

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par sa curatrice, [...], et par Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 28 et 43 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité brésilienne, est arrivée en Suisse en 2001 et est au bénéfice d'un permis B. Sans formation professionnelle, elle a travaillé en 2002 comme caissière, puis masseuse indépendante de [...] 2005 à 2008. Séparée depuis 2008, elle est mère de deux enfants nés en 1994 et 2003.

Le 23 janvier 2013, le Centre social régional de [...] a déposé un formulaire de détection précoce en faveur de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport initial de l'OAI du 14 février 2013 faisant suite à un entretien avec l'assurée à l'issue duquel elle a été invitée à déposer une demande de prestations AI, le spécialiste en réinsertion professionnelle a notamment noté ce qui suit :

« 2. Préambule, analyse de la demande

L'assurée souffre de dépression majeure, d'agoraphobie avec crises de paniques et d'angoisses. Elle ne sort jamais seule de la maison, son compagnon ou sa fille doivent être avec elle, même pour aller faire une simple course. La dépression est présente depuis plusieurs années, mais la situation s'est aggravée en fin d'année 2012 lorsque le SPJ lui a enlevé la garde de son fils de 10 ans (suite à une bagarre entre l'assurée et son ex-mari, devant leur fils). Depuis il est en foyer et l'assurée ne cesse de pleurer son départ. Elle n'arrive plus à s'occuper de son ménage, c'est sa fille qui fait souvent la cuisine et le ménage. Elle peut rester plusieurs jours sans sortir, sans se laver et sans manger. Elle ne va bien que lorsque son fils est chez elle un weekend sur deux. Elle est suivie par une psychiatre qui lui prescrit des médicaments antidépresseurs (entre autre) et elle avoue prendre jusqu'à 3 fois la dose tant elle va mal.

[...]

4. Evaluation des capacités

Fonctions physiques :

RAS

Fonctions cognitives :

Très limitée au niveau de la logique, raisonnement. La concentration et la mémoire sont défaillantes.

Aspects émotionnels, comportement :

L'assurée a une atteinte psychique avérée et son discours est très décousu ; elle a de la difficulté à rester centrée sur le sujet et a un besoin énorme de raconter dans les moindres détails. Elle ne sait pas quoi attendre de l'AI, mise à part que nous l'aidions à récupérer la garde de son fils. »

Le 22 mars 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente. Elle a exposé présenter des troubles psychiques depuis 2008.

Dans un formulaire de l'OAI intitulé « détermination du statut » rempli par l'assurée le 11 avril 2013, cette dernière a indiqué qu'elle aurait toujours travaillé à 100% en tant qu'aide-soignante si elle n'avait pas présenté d'atteinte à la santé.

Le 5 juin 2013, l'assurée a déposé une demande de curatelle administrative auprès de la Justice de paix du district de [...].

Dans une communication du 6 septembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, son état de santé n'étant pas encore stabilisé.

Dans un rapport du 9 septembre 2013 à l'OAI, la Dresse V._____, psychiatre traitante de l'assurée, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, existant depuis le début de l'âge adulte, et de consommation épisodique d'alcool, cannabis, cocaïne et kétamine. L'assurée était perturbée émotionnellement et présentait une humeur dépressive, une perte d'appétit et de poids. Ce médecin a exposé que l'assurée la consultait depuis novembre 2010 pour un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, toutes les deux semaines, et qu'un traitement médicamenteux était en cours (Venlafaxine, Trittico et Temesta). Elle estimait que sa patiente était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 50% dès octobre 2013. A titre de limitations fonctionnelles, la Dresse V._____ a mentionné de l'hostilité ou de l'agressivité (sous l'effet de l'alcool), des difficultés dans la gestion des

émotions, des difficultés liées aux tâches administratives, ainsi qu'à maintenir un rythme diurne/nocturne, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. Etaient également limitées sa capacité de concentration, de compréhension, ses capacités mnésiques, d'organisation et d'adaptation. Des activités nécessitant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, de la rapidité, des tâches complexes ou impliquant du stress, n'étaient pas envisageables. La Dresse V. _____ a en outre décrit ce qui suit :

« Anamnèse

Mme K. _____ est née à [...] au Brésil. Elle est 2^{ème} d'une fratrie de 5. Elle garde un très mauvais souvenir de son enfance, où elle a dû s'occuper de ses sœurs lorsque sa mère allait travailler dans une boulangerie. Le père était policier. Elle décrit avoir été battue par sa mère depuis son jeune âge jusqu'à ses 16 ans. La mère était décrite comme très nerveuse et déprimée. Ses parents se sont séparés alors qu'elle n'avait que 7 ans. Le père les aurai[t] abandonné. Elle s'est alors vite sentie responsable de sa fratrie. Même si elle était considérée comme le mouton noir de la famille ou le vilain petit canard. Elle s'est régulièrement sentie non protégée et en insécurité. La famille a manqué régulièrement de nourriture. A 11 ans, elle est allée travailler dans une famille car elle ne supportait plus de vivre avec sa mère. Elle a subi des attouchements de la part de l'homme de cette famille. Elle est allée habiter chez une famille Pasteure qui l'a bien encadrée.

Au Brésil, elle a commencé à travailler à 16 ans comme caissière pendant un an, puis comme vendeuse d'habits et de chaussures de marque. Elle a travaillé également comme courtière immobilière. Elle s'est mariée la première fois à l'âge de 18 ans et une fille est issue de cette union. Elle s'est séparée de lui après deux ans en raison de violence conjugale. Elle a commencé à faire de la prostitution afin de donner le meilleur à sa fille. C'est dans ce cadre qu'elle est arrivée en Suisse en 2000 et a rencontré son 2^{ème} mari. La relation se péjore et une séparation s'en est suivie. Dans un premier temps, la garde du fils est attribuée au mari temporairement mais le temps s'est prolongé. Cela a été un moment pénible pour Mme K. _____, qui dans un moment de grand désespoir a pensé de se suicider en avalant des médicaments ou en se jetant sous le train. Mme K. _____ a commencé à prendre le traitement antidépresseur depuis 2008, administré par son médecin généraliste en raison de nervosité et dépression.

Mme K. _____ a commencé le suivi à ma consultation au moment où elle cherche à récupérer la garde de son fils qu'elle a fini par obtenir et qu'elle finira par perdre en juin 2012 suite à une altercation en étant alcoolisée avec son ex-mari. La décision du placement en foyer du fils a été prise par la justice suite au désaccord des parents.

Sur le plan professionnel, en Suisse, elle a travaillé il y a 11 ans, pendant 1 an, comme caissière à [...], travail décrit comme très

stressant et comme serveuse dans une discothèque pendant 6 mois qualifié de trop stressant.

Elle est au bénéfice d'un revenu d'insertion depuis 2008. Une demande de curatelle administrative a été déposée devant les grandes difficultés à gérer le côté administratif. Durant son suivi, elle a sollicité à deux reprises l'aide de sa mère venue quelques mois du Brésil. Elle noue très vite des relations avec des hommes à problèmes de toxicomanie ou avec tendance à la consommation alcoolique. Elle a eu [des] comportements à risque qui peuvent compromettre sa sécurité (agression sexuelle) ou relation non protégée d'où grossesse et avortement. Elle a eu un comportement agressif envers la police sous l'effet de l'alcool d'où sa décision d'arrêter toute consommation depuis février de cette année.

Constat médical

Mme K._____ a eu beaucoup de peine à respecter le cadre du suivi. Elle signale régulièrement de la tristesse, des angoisses, manque de motivation, des difficultés à dormir, une labilité de l'humeur, difficulté à supporter la solitude. Toute frustration déclenche des idées suicidaires.

Pronostic

Le suivi a été marqué par une instabilité psychique régulière dans différents domaines : affectif, familial, économique. Mme K._____ est très sensible aux situations d'insécurité affective ou administrative source de décompensation psychique. Elle vit beaucoup de pressions des autorités vis-à-vis de son permis de séjour, cela semble être un moteur pour se motiver de ne pas toucher aux produits alcool ou autre (cannabis, cocaïne, kétamine) et un fort désir de commencer une formation comme aide-soignante. Le pronostic est réservé. »

Dans un rapport du 10 octobre 2013 à l'OAI, la Dresse H._____, médecin traitant de l'assurée depuis 2013, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif, existant depuis 2008, et de dorsalgies sans effet sur la capacité de travail, existantes depuis 2003. Elle ajoutait qu'une reprise du travail à 50%, dans un premier temps, semblait envisageable.

Par avis du 30 janvier 2014, le Dr X._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par communication du 9 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique allait être mise en œuvre auprès du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Elle disposait d'un délai de dix jours pour faire parvenir des questions complémentaires à

l'expert. Elle était invitée à se présenter avec ponctualité au secrétariat du centre d'expertise à tous les rendez-vous et à prévenir le centre en cas d'empêchement.

Par lettre du 11 juillet 2014, le Dr B._____ a convoqué l'assurée le mercredi 10 septembre 2014 à 10h45 à son cabinet. L'assurée était tenue de confirmer sa présence par retour de courrier au plus tard dans les sept jours.

Par courrier du 13 août 2014, le Dr B._____ a annulé la convocation pour le 10 septembre 2014, l'assurée n'ayant pas donné de nouvelle dans le délai imparti. Ce même jour, le Dr B._____ a informé l'OAI que la convocation n'avait pas abouti et qu'une amie de l'assurée avait répondu à son téléphone portable personnel expliquant que cette dernière était en vacances au moins jusqu'à la fin du mois d'août.

Par lettre recommandée du 19 août 2014, l'OAI a fait parvenir une sommation à l'assurée, lui demandant de se conformer à son devoir de collaborer à l'instruction. Etait notamment précisé ce qui suit :

« [...] »

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 (art. 43 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)).

Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 al. 3 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA)).

Par conséquent :

Nous vous ordonnons de prendre contact avec le Dr B._____ au [...] et ce jusqu'au 10 septembre 2014 au plus tard afin de convenir d'un nouveau rendez-vous et de coopérer activement lors des examens.

Si vous ne vous annoncez pas d'ici à cette date nous prendrons notre décision sur la base de votre dossier. Vous devrez alors vous attendre à ce que votre demande soit rejetée. »

Le 18 septembre 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit de l'assurée à des prestations (mesures de réadaptation et rente), au motif qu'elle n'avait pas donné de nouvelle après la sommation du 19 août 2014.

Dans une lettre du 18 septembre 2014 au Dr B._____, l'OAI a expliqué qu'il avait vainement essayé de prendre contact avec l'assurée et que sans nouvelle de sa part, un refus de prestations pour manque de collaboration lui était transmis le même jour. Le mandat d'expert était par conséquent annulé.

Le 8 octobre 2014, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle était à l'étranger lorsque le Dr B._____ avait tenté de la convoquer et qu'elle ne pouvait pas recevoir les appels téléphoniques. A son retour, elle avait débuté un traitement mal toléré qui avait entraîné des oublis. Elle ne le prenait désormais plus et s'engageait à se rendre à une future convocation du Dr B._____.

Le 14 octobre 2014, l'OAI a informé le Dr B._____ de la situation et l'a prié de fixer un nouveau rendez-vous avec l'assurée.

Par courrier du 14 octobre 2014 à l'assurée, l'OAI a accusé réception de sa lettre du 8 octobre 2014, précisant qu'il allait examiner les éléments invoqués.

Par lettre recommandée du 30 octobre 2014, l'OAI a sommé l'assurée de prendre contact avec le Dr B._____ d'ici au 6 octobre 2014 (sic) au plus tard afin de confirmer sa présence au rendez-vous fixé le 20 novembre 2014. A défaut, une décision serait prise sur la base du dossier.

Le 21 novembre 2014, le Dr B._____ a écrit à l'OAI pour lui signaler que l'assurée ne s'était pas rendue au rendez-vous fixé le 20 novembre 2014, laissant un message sur son répondeur une heure et demi avant ledit rendez-vous l'informant qu'elle était malade. Dans ces

conditions, il a mis fin au mandat et a retourné le dossier de l'assurée. Il a également joint à son envoi un courrier non daté de l'assurée qui lui avait confirmé sa présence pour le rendez-vous du 20 novembre 2014.

Par décision du 2 décembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 18 septembre 2014, retenant ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

En date du 12 mai 2014, nous vous avons informé que nous mandations le Dr B. _____ afin de réaliser un examen médical. Ce dernier vous a envoyé une convocation pour le 10 septembre 2014 et essayé de vous contacter à maintes reprises pour que vous lui confirmiez que cette date vous convenait. Vous n'avez jamais répondu à ses appels et ne vous êtes pas présentée au rendez-vous.

En date du 20 août 2014, nous vous avons envoyé une sommation afin que vous preniez contact avec l'expert et fixiez un nouveau rendez-vous. N'ayant pas eu de nouvelle de votre part dans le délai imparti, nous avons rendu un projet de décision pour manque de collaboration. Le 8 octobre 2014, vous nous informez que vous étiez à l'étranger et ne pouviez répondre à nos courriers. Une nouvelle convocation vous a été adressée pour le 20 novembre 2014. Une sommation vous a été envoyée en date du 30 octobre 2014 afin que vous preniez contact avec le Dr B. _____ pour confirmer votre présence au rendez-vous fixé pour le 20 novembre 2014 mais vous n'y avez pas donné suite.

De plus, le jour même du rendez-vous avec l'expert vous avez laissé un message sur son répondeur une heure et demie avant l'entretien disant que vous étiez malade.

Dans ces conditions, nous ne pouvons pas nous prononcer si oui ou non vous présentez une invalidité au sens de l'AI et clôturons votre dossier pour manque de collaboration.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande de mesure d'ordre professionnel et de rente est rejetée.

»

B. Par acte du 12 décembre 2014, K. _____ a recouru contre la décision du 2 décembre 2014 de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a expliqué qu'elle était très malade, raison de son absence à la convocation, proposant que la Cour contacte sa psychiatre, la Dresse V. _____, pour toutes informations supplémentaires.

Par courrier du 26 janvier 2015, la juge instructeur a imparti un délai de dix jours à la recourante pour compléter son recours du 12 décembre 2014, à savoir indiquer les moyens qu'elle entendait faire valoir, ainsi que ses conclusions.

Le 6 février 2015, la recourante a complété son recours, affirmant que sa difficulté à donner suite aux convocations faisait partie de la symptomatologie de sa maladie. Elle concluait implicitement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 7 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, estimant que la recourante n'avait produit aucune pièce médicale à l'appui de son recours pour justifier son absence à la convocation du 20 novembre 2014 au cabinet du Dr B._____.

Dans sa réplique du 10 août 2015, la recourante, désormais représentée par Me Jean-Marie Agier, a précisé ses conclusions et produit un courrier du 30 juillet 2015 de la Dresse V._____ à son conseil :

« [...]

Comme je l'ai déjà expliqué dans mon rapport remis à l'assurance invalidité le 09.09.2013, Mme K._____ a beaucoup de peine à respecter le cadre du suivi, donc à venir régulièrement aux consultations. Il en est de même avec d'autres obligations comme les rendez-vous avec les personnes du social, du service de protection de la jeunesse ou même la rencontre du réseau de soin par exemple. Les raisons évoquées sont soit la prise de médicaments en lien avec ses difficultés de sommeil, l'angoisse et l'humeur dépressive.

Typiquement, Mme K._____ n'a pas donné suite aux deux rendez-vous du docteur B._____ notamment pour le 2^{ème} rendez-vous car elle se trouvait à une période critique de sa vie où elle buvait de l'alcool et fumait beaucoup, elle était déprimée et ne se sentait pas en mesure d'aller seule au rendez-vous. Mme K._____ a été particulièrement stressée à l'idée de rencontrer l'expert AI. Par contre, pour le 1^{er} rendez-vous, elle ne pouvait pas confirmer du fait qu'elle était en vacances et elle aurait téléphoné au secrétariat pour avertir qu'elle ne pouvait pas passer mais le bureau serait fermé.

[...] »

Dans sa duplique du 7 septembre 2015, l'OAI a maintenu sa position.

Le 17 septembre 2015, Me Agier a produit une lettre du 24 août 2015 de Madame [...] de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, laquelle indiquait avoir été nommée curatrice de la recourante par décision du 26 mai 2015 de l'autorité de protection de l'adulte du district de l'Ouest lausannois, selon les art. 394.1 - 395.1 CCS (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210).

L'intimé ne s'est pas déterminé plus avant.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 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 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est 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 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, sont litigieux le respect par la recourante de son obligation de collaborer à l'instruction de sa situation, singulièrement le bien-fondé de la décision rendue le 2 décembre 2014 par l'intimé, aux termes de laquelle il a décidé de clôturer son dossier pour manque de collaboration et de rejeter par conséquent sa demande de mesures d'ordre professionnel et de rente.

3. a) Dans le domaine des assurances sociales, 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). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF [Tribunal fédéral] I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

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). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). S'agissant du caractère inexcusable de la violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA, on soulignera que ce critère est réalisé lorsque l'assuré ne peut se prévaloir d'aucun fait justificatif ou que son comportement est proprement incompréhensible (Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 51 ad art. 43 al. 3 LPGA, p. 558).

Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsqu'un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier. Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2 ; TF I 906/05 précité consid. 5.4 et les références citées).

c) Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 214/01 du 25 octobre 2001 consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

d) En procédure de recours, le juge ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte. Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci

devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; TF I 906/05 précité consid. 6 et les références citées).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références citées).

5. a) En l'espèce, la Dresse V._____, psychiatre traitante de la recourante depuis 2010, a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, existant depuis le

début de l'âge adulte, et de consommation épisodique d'alcool, cannabis, cocaïne et kétamine. Elle a estimé que sa patiente était en mesure de reprendre une activité professionnelle à 50% dès octobre 2013 moyennant le respect de nombreuses limitations fonctionnelles d'un point de vue psychique, à savoir par exemple d'éviter les tâches complexes ou impliquant du stress (cf. rapport du 9 septembre 2013). Quant à la Dresse H._____, médecin traitant de la recourante depuis 2013, elle a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif existant depuis 2008. Une reprise de l'activité professionnelle à 50% lui semblait également envisageable (cf. rapport du 10 octobre 2013).

Si les Dresses V._____ et H._____ s'accordent sur la possibilité d'une reprise partielle de l'activité professionnelle, elles ont en revanche posé des diagnostics différents, à savoir celui de trouble de la personnalité (par la psychiatre traitante) et d'état dépressif (par le médecin traitant, non spécialiste). La Dresse H._____ retenait que le pronostic était bon, alors que selon la Dresse V._____ le pronostic était réservé. On note en outre que la Dresse H._____ suivait la recourante depuis août 2013 seulement. Elle mentionnait en effet dans son rapport du 10 octobre 2013 à l'OAI qu'elle connaissait la patiente depuis peu et qu'elle avait semble-t-il essentiellement des troubles psychiques. En conséquence, les deux seuls rapports médicaux au dossier ne permettent pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit litigieux, à savoir les atteintes de la recourante, leur influence sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé, se fondant sur l'avis du SMR du 30 janvier 2014, est parvenu à la conclusion que le dossier n'était pas suffisamment instruit et qu'une évaluation médicale était justifiée (cf. communication de l'OAI du 9 mai 2014). L'intimé a considéré que cette mesure d'instruction avait été refusée de manière inexcusable par la recourante, laquelle ne pouvait invoquer un empêchement d'ordre médical responsable de son manque de collaboration à l'instruction de son dossier.

b) Il n'y a pas lieu d'examiner si le premier empêchement de la recourante concernant le rendez-vous du 10 septembre 2014 était

excusable ou non dans la mesure où l'intimé a été d'accord de reprendre l'instruction suite aux explications que l'intéressée a fournies le 8 octobre 2014.

c) S'agissant du deuxième empêchement, soit celui en lien avec le nouveau rendez-vous fixé au 20 septembre 2014, il sied tout d'abord de relever que la lettre du 14 octobre 2014 de l'OAI priant le Dr B. _____ de fixer un nouveau rendez-vous n'a pas été adressée à la recourante. Cette dernière n'a en effet reçu à la même date qu'un courrier lui annonçant que l'intimé allait examiner les arguments qu'elle avançait dans son courrier du 8 octobre 2014 et qu'elle en serait tenue informée dès que possible. Ayant eu connaissance du fait que la recourante n'avait pas contacté le Dr B. _____, l'intimé l'a, par courrier recommandé du 30 octobre 2014, sommée de confirmer jusqu'au 6 octobre 2014 (sic) au plus tard, son rendez-vous du 20 novembre 2014 auprès de l'expert tout en la rendant attentive aux conséquences d'un refus. Dans le cadre de la décision litigieuse, l'intimé a conclu que la recourante n'y avait pas donné suite. Il ressort toutefois des documents annexés par le Dr B. _____ à son courrier du 21 novembre 2014 adressé à l'OAI, une lettre signée par la recourante qui confirmait sa venue à la « convocation de la consultation pour l'expertise » prévue le 20 novembre 2014. Certes, le jour même de l'expertise, la recourante a allégué qu'elle était malade ce qui l'empêchait de se rendre au rendez-vous fixé. L'intimé a déduit de ces faits ainsi que de l'absence de la recourante au rendez-vous de l'expert le 20 novembre 2014 qu'elle avait violé son obligation de collaborer. Or, au moment où il a rendu sa décision du 2 décembre 2014, l'intimé était en possession de la lettre de l'expert du 21 novembre 2014 qui relatait le message vocal de la recourante. L'intimé connaissait par conséquent les raisons pour lesquelles l'intéressée avait demandé l'annulation du rendez-vous et n'avait pas été en mesure de répondre positivement à la convocation du Dr B. _____. Il n'a toutefois pas semblé nécessaire à l'intimé de demander à la recourante de prouver la réalité de sa maladie avant de rendre moins de deux semaines plus tard la décision litigieuse. Dans le cadre de sa duplique du 7 septembre 2015, l'intimé a estimé que l'empêchement médical de l'assurée n'était pas « crédible » et « à

supposer qu'il ait existé, n'a vraisemblablement pas pu influencer le comportement de cette dernière sur toute la période de six mois pendant laquelle notre Office a tenté vainement de mettre en place l'expertise psychiatrique auprès du Dr. B. _____ ».

d) aa) Après examen de l'ensemble du dossier, l'autorité de céans retient que s'il est exact que la collaboration de la recourante dans le processus d'expertise n'est pas irréprochable, il doit être constaté qu'elle n'a jamais formellement refusé de se soumettre à l'instruction complémentaire de son dossier, respectivement à l'expertise psychiatrique exigée par l'intimé. Quoiqu'en dise l'intimé, la recourante y a participé en ce sens qu'elle a confirmé à l'expert sa présence à la convocation d'expertise, comme l'intimé l'avait sommée de le faire par courrier du 30 octobre 2014. Il y a lieu de relever que la recourante a toujours participé à la procédure en fournissant les renseignements demandés, certes parfois tardivement. Enfin, il convient de noter que la recourante a sollicité le 5 juin 2013 une mesure de curatelle, laquelle lui a été octroyée le 26 mai 2015 et que plusieurs démarches (notamment dépôt d'un formulaire de détection précoce le 23 janvier 2013, demande d'information à l'OAI du 25 mars 2013, demande d'exemption d'avances de frais à la Cour de céans du 6 mars 2015) ont été, à l'époque, effectuées par l'assistante sociale de la recourante, ce dont l'intimé avait connaissance, éléments qui confirment que l'intéressée avait de la peine à gérer administrativement ses affaires.

bb) De surcroît, l'absence ultérieure de la recourante dûment annoncée à l'expert ne peut sans autre lui être reprochée sans tenir compte de l'état clinique qu'elle présentait. En effet, rappelons que selon sa psychiatre traitante, la recourante était atteinte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec consommation épisodique d'alcool, de cannabis, cocaïne et kétamine. Elle présentait également une humeur dépressive. La recourante avait de la peine à respecter le cadre du suivi, lequel était marqué par une instabilité psychique régulière dans différents domaines (affectif, familial, économique), et elle était très sensible aux situations d'insécurité affective

ou administrative source de décompensation psychique. Dans son courrier du 30 juillet 2015 au conseil de la recourante, la Dresse V._____ a mentionné que sa patiente avait de la peine avec le suivi thérapeutique, ainsi qu'avec d'autres obligations telles que les rendez-vous avec les personnes du social, du service de protection de la jeunesse ou même la rencontre du réseau de soin. Les raisons invoquées étaient soit la prise de médicaments en lien avec ses difficultés de sommeil, soit l'angoisse et l'humeur dépressive. Typiquement, la recourante n'avait pas donné suite aux deux rendez-vous du Dr B._____ car elle se trouvait dans une période critique de sa vie où elle buvait beaucoup d'alcool et fumait beaucoup, était déprimée et ne se sentait pas en mesure d'aller seule aux rendez-vous. Elle était particulièrement stressée à l'idée de rencontrer l'expert AI.

cc) Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait pas retenir un refus fautif de collaborer et prendre les sanctions prévues dans un tel cas, sans s'assurer que l'excuse présentée n'était pas valable. Partant, on ne saurait retenir que la recourante a refusé de façon inexcusable de collaborer avec l'intimé de sorte que ce dernier n'était pas fondé à faire usage des sanctions prévues à l'art. 43 al. 3 LPGA.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision dont est recours annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé, afin qu'il reprenne l'instruction du dossier et mette en œuvre une expertise psychiatrique.

7. a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 800 fr., Me Agier étant intervenu au stade de la réplique. Ils sont mis à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 2 décembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Une indemnité de 800 fr. (huit cents francs), à charge de l'intimé, est allouée à la recourante à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour K. _____),
- 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 :