remettre en question le bienfondé de la décision querellée, l'office intimé a maintenu sa position tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent.

b) 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, 4e éd., Zurich/Bâle/Genève 2020, n. 58 *ad* art. 52 LPGA, p. 947) – sont directement attaquables par la voie du recours devant les tribunaux des assurances institués par les cantons (art. 56 al. 1 et 57 LPGA).

En vertu des art. 74 al. 4 let. a et 75 LPA-VD ([loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] 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).

c) Pour le reste, compte tenu de la prolongation extraordinaire des fêtes pascales (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4), le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit 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. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou

de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

c) En tant que le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu en lien avec la motivation de la décision litigieuse, il sied de relever que ce grief formel est mal fondé. La décision incidente du 11 mars 2020 discute en effet en détail de toutes les objections soulevées par le recourant dans son courrier du 27 février 2020. S'agissant du désaccord du recourant concernant la renonciation à une évaluation de ses capacités fonctionnelles, la décision comporte un renvoi d'une part à la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), document public, en l'occurrence à son chiffre 2077.10 suffisamment exhaustif et assorti d'une citation de la jurisprudence, d'autre part au courrier du 29 janvier 2020 (et non à la communication constituant au demeurant son annexe). Le contenu de cet envoi du 29 janvier 2020 n'entraîne aucune source de confusion. La renonciation à l'évaluation des capacités fonctionnelles est

explicitée tant dans ce courrier que dans ceux, antérieurs, des 11 et 17 décembre 2019, auxquels dit courrier renvoie.

Concernant la contestation des disciplines de l'expertise, la décision comporte une citation de la jurisprudence pour justifier l'opportunité de mettre en œuvre un volet rhumatologique en l'espèce, puis fait référence à une jurisprudence plus générale relative au choix des disciplines médicales, qui est du ressort exclusif du centre d'expertises.

Enfin, l'OAI répond à la demande de récusation en citant la jurisprudence relative à l'indépendance de l'expert à l'égard des assureurs et observe, pour le surplus, l'absence de griefs formels personnels à l'égard du Dr Y._____.

Cela étant, il n'apparaît pas que l'office intimé aurait omis de se prononcer sur les arguments essentiels du recourant de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de prononcer l'annulation de la décision litigieuse pour violation du droit d'être entendu.

3. Sur le fond, présentant un état de santé global défaillant, le recourant réclame une évaluation de ses capacités fonctionnelles dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire à mener. Il soutient que les spécialistes désignés n'ont pas la possibilité de décider de la pertinence d'une telle évaluation, mais qu'il incombe à l'OAI de le faire. Le recourant sollicite par ailleurs l'adjonction de la spécialité orthopédique au motif que ses affections sont polymorphes. Il conclut donc à la mise en œuvre par l'office intimé d'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie, psychologie, rhumatologique et orthopédique) auprès d'un centre médical indépendant, avec évaluation des capacités fonctionnelles.

4. a) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA). En droit des assurances sociales, une

évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (ATF 137 V 210 consid. 2.1.3 ; 144 V 258 consid. 2).

b) Aux termes de l'art. 72bis RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention (al. 1). L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2). Dans un premier temps, l'OAI communique le type d'expertise qu'il entend mettre en œuvre, les disciplines médicales prévues ainsi que le catalogue des questions qu'il entend soumettre aux experts. L'assuré peut soulever des objections contre le principe de l'expertise, les disciplines médicales prévues et présenter des questions supplémentaires. Le mandat d'expertise est ensuite déposé sur la plateforme informatique SuisseMED@P, laquelle procède à l'attribution du mandat d'expertise pluridisciplinaire à l'un des centres d'expertises médicales agréés par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) selon le principe de l'assignation aléatoire. Une fois le mandat attribué par SuisseMED@P, l'OAI communique à l'assuré le nom du centre chargé de l'expertise et l'identité des experts. L'assuré peut alors formuler des objections de nature formelle ou matérielle à l'égard de l'un ou des expert(s) désigné(s) (ATF 139 V 349 consid. 5.2.2). Si l'OAI ne donne suite qu'en partie ou pas du tout aux objections de l'assuré, il rend une décision incidente sujette à recours auprès du tribunal cantonal des assurances ou du Tribunal administratif fédéral dans laquelle il indique les disciplines médicales prévues, le nom des experts désignés et les raisons pour lesquelles il n'a pas été tenu compte des objections soulevées (JACQUES OLIVIER PIGUET, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales*, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 28 *ad* art. 44 LPGGA p. 555).

5. a) En l'espèce, l'argument du recourant selon lequel l'office intimé aurait, en raison de contingences accessoires, renoncé au mandat d'expertise Z._____ n'a pas à être examiné. Les motifs avancés par l'OAI à l'appui de la révocation du mandat d'expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'Z._____ ne sont pas déterminants. En effet, le SMR a dans un premier temps souhaité mettre en place une expertise comportant la médecine interne, la rhumatologie ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles de l'assuré. Après l'adjonction d'une troisième discipline, soit la psychiatrie (cf. communication interne du 11 décembre 2019), la procédure imposée par l'art. 72bis RAI devait être suivie, avec la désignation aléatoire qu'elle prescrit (cf. consid. 4b supra). A cela s'ajoute que Z._____ n'est quoi qu'il en soit pas sur la liste des centres d'expertises agréés et n'aurait pu assumer le mandat d'expertise avec trois disciplines (<https://www.suissem.edap.ch/Pages/MedasMap.aspx>). Peu importe donc les motifs à l'origine de la renonciation au mandat initialement confié à Z._____.

La CRR a ensuite été désignée selon la procédure précitée ; elle a fait valoir des motifs de récusation (cf. courrier du 18 février 2020), fondés compte tenu de sa prise en charge du recourant du 14 décembre 2016 au 11 janvier 2017, sous la forme d'une rééducation intensive et d'une évaluation multidisciplinaire, étant précisé qu'un prestataire de soins ne saurait être mandaté en qualité d'expert. A ce stade, l'OAI devait donc réinitier la procédure 72bis RAI, laquelle a débouché en l'occurrence sur la désignation du T._____.

b) Le recourant considère nécessaire l'adjonction de l'orthopédie au titre d'une quatrième discipline, la rhumatologie étant insuffisante au vu de ses affections polymorphes. Il observe sur ce point que les douleurs, attestées par les différents rapports au dossier, démontrent des douleurs chroniques à l'arrêt, en position debout, assise ou couchée, et en cas de déplacement.

En matière d'expertise pluridisciplinaire 72bis RAI (cf. consid. 4b supra), le chiffre 2077.7 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) valable à partir du 1^{er} janvier 2010, dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2018, prévoit notamment ce qui suit :

“Le centre d'expertises compétent en dernier lieu pour l'intégrité et l'exhaustivité de l'expertise examine, sous l'angle de l'économicité de l'instruction, si la liste des disciplines médicales doit être modifiée. Les disciplines choisies par le centre ne peuvent être contestées ni par l'office AI ni par l'assuré (ATF 139 V 349, consid. 3.3), qui doivent accepter la décision prise par le centre d'expertises après l'examen requis.”

Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en écarte pas sans motif pertinent (ATF 144 V 195 consid. 4.2 et les références). En l'occurrence, la circulaire de l'OAI se réfère expressément à la jurisprudence, ce qui exclut de s'en écarter. A cela s'ajoute qu'à la faveur des travaux relatifs au développement continu de l'assurance-invalidité, le législateur a codifié cette jurisprudence en modifiant l'art. 44 LPGa (FF 2020 5394).

La procédure est décrite sous numéro 7 de l'Annexe V CPAI, qui prévoit ce qui suit :

“Lorsque le centre d'expertises ajoute une ou plusieurs disciplines médicales à celles choisies par l'office AI (AJOUTER UNE DISCIPLINE), cette sélection élargie est contraignante. Les centres d'expertises expliquent dans un champ plein-texte (COMMENTAIRE) pour quels motifs des expertises lui semblent nécessaires dans une ou plusieurs disciplines supplémentaires ou les motifs pour lesquels il a supprimé une ou plusieurs disciplines proposées par l'office AI. Sous PLANIFICATION DU MANDAT, le centre d'expertises communique pour chaque discipline le nom et les titres de spécialité médicale des personnes auxquelles l'expertise est confiée. Une fois que le mandat est confirmé (CONFIRMATION DU MANDAT), l'office AI est informé par courriel du nom et du titre de spécialité médicale des experts. Chaque fois qu'il reçoit un mandat attribué de manière aléatoire, le centre d'expertises indique ses capacités résiduelles dans chaque discipline sous MONITEUR DES CAPACITÉS. [...]”

Le recourant n'a donc pas de droit de participation sur le choix des disciplines en cas d'expertise pluridisciplinaire 72bis RAI. Il ne peut donc pas prétendre à l'adjonction de la spécialité orthopédique, que le T._____ n'aura *a priori* pas jugé utile au vu des disciplines mentionnées dans l'acceptation du mandat. Le grief est mal fondé et doit être rejeté.

c) Le recourant plaide en faveur de l'adjonction de l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF), laquelle se définit comme suit (<https://www.sar-reha.ch/fr/groupe-social/ci-ergonomie/ecf.html>):

“Ce système d'évaluation est le seul reconnu en Suisse permettant de déterminer le plus objectivement possible et en toute sécurité les aptitudes physiques nécessaires à la réalisation d'un travail productif (tâches manuelles, limites fonctionnelles et performances...). Il comprend des questionnaires (douleur, santé générale, auto-appréciation des propres capacités fonctionnelles...) et une batterie de tests fonctionnels reproduisant des activités fréquemment exécutées par un travailleur manuel (manutention des charges, positions contraintes, déplacements, dextérité...). Le rapport ECF rédigé à l'issue des 2 journées d'évaluation permet de quantifier les performances que le sujet accepte d'accomplir, d'apprécier son comportement face à la douleur et à l'effort physique, d'évaluer sa coopération et la cohérence des performances. L'ECF établit également une comparaison théorique entre les performances réalisées au cours de l'évaluation et les principales exigences physiques de l'activité professionnelle. Des propositions de réadaptation comme des mesures d'insertion sont parfois aussi formulées.”

L'ECF est, de par sa définition, uniquement un instrument d'évaluation de la capacité de travail, laquelle relèvera finalement de l'appréciation d'un médecin. Du point de vue de la médecine d'assurance, les résultats d'un examen ECF doivent en effet toujours être rendus plausibles par un examen médical et être commentés (<https://www.medecinsconseils.ch/manual/4/aufarztzeugnis/hilfsmittelbeurt/index.phtml>). Un tel instrument n'est *a priori* pas indispensable, en plus de l'examen médical approfondi (médecine interne générale, psychiatrie et rhumatologie), afin de clarifier le droit aux prestations.

Selon la jurisprudence, pour une évaluation valable de la capacité de travail et du caractère raisonnable, dans certains cas, une

évaluation des performances fonctionnelles axée sur le travail est souhaitable, voire nécessaire, en plus des constatations et des diagnostics médicaux (TF 8C_547/2008 consid. 4.2.1). L'évaluation des capacités fonctionnelles n'étant pas une discipline médicale, le centre d'expertises n'a pas à examiner la nécessité d'un tel examen au stade de l'attribution du mandat. Une telle évaluation n'a qu'un caractère accessoire et il ne saurait être anticipé de sa nécessité avant même l'exécution du mandat d'expertise, en particulier les examens cliniques et l'analyse des limitations fonctionnelles ainsi que de la capacité de travail. Le grief est également mal fondé et doit être rejeté.

d) Enfin, et quand bien même le recourant n'a pas renouvelé sa demande de récusation du Dr Y._____ en qualité d'expert psychiatre, ses griefs précédents, à savoir l'allégation d'une dépendance économique de cet expert vis-à-vis des assureurs, notamment accidents, ne pourraient qu'être écartés. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la circonstance qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, est régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas, à elle seule, un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références ; TF 9C_445/2018 du 5 juillet 2018 ; 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 3.2). Pour le surplus, le recourant n'objecte pas d'autres griefs formels ou matériels de récusation.

e) Vu ce qui précède, la décision de l'intimé doit être confirmée sur le principe de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire - médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie ainsi que rhumatologie - auprès du T._____ de [...], par les Drs F._____ (médecine interne), Y._____ (psychiatrie) et R._____ (rhumatologie).

6. Un complément d'instruction apparaît inutile (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 et références citées) et la requête tendant à l'audition du Professeur

D._____ et du Dr P._____ doit dès lors être rejetée. L'audition des deux témoins s'avère superflue en effet, faute de droit de participation à l'intégration de la discipline orthopédique dans l'expertise pluridisciplinaire.

7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il y a lieu de déroger au principe de la gratuité (art. 61 let. a LPGA), la présente procédure étant onéreuse dès lors que le litige au fond a trait à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI (ATF 133 V 441 ; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (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 11 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A._____.
- IV.** 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 :

- Me Pierre-Yves Baumann (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :