

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juin 2009

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : M. Dind et M. Monod, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à Saint-Sulpice (VD), recourante, représentée par Me Raphaël Tatti, à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD** (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

---

**Art. 7 al. 1 aLAI; 21 al. 4 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** P.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 18 juillet 1958, mariée et mère de deux enfants, a exercé l'activité de médecin-dentiste indépendant depuis 1986. Elle est en incapacité de travail depuis le 11 août 2001. Le 2 octobre 2003, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à une orientation professionnelle et à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "rechute de dépression".

**b)** Dans un rapport du 17 novembre 2003 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin responsable de la Clinique K.\_\_\_\_\_ à [...], indique que l'assurée a été hospitalisée à la Clinique K.\_\_\_\_\_ à deux reprises, du 20 janvier 1998 au 17 février 1998 et du 16 août 2001 au 12 septembre 2001, pour un état dépressif sévère; la dernière consultation remonte au 12 septembre 2001.

Dans un rapport du 19 novembre 2003 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de dépression, entraînant une incapacité totale de travail depuis le 11 août 2001.

Dans un nouveau rapport médical du 16 juillet 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ estime toujours l'incapacité de travail comme étant totale dans toute activité et précise que l'état dépressif est chronifié, l'assurée se maintenant plus ou moins bien à domicile comme femme au foyer avec des hauts et des bas.

**c)** Ensuite d'un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) (Dr X.\_\_\_\_\_) du 26 septembre 2005, l'OAI confie une expertise médicale au Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 29 septembre 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ procède à une anamnèse complète (p. 3-10) et pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome

somatique (ICD-10: F33.1), évolution de type dysthymie (ICD-10: F34.1) et trouble de la personnalité émotionnellement labile, type personnalité limite (ICD-10: F60.31). L'expert indique que sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de difficulté à diagnostiquer l'existence anamnesticque (et actuelle) d'épisodes dépressifs récurrents, en évolution lentement favorable vers une dysthymie puis peut-être une réelle stabilité. Un trouble spécifique de la personnalité, en évolution lentement favorable avec l'âge, est également facilement mis en évidence. L'expert précise que le pronostic reste lié à l'évolution de l'état dépressif et au traitement psychiatrique qui à son avis ne devrait pas être seulement médicamenteux (p. 13). L'activité professionnelle de l'assurée en tant que dentiste indépendante travaillant avec son mari n'a plus été possible depuis la survenance de l'épisode dépressif diagnostiqué cliniquement en 2001 avec désorganisation de la personnalité et syndrome somatique complet. Actuellement, l'évolution semble lentement favorable, proportionnelle à la résolution de l'épisode dépressif et surtout à la stabilisation émotionnelle avec renforcement positif de l'image d'elle-même; toutefois la capacité résiduelle de travail lucratif est encore nulle. L'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible et ne le sera probablement plus. Il n'y a pas de raison ni de possibilité d'exiger de l'assurée une autre activité; le désir personnel de l'assurée est de s'engager à nouveau dans une autre activité professionnelle lucrative d'ici deux ans (p. 15-16).

**d)** Ensuite d'un avis médical du SMR (Dr H.\_\_\_\_\_) du 6 novembre 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_, dans un rapport d'expertise complémentaire du 27 novembre 2006, a précisé à la demande de l'OAI sur quels "critères-symptômes" il avait fondé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type personnalité limite, et de syndrome somatique (p. 2-3). Invité en outre à exposer sa conception du traitement optimal des diagnostics qu'il a retenus, il a préconisé de mettre en place (p. 3-4):

- une psychothérapie individuelle personnalisée, dont le but serait, outre de suivre l'évolution thymique, de renforcer l'image d'elle-même, valoriser

et objectiver les ressources restantes, travailler sur les capacités relationnelles, favoriser l'intégration et l'engagement socioprofessionnel, établir des liens entre les vécus et les comportements passés et actuels pour changer le fonctionnement psychique ultérieur, etc.

- une collaboration avec une thérapie de groupe pour la composante état limite (il existe des plans de soins en groupe, par exemple de type thérapie cognitive émotionnelle, bien établis, centrés sur l'évolution et la reconnaissance des émotions).

- entretiens de couple dans le sens de la collaboration et/ou soutien des proches.

- un recours à la pharmacopée anti-dépressive avec un suivi régulier, une évaluation des résultats obtenus, des adaptations de type d'anti-dépresseurs et/ou des doses; éventuellement l'utilisation de petites doses de neuroleptiques nouvelle génération.

**e)** Dans un rapport d'examen du 29 mars 2007, le SMR (Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne) a préconisé d'informer l'assurée et son médecin traitant que les prestations qui pourraient être octroyées par l'institution doivent expressément s'entendre dans le cadre initial de l'art. 21 al. 4 LPGA non seulement pour la prise des traitements médicamenteux prescrits, mais aussi pour ce qui est du suivi psychiatrique qui sera planifié selon l'avis du médecin psychiatre choisi par l'assurée, mais au moins une fois par mois en l'absence d'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée. Un contrôle par des tests adaptés (dosage plasmatique des psychotropes prescrits) sera fait régulièrement en l'absence d'une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée et au moins chaque trimestre. Les résultats seront collectés par le médecin traitant et transmis à l'AI afin d'instruire la révision du dossier dans 12 mois.

**f)** Par lettre du 20 avril 2007, l'OAI a communiqué ce qui suit à l'assurée:

"Dans le cadre de l'instruction de votre demande de prestations, nous avons demandé au Dr W. \_\_\_\_\_ d'établir une expertise médicale.

Suite à l'avis du Service médical régional, nous envisageons de vous reconnaître le droit à une rente entière de l'AI.

Toutefois, il ressort de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2006 qu'un traitement psychiatrique approprié et régulier (une fois par mois) améliorerait votre état de santé et par voie de conséquence votre capacité de travail et de gain.

Nous vous enjoignons donc à poursuivre le traitement médicamenteux prescrit par votre médecin traitant et à vous soumettre à un suivi régulier chez un médecin psychiatre.

Notre exigence est fondée sur un principe général du droit des assurances sociales qui dispose que l'assuré a le devoir de prendre toutes les mesures raisonnablement exigibles propres à limiter le dommage subi ainsi que sur l'article 21 alinéa 4 de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA). Cette disposition prévoit en effet le refus ou la réduction des prestations si l'assuré se soustrait ou s'oppose à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Nous ajoutons encore que nous sommes en droit d'exiger un traitement médical même si ce dernier n'est pas à notre charge, ce qui est le cas, en l'espèce.

Nous vous prions dès lors de nous faire part d'ici au 31 mai 2007, de votre position à l'égard du traitement médical que nous vous demandons de suivre.

Par conséquent, merci de répondre aux questions suivantes (au besoin par simple annotation sur la présente):

1) Acceptez-vous de suivre le traitement indiqué ?  
.....

2) Si oui, prière de nous donner les coordonnées du médecin psychiatre qui vous suivra (ce dernier sera régulièrement interrogé sur l'évolution de l'état de santé) :  
.....

Sans nouvelles de votre part d'ici au 31 mai 2007, ou en cas de refus de suivre le traitement médical demandé, nous rendrons un projet de décision en faveur d'une rente limitée dans le temps."

**B. a)** Le 12 juin 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont la teneur était en substance la suivante: L'assurée, qui exerce l'activité de médecin-dentiste, présente pour des raisons de santé une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 11 août 2001.

A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI et après examen de son dossier par le SMR, il appert que l'assurée présente une incapacité de travail de 100% dans toute activité. Le droit à la rente est donc ouvert depuis le 2 octobre 2002, soit 12 mois avant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 aLAI). Toutefois, suite à l'expertise établie par le Dr W. \_\_\_\_\_ et de l'avis du SMR, la capacité de travail de l'assurée pourrait être notablement améliorée, voire complètement récupérée, si elle se soumettait à un traitement adapté. C'est la raison pour laquelle l'OAI a adressé le 20 avril 2007 à l'assurée un courrier lui demandant d'indiquer d'ici au 31 mai 2007 si elle acceptait de se soumettre au traitement prescrit par l'expert, cette exigence étant fondée sur l'art. 21 al. 4 LPGA. Comme à ce jour l'OAI était sans nouvelles de la part de l'assurée, il en concluait que celle-ci n'acceptait pas de se soumettre au traitement prescrit. Par conséquent, l'assurée n'avait droit à une rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, que du 2 octobre 2002 au 31 mai 2007.

**b)** Par lettre recommandée du 15 juin 2007, l'assurée a accusé réception du projet de décision du 12 juin 2007 et a contesté n'avoir pas répondu à la lettre de l'OAI du 20 avril 2007. Elle a joint une copie de la lettre qu'elle avait adressée le 14 mai 2007 à l'OAI et de ses annexes. Dans ce courrier du 14 mai 2007, l'assurée exposait notamment ce qui suit:

"J'ai bien reçu vos conditions concernant ma demande de prestation.

**Concernant la médication :**

- Je suis en traitement médicamenteux depuis 2001 et si j'ai pu pendant 4 mois m'en passer je sais que ce n'est pas réaliste.

- J'accepte de poursuivre le traitement médicamenteux qui m'a été prescrit et qui me convient et je ne tenterai pas de l'arrêter.

Par contre en ce qui concerne un rendez-vous mensuel par mois chez un psychiatre, je n'adhère pas :

Je n'ai pas attendu vos réponses et conditions pour être active, positive et chercher à me remettre dans le circuit. Je ne me suis pas complu dans mon malaise pendant toutes ces années à ingurgiter des médicaments pour me sentir mieux. Ces médicaments ne rendent pas la vie toute rose ils ne font que la rendre tolérable.

**Concernant la psychothérapie :**

- Je n'ai rencontré jusqu'à présent aucun psychiatre capable de me donner un sens et des outils pour répondre aux questions existentielles et aux souffrances qui me travaillent depuis l'enfance (...).

- J'ai travaillé avec différentes personnes choisies librement dont S. \_\_\_\_\_ Art thérapeute pendant 8 ans à raison de 3 fois par semaine en période de crise et de 1 fois par mois pendant des années. Elle m'a aidée à me reconstruire, à recoller les morceaux, à panser les blessures de l'enfant et de l'adulte dépressif « qui n'a qu'à », à reconnaître ma valeur, mes compétences, à développer ma sensibilité, ma créativité, à découvrir ma personnalité et j'y ai trouvé des réponses à mes questions autrement qu'intellectuellement pour une personne essentiellement mentale.

- Aujourd'hui je travaille avec T. \_\_\_\_\_, thérapeute, formatrice, écrivaine et conférencière, chez qui je trouve les outils concrets pour éduquer, voir rééduquer mon subconscient, aller de l'avant et construire un futur et ceci aussi très régulièrement.

(...)

J'apprécie les services des psychiatres en périodes d'urgence et de profondes détresses. Pour moi ils possèdent la science médicale, le savoir intellectuel (médication, diagnostic, mise en place de traitement, hospitalisation, protection de la famille), mais je ne désire pas suivre la thérapie que vous me proposez. Nous avons convenu d'une expertise dans 3 ans, (Monsieur W. \_\_\_\_\_ proposait 5 ans).

**- J'accepte une expertise annuelle chez le Docteur W. \_\_\_\_\_.**

**- Je refuse de faire un suivi mensuel chez un psychiatre.**

**- Quant au travail « psychiatrique approprié et régulier » j'estime m'y être attelée depuis des années et le poursuivre assidument."**

**c)** Par lettre du 27 juin 2007, l'OAI a écrit à l'assurée en ces termes:

"Nous nous référons à notre entretien téléphonique du 25 juin 2007 et à votre courrier du 19 juin 2007.

Dans votre lettre du 14 mai 2007 (jointe en copie à votre courrier du 19 courant), vous nous informez que vous n'acceptez pas de vous soumettre totalement au traitement que nous exigeons de vous.

Aussi, en vertu de l'article 29 (recte: 21 al. 4) LPGA disposant que « les prestations peuvent être refusées définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion raisonnablement exigible et susceptible

d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain ».

Vous vous opposez à un suivi régulier chez un psychiatre.

Notre projet de décision doit donc être maintenu. Une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% vous est reconnu du 2 octobre 2002 au 31 mai 2007.

Vous recevrez ultérieurement une décision contre laquelle il vous sera loisible de recourir."

**d)** Le 9 août 2007, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Raphaël Tatti, a présenté ses objections motivées au projet de décision du 12 juin 2007 et a conclu à la modification de ce projet de décision en ce sens que la rente AI est accordée dès le 2 octobre 2002 et au-delà du 31 mai 2007, en faisant valoir ce qui suit:

"1. Premièrement, selon votre courrier adressé à ma mandante le 20 avril 2007, il « ressort de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2006 qu'un traitement psychiatrique approprié et régulier (une fois par mois) améliorerait votre état de santé et par voie de conséquence votre capacité de travail et de gain. » Or, contrairement à ce que vous affirmez, il ne ressort nullement de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ susmentionnée que celui-ci proposerait une telle mesure. A défaut, je vous saurais gré de bien vouloir m'indiquer à quelle page exacte de l'expertise en question, ce traitement figurerait.

2. Deuxièmement, il ressort de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2006 (page 13) que les troubles psychiatriques diagnostiqués présentent une évolution lentement favorable, de même que le trouble spécifique de la personnalité mis en évidence (ibidem). Or, on ne saurait faire le lien entre l'évolution susmentionnée de l'état de santé de la patiente et la mise sur pied d'un suivi psychiatrique, puisque ce dernier n'a pas eu lieu.

En d'autres termes, cela signifie que l'évolution favorable présentée par Mme P.\_\_\_\_\_ découle du suivi médicamenteux auquel elle se soumet, ainsi que de son traitement psychothérapeutique (et non psychiatrique) personnalisé et individualisé qu'elle suit depuis plusieurs temps déjà (expertise page 12).

3. Troisièmement, la question du traitement optimal des diagnostics psychiatriques retenus a été posée de manière claire et précise au Dr W.\_\_\_\_\_ qui s'est exprimé sur ce point dans son rapport complémentaire du 27 novembre 2006 (page 3). Il ressort de ce rapport que les traitements suivants sembleraient adéquats :

- Mise en place d'une psychothérapie individuelle personnalisée ;
- Collaboration avec une thérapie de groupe pour la composante état limite ;
- Entretiens de couple ;

- Recours à la pharmacothérapie antidépressive ;

4. Quatrièmement, et eu égard aux indications données sous chiffre 3, il ne ressort donc nullement que le Dr W.\_\_\_\_\_ recommanderait la mise en place d'un traitement psychiatrique. Au contraire, ce dernier propose la mise en place d'un traitement de psychothérapie individuelle personnalisée.

Dès lors, si l'on met en parallèle la proposition thérapeutique du Dr W.\_\_\_\_\_ consistant à la mise en place d'un traitement de psychothérapie individuelle spécialisée et le fait que Mme P.\_\_\_\_\_ a démontré une évolution positive de son état de santé en suivant sa propre psychothérapie individuelle spécialisée (savoir notamment l'art thérapie), il y a lieu d'admettre que ma mandante ne se refuse aucunement à son devoir de collaboration découlant de l'art. 29 (recte: 21 al. 4) LPGA.

5. Enfin, je me permets de souligner que ma mandante ne s'est jamais déclarée opposée à la mise en place d'un traitement de psychothérapie individuelle personnalisée pour autant que ce traitement se poursuive sur les bases choisies par elle. A cet égard, je rappelle que la mise en place de ce traitement a déjà eu lieu (en particulier psychothérapie par art thérapie) et que ses effets positifs ont pu être constatés."

**e)** Dans un avis SMR du 6 décembre 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ (spécialiste FMH en médecine interne) considère qu'il convient de suivre les recommandations de l'expert qui écrit en page 13 : «Le pronostic reste lié à l'évolution de cet état dépressif, et au traitement psychiatrique qui à mon avis ne devrait pas être seulement médicamenteux ». Selon le Dr H.\_\_\_\_\_, les traitements non-médicamenteux décrits par le Dr W.\_\_\_\_\_ sont inclus dans l'injonction du SMR. La psychothérapie individuelle doit être le fait d'une personne reconnue comme compétente par les autorités sanitaires. Il en va de même pour les autres thérapies détaillées par l'expert. Un tel programme de soin doit être supervisé médicalement et un médecin spécialiste FMH en psychiatrie est la personne la mieux formée pour ce faire. Le psychiatre en charge assumera ou déléguera les thérapies non médicamenteuses prescrites.

**f)** Par lettre du 30 janvier 2008, l'OAI a écrit ce qui suit à l'avocat de la recourante:

"Dans votre courrier du 9 août 2007 vous estimiez, d'une part, qu'il ne ressort pas de l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ qu'un traitement psychiatrique améliorerait l'état de santé de l'assurée et par conséquent sa capacité de gain. Vous estimez d'autre part que ce

que l'assurée a entrepris correspond à la proposition thérapeutique du Dr W.\_\_\_\_\_.

En ce qui concerne votre premier grief nous relevons que l'expert W.\_\_\_\_\_ estime que le pronostic est lié à l'évolution de l'état dépressif et au traitement psychiatrique qui ne devrait pas être que médicamenteux.

On peut donc en déduire qu'un traitement psychiatrique sous forme de thérapie permettrait une évolution favorable de l'état de santé. Or une amélioration de l'état de santé permettrait une amélioration de la capacité de travail qui à terme permettrait une amélioration de la capacité de gain.

Au vu de votre deuxième grief, nous avons soumis une nouvelle fois le dossier de Mme P.\_\_\_\_\_ au Service médical régional afin de déterminer si l'exigence de se soumettre à un traitement médical était ou non respecté au vu des diverses démarches thérapeutiques entreprises par celle-ci.

Le SMR maintient sa position selon laquelle une psychothérapie, mesure exigible en l'espèce, doit être le fait d'un psychiatre. Les diverses thérapies mises en place par Mme P.\_\_\_\_\_ ne correspondent donc pas au traitement qui peut être exigé.

Au vu de ce qui précède, nous devons maintenir notre position. Vous recevrez donc prochainement une décision sujette à recours."

**g)** Une décision de l'OAI du 21 avril 2008 allouant à l'assurée une rentière entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2002 au 31 mai 2007, complétée d'une rente complémentaire pour conjoint et de deux rentes pour enfants, a été notifiée à l'assurée par l'intermédiaire de la Caisse de compensation 028 Medisuisse, avec en annexe une motivation qui reprenait textuellement la motivation du projet de décision du 12 juin 2007.

**C. a)** Par acte du 22 mai 2008, l'assurée recourt contre la décision du 21 avril 2008, en contestant celle-ci dans la mesure où elle lui dénie tout droit à une rente au-delà du 31 mai 2007 (p. 2). Rappelant les principes applicables en matière de devoir de collaboration de l'assuré (art. 7 et 7a LAI) et de sanction en cas de manquement à ce devoir (art. 7b LAI et art. 21 al. 4 LPGa), elle fait valoir que les mesures auxquelles l'assuré doit se soumettre doivent être adéquates à supprimer l'invalidité ou à la réduire, et que selon la jurisprudence rendue dans le contexte des mesures de réadaptation mais toujours dans le cadre de l'art. 21 al. 4 LPGa, il convient de vérifier s'il existe un lien de causalité entre le

comportement reproché à l'assuré et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance (p. 3-4). Selon la recourante, il serait inexact d'affirmer qu'elle refuse de se soumettre au traitement prescrit par l'expert, le Dr W.\_\_\_\_\_. Elle se réfère à cet égard au rapport complémentaire du Dr W.\_\_\_\_\_ du 27 novembre 2006, qui parle notamment de la mise en place d'une psychothérapie individuelle personnalisée. Or si l'on met en parallèle la proposition thérapeutique du Dr W.\_\_\_\_\_ consistant en la mise en place d'une psychothérapie individuelle spécialisée et le fait que la recourante a démontré une évolution positive de son état de santé en suivant sa propre psychothérapie individuelle spécialisée (notamment par le biais de l'art thérapie), il y aurait lieu d'admettre que les exigences relatives au traitement approprié ont été respectées au sens des art. 7 ss LAI et 21 al. 4 LPGA (p. 4-5). A titre superfétatoire, la recourante fait valoir que les traitements proposés semblent objectivement de nature à supprimer ou à réduire l'invalidité, mais aussi subjectivement adaptés à celle-ci, puisqu'une évolution positive a déjà pu être constatée par l'expert en page 13 de son rapport du 29 septembre 2006 (p. 5). Enfin, il faut examiner si le comportement de l'assuré cause un dommage à l'assurance; or tel ne serait pas le cas en l'espèce puisque la recourante se soumet au traitement de psychothérapie individuelle personnalisée préconisé par l'expert et que son état de santé a évolué de manière favorable (p. 6). La recourante conclut ainsi à l'annulation de la décision entreprise et au service d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mai 2007 (p. 7).

L'avance de frais de 250 fr. a été payée.

**b)** Dans sa réponse du 23 septembre 2008, l'OAI expose n'avoir rien à ajouter à sa décision du 21 avril 2008, ainsi qu'à son courrier du 30 janvier 2008, qu'il ne peut que confirmer.

**c)** Il n'y a pas eu d'échange ultérieur d'écritures ni de mesures d'instruction. Interpellé le 13 mai 2009 par la recourante qui demandait si un jugement était en cours de rédaction et pourrait intervenir prochainement, le juge instructeur l'a informée le 19 mai 2009 qu'au vu de

l'état du rôle, le dossier devrait pouvoir être mis en circulation au sein de la cour dans les mois qui viennent.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour en corps et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr.

**2.** Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1.2). L'art. 7 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007 et donc applicable en l'espèce; cf. TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 2.2) dispose que l'ayant droit est tenu de faciliter toutes les mesures prises en vue de sa réadaptation à la

vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Lorsque l'ayant droit ne satisfait pas à son obligation de collaborer, les prestations peuvent être réduites ou refusées selon l'art. 21 al. 4 LPGA. Aux termes de cette dernière disposition, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

**3. a)** D'après la jurisprudence, la question de savoir si un traitement ou une mesure de réinsertion professionnelle est raisonnablement exigible doit être résolue à la lumière de l'ensemble des circonstances personnelles, notamment de la position professionnelle et sociale de la personne assurée. Est toutefois déterminant ce qui est raisonnablement exigible d'un point de vue objectif, et non selon l'appréciation subjective de l'assuré. La mention du texte légal (art. 21 al. 4 in fine LPGA) selon laquelle les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés ne signifie pas que les traitements et mesures ne présentant pas un tel danger sont automatiquement exigibles; elle montre toutefois que seuls des motifs d'une certaine gravité permettent d'admettre le caractère non exigible. Celui-ci est ainsi en relation d'une part avec la portée de la mesure et d'autre part avec l'importance de la prestation en cause. En particulier pour les mesures médicales qui peuvent représenter une atteinte importante à l'intégrité personnelle de l'assuré, il ne faut pas se montrer trop sévère avec l'exigibilité; inversement, celle-ci doit d'autant plus être admise que la mesure en question n'est pas susceptible de représenter une atteinte importante à l'intégrité personnelle de l'assuré. Par ailleurs, les exigences quant à

l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage doivent être plus élevées lorsque sont en cause des prestations sous forme de rente (TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 3.1 et les références citées; TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3.1.1; Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève, 2e éd. 2009, ch. 74-76 ad art. 21 LPGA).

**b)** En l'espèce, les mesures médicales auxquelles l'office intimé, dans sa lettre du 20 avril 2007 qui contenait l'avertissement prévu par l'art. 21 al. 4 LPGA et impartissait à la recourante un délai convenable (au 31 mai 2007), a invité la recourante à se soumettre - à savoir d'une part de poursuivre le traitement médicamenteux prescrit par son médecin traitant et d'autre part de se soumettre à un suivi régulier (une fois par mois) chez un médecin psychiatre - apparaissent raisonnablement exigibles à la lumière de l'ensemble des circonstances personnelles de la recourante. De telles mesures - dont la recourante ne conteste d'ailleurs pas la première composante, à savoir la poursuite du traitement médicamenteux, mais uniquement la deuxième, à savoir le suivi mensuel chez un médecin psychiatre - ne représentent en effet qu'une atteinte relativement minime à l'intégrité personnelle de la recourante, et le fait que celle-ci ne perçoive pas l'utilité d'un suivi mensuel chez un médecin psychiatre est sans pertinence sur l'exigibilité, qui doit être appréciée d'un point de vue objectif (TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 3.1.2; TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3.1.2; Kieser, op. cit., ch. 79 ad art. 21 LPGA).

**4. a)** Selon la jurisprudence, la réduction ou le refus de prestations selon l'art. 21 al. 4 LPGA présuppose ensuite que la mesure médicale ou professionnelle envisagée ou ordonnée soit propre à entraîner une diminution importante du dommage assuré. En d'autres termes, il doit exister un lien de causalité entre le comportement reproché à l'assuré et le dommage susceptible d'être causé à l'assurance. Ce lien de causalité doit par la force des choses être apprécié de manière prospective et donc hypothétique. Il n'est pas besoin d'une preuve stricte que la mesure refusée par l'assuré aurait effectivement conduit au résultat escompté, mais il suffit d'une certaine vraisemblance quant au résultat qui aurait pu

être obtenu. Le degré de vraisemblance exigé dépend à nouveau de la gravité de l'atteinte aux droits de la personnalité liée à la mesure en question: pour les mesures thérapeutiques qui n'entraînent qu'une atteinte limitée à l'intégrité personnelle, il n'y a pas lieu de poser des exigences élevées quant au caractère vraisemblable de l'amélioration attendue (TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 3.1 et les références citées; TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3.2.1; cf. aussi TF 9C\_273/2007 du 3 janvier 2008, consid. 3.2; TFA I 457/05 du 13 octobre 2005, consid. 2; Kieser, op. cit., ch. 98 ad art. 21 LPGA).

**b)** En l'espèce, comme on l'a déjà dit, la mesure consistant à se soumettre à un suivi mensuel chez un médecin psychiatre - l'utilité du traitement médicamenteux n'étant, encore une fois, pas contestée par la recourante - ne représente qu'une atteinte relativement minime à l'intégrité personnelle de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de poser des exigences élevées quant au caractère vraisemblable de l'amélioration que l'on peut attendre d'une telle mesure. A cet égard, s'il est exact que la formulation précise des mesures imposées par l'office intimé à la recourante ne provient pas directement du rapport de l'expert W.\_\_\_\_\_, mais du rapport d'examen du SMR du 29 mars 2007 (cf. lettre A.e supra) appréciant les conclusions de l'expert W.\_\_\_\_\_, ce dernier a clairement préconisé, dans son rapport d'expertise complémentaire du 27 novembre 2006, d'une part une psychothérapie individuelle personnalisée et d'autre part un recours à la pharmacopée anti-dépressive avec un suivi régulier, une évaluation des résultats obtenus, des adaptations de type d'anti-dépresseurs et/ou des doses. L'expert W.\_\_\_\_\_ a donc bien recommandé un suivi régulier quant au traitement médicamenteux et à son adaptation, suivi qui doit à l'évidence être assuré par un spécialiste FMH en psychiatrie. En outre, ce même expert avait déjà indiqué dans son rapport d'expertise du 29 septembre 2006 (p. 13) que le traitement psychiatrique ne devrait pas être seulement médicamenteux. Il résulte par ailleurs de l'avis du 6 décembre 2007 du Service médical régional - dont on rappelle que la tâche est précisément d'examiner les conditions du droit aux prestations et de formuler à l'office AI ses recommandations sous l'angle médical concernant la suite à donner à la demande de prestations

(art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) – que la thérapie médicamenteuse doit être assumée par un médecin spécialiste FMH en psychiatrie et que celui-ci, dans un nécessaire suivi global, doit assumer également les thérapies non médicamenteuses (psychothérapeutiques) ou les déléguer à des personnes compétentes (cf. lettre B.e supra).

Dans ces circonstances, l'office intimé était fondé à ordonner les mesures décrites dans sa lettre du 20 avril 2007, mesures dont il y a lieu d'admettre, sur le vu des avis médicaux au dossier et dans le cadre d'une appréciation prospective, partant hypothétique, qu'elles auraient vraisemblablement permis une amélioration de l'état de santé de la recourante dans le sens d'une récupération au moins partielle de sa capacité de travail et donc d'une diminution du dommage.

**5. a)** La question de savoir si et à partir de quand un refus de satisfaire à l'obligation de diminuer le dommage peut être imputé à l'assuré doit être résolue à la lumière de la procédure obligatoire d'avertissement et de réflexion de l'art. 21 al. 4 LPGA; cette procédure vise à mettre l'assuré en mesure de prendre conscience des conséquences préjudiciables de son comportement. Une violation de l'obligation de l'assuré de se soumettre à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle ne peut dès lors être retenue qu'après que l'autorité, comme le prescrit l'art. 21 al. 4 LPGA, a averti par écrit l'assuré des conséquences juridiques de son comportement et lui a imparti un délai de réflexion convenable (TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 3.4.1 et les références citées; TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 3.3.1; Kieser, op. cit., ch. 88-90 ad art. 21 LPGA).

**b)** En l'espèce, l'office intimé a dûment suivi la procédure d'avertissement et de réflexion prévue par l'art. 21 al. 4 LPGA et la recourante, dans sa lettre du 14 mai 2009, a clairement refusé de se soumettre à une partie importante des mesures ordonnées en signifiant expressément son refus de faire un suivi mensuel chez un psychiatre (cf. lettre B.b supra). La décision attaquée échappe ainsi à la critique dans la

mesure où elle impute à la recourante, dès le 31 mai 2007, une violation de son obligation de se soumettre à un traitement raisonnablement exigible qui aurait selon toute vraisemblance permis une diminution du dommage.

**6. a)** Lorsque toutes les conditions posées par l'art. 21 al. 4 LPGA sont remplies, la licéité de la réduction ou de la suppression des prestations dépend en outre du point de savoir si la réduction ou la suppression ordonnée respecte le principe de la proportionnalité au regard de la diminution du dommage qu'on peut attendre de la mesure à laquelle la personne assurée a refusé de se soumettre (TF 8C\_128/2007 du 14 janvier 2008, consid. 3.5.1 et les références citées; TF I 824/06 du 13 mars 2007, consid. 4). En d'autres termes, la réduction respectivement la suppression ne peut se rapporter qu'aux prestations que l'assureur n'aurait pas eu à octroyer si l'assuré avait satisfait à son obligation de diminuer le dommage (Kieser, op. cit., ch. 93 ad art. 21 LPGA et les références citées).

**b)** Or à cet égard, l'instruction de la cause par l'OAI apparaît lacunaire, les pièces médicales au dossier ne permettant pas de dire à partir de quand les mesures ordonnées à juste titre par l'intimé, et refusées par la recourante, auraient vraisemblablement permis de restaurer la capacité de travail de la recourante, ni dans quelle mesure. Il n'est en tout cas pas possible, sur le vu des pièces médicales au dossier, de retenir que l'acceptation par la recourante des mesures ordonnées lui aurait permis de récupérer une pleine capacité de travail dès le 31 mai 2007. Dans ce sens, la décision attaquée ne respecte à l'évidence pas le principe de la proportionnalité. Il convient donc de l'annuler, en admission partielle du recours, et de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens du présent considérant. En effet, selon la jurisprudence, il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985, K 646 p. 235 consid. 4). Lorsque tel n'a pas été le cas et que

l'instruction se révèle lacunaire, un renvoi du dossier à l'OAI qui a pour but d'établir l'état de fait déterminant ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3).

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

**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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD; cf. consid. 1 supra), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**c)** La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA; art. 55 et 56 al. 2 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, lesquels doivent être fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens réduits.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision attaquée est annulée; la cause est renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants du présent arrêt.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer à la recourante à titre de dépens réduits, est mise à la charge de l'OAI.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Raphaël Tatti (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).

Le greffier :