

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2017

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 18 RAI

E n f a i t :

A. Une première demande de prestations AI a été déposée le 29 septembre 1993 en faveur de M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1993, du fait qu'elle présentait une affection néonatale. Née prématurément à 26 semaines dans le cadre d'une grossesse gémellaire, elle a présenté une asphyxie néonatale, une pneumopathie infectieuse néonatale, un syndrome brady-apnéique et une anémie de prématurité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a pris en charge le traitement de l'affection congénitale.

B. Suite à une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, le 21 juin 2004 en raison d'une malformation des mâchoires, des mesures médicales ont été accordées à l'assurée.

C. Le 10 janvier 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en vue d'obtenir l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, exposant qu'elle était en incapacité de travail depuis juin 2010 dans son activité de cuisinière en raison de problèmes psychiques.

Dans un rapport médical établi le 21 octobre 2010 par la Dresse Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr L._____, de l'Hôpital [...], l'assurée souffrait d'un trouble mixte des conduites et de troubles émotionnels (F92) et avait été hospitalisée sur un mode volontaire durant onze jours suite à un passage à l'acte autoagressif.

Le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé dans un rapport médical du 8 mars 2011 que l'assurée présentait un trouble de la personnalité mixte avec traits borderline et immature (F61.0) et un trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques actuellement en voie de rémission (F32.2). Ses troubles avaient entraîné

une longue période d'absence, ce qui avait motivé l'arrêt de son apprentissage, et avaient une nette incidence sur sa formation professionnelle à venir. Le Dr P._____ recommandait un meilleur encadrement, plus adapté aux difficultés présentées par l'assurée.

Par communication du 5 octobre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance du 20 septembre au 22 décembre 2011.

Par communication du 6 juin 2013, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure professionnelle, en ce sens qu'il a pris en charge les frais supplémentaires d'une formation professionnelle initiale de CFC d'assistante de soins et santé communautaire, du 1^{er} août 2013 au 31 juillet 2016.

L'assurée ayant raté la partie pratique de ses examens finaux, l'OAI lui a octroyé, par communication du 18 juillet 2016, une indemnité journalière d'attente du 1^{er} août 2016 au 31 janvier 2017, soit jusqu'à ce qu'elle puisse poursuivre sa formation par un stage puis se représenter aux examens. Par décision du 21 juillet 2016, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, a communiqué à l'assurée que l'indemnité journalière d'attente s'élevait à 122 fr. 10 brut, respectivement 114 fr. 50 net.

L'OAI a par ailleurs organisé une mesure de coaching personnel pour l'assurée du 22 septembre au 21 décembre 2016. Dans le cadre de cette mesure, l'assurée a fait savoir qu'une nouvelle atteinte à sa santé était survenue dès l'été 2013.

Lors d'un entretien du 29 septembre 2016, elle a expliqué qu'elle n'avait pas jugé nécessaire d'informer l'OAI de ses nouveaux problèmes de santé et a produit les documents suivants :

- Selon un rapport médical du 30 octobre 2014 de la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale et

rhumatologie, l'assurée souffrait de polyarthralgies évoluant depuis l'été 2013 avec des douleurs des doigts des deux mains prédominant en regard des IPP (interphalangienne proximale), s'accompagnant d'une importante raideur matinale avec des gonalgies bilatérales et des douleurs de chevilles prédominant à droite. La Dresse S._____ posait par ailleurs les diagnostics de tabagisme chronique et lombalgies mécaniques récurrentes.

- Dans un rapport médical du 19 février 2015 émanant de la Dresse T._____, spécialiste en rhumatologie, il était mentionné que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive et des lombalgies récurrentes.

La mesure de coaching a été interrompue, étant donné qu'il se pouvait que la profession choisie soit contre-indiquée par les limitations entraînées par la maladie de l'assurée et que la situation assécurologique n'était pas encore clarifiée.

Par communication du 19 octobre 2016, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée aux indemnités journalières d'attente au-delà du 30 septembre 2016 en raison des nouveaux éléments d'ordre médical, qui nécessitaient un complément d'instruction afin de déterminer si l'activité pour laquelle l'assurée était en processus de formation était adaptée et exigible à moyen terme.

Dans un rapport médical du 25 octobre 2016, la Dresse S._____ a confirmé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de polyarthrite rhumatoïde. Elle a indiqué que l'activité professionnelle choisie ne paraissait pas contre-indiquée, mais qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur l'évolution actuelle ni sur les limitations fonctionnelles de l'assurée car elle ne l'avait pas revue depuis janvier 2016.

Par courrier du 8 novembre 2016, l'assurée a demandé à l'OAI à pouvoir recevoir une copie de son dossier et a requis de cet office qu'il

rende une décision sujette à recours concernant la suppression de son droit aux indemnités.

Le 15 décembre 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un courrier ayant la teneur suivante :

« Nous accusons réception de votre courrier du 8 novembre dernier par lequel vous nous demandez de vous transmettre une copie des pièces médicales versées à votre dossier AI.

Conformément à l'article 47 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), seules les pièces administratives et économiques peuvent vous être remises. En ce qui concerne les documents médicaux, nous ne sommes autorisés à les transmettre qu'à un médecin.

Raison pour laquelle nous vous laissons le soin de nous indiquer par retour de courrier les coordonnées d'un médecin de votre choix à qui nous adresserons les pièces médicales en notre possession et qui vous les communiquera.

Par ailleurs, conformément à votre demande, nous vous transmettons en annexe une décision sujette à recours, conforme à notre communication du 19 octobre 2016, concernant la suppression du droit aux indemnités journalières d'attente. Nous vous renvoyons au contenu de cette décision s'agissant des motifs liés à cette suppression. »

Par décision du 15 décembre 2016, l'OAI a supprimé le droit de l'assurée aux indemnités journalières d'attente au-delà du 30 septembre 2016. Il a rappelé que celles-ci avaient été initialement octroyées jusqu'au 31 janvier 2017 puisqu'il était prévu que l'assurée reprenne sa formation dès le 1^{er} février 2017 dans le but de repasser les examens pratiques au mois de juillet 2017. Le droit à de telles indemnités ne se justifiait toutefois plus en raison des nouveaux éléments d'ordre médical qui nécessitaient de compléter l'instruction afin de déterminer si l'activité pour laquelle l'assurée était en formation était adaptée et exigible à moyen terme. L'OAI annonçait dans sa décision que s'il devait apparaître, à l'issue de cette instruction complémentaire, que l'activité d'assistante en soin et santé communautaire était adaptée et que la poursuite de cette formation demeurerait une mesure simple et adéquate, le droit à une indemnité journalière serait alors à nouveau ouvert. S'il apparaissait au contraire que cette activité n'était plus adaptée, l'OAI examinerait, via de

nouvelles mesures d'orientation, quelles seraient les autres pistes professionnelles envisageables.

Les pièces médicales du dossier ont été envoyées le 12 janvier 2017 à la Dresse S._____, dont l'assurée avait communiqué les coordonnées à l'OAI le 2 janvier 2017.

Dans un avis médical du 10 janvier 2017, le SMR a mentionné, au sujet des lombalgies et de la polyarthrite rhumatoïde dont souffrait l'assurée, ne pas avoir d'élément précis, de diagnostic et de suivi permettant d'établir des limitations fonctionnelles. Il a sollicité un complément d'instruction médicale.

B. Par acte du 9 janvier 2017, M._____ a recouru contre la décision de l'OAI du 15 décembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Elle a exprimé sa volonté de finir son apprentissage et son incompréhension face à cette décision. Elle a indiqué ne pas avoir eu la possibilité de consulter les pièces que l'OAI allait transmettre à la Dresse S._____. Finalement, elle a invoqué que cette décision la mettait dans une situation financière très difficile.

Dans ses déterminations du 23 février 2017, l'OAI a repris les arguments de la décision attaquée et proposé le rejet du recours, précisant que les mesures d'instruction entreprises n'avaient pas encore permis d'obtenir les éléments indispensables pour l'examen de la suite à donner au droit aux prestations.

L'assurée a répliqué, le 5 avril 2017, qu'elle avait demandé son dossier complet à l'OAI, mais n'avait reçu que des copies de courriers destinés à des médecins et de certificats médicaux, sans aucune correspondance interne à l'OAI, qui lui aurait permis de comprendre leur soudaine décision. S'agissant du diagnostic de polyarthralgie, elle a fait valoir que cette atteinte était connue dans sa famille, que sa sœur n'avait jamais cessé de travailler malgré cette maladie, qui était d'ailleurs en

rémission chez elle. La recourante a fait valoir qu'aucun diagnostic précis n'avait été posé dans son cas, se référant notamment au rapport médical de la Dresse S._____ d'octobre 2014, et que les rapports médicaux étaient d'ailleurs plutôt rassurants, de sorte qu'elle n'avait eu aucune raison d'avertir l'OAI. Elle a allégué que si elle avait des douleurs certains jours, celles-ci n'étaient pas liées à sa profession ni à ses activités et qu'elles n'avaient donné lieu qu'à trois jours d'arrêt de travail sur les trois ans de sa formation. Elle a reproché à l'OAI de ne pas l'avoir convoquée régulièrement durant sa formation compte tenu de sa situation médicale et d'avoir mis fin au versement des indemnités journalières sans la convoquer pour lui en parler. Finalement, elle a communiqué avoir différé la fin de son apprentissage, puisqu'il lui était nécessaire de travailler et gagner de l'argent afin de pouvoir poursuivre sa formation.

Dans sa duplique du 1^{er} mai 2017, l'OAI a indiqué ne rien avoir à ajouter.

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 que les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des

assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, et il respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

Au vu du montant de l'indemnité journalière d'attente qui avait été accordée jusqu'au 31 janvier 2017, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la question de la suppression des indemnités journalières durant le délai d'attente, au-delà du 30 septembre 2016.

3. a) Dans son recours, M. _____ fait valoir qu'elle n'a pas reçu toutes les pièces de son dossier, malgré sa demande dans ce sens à l'OAI, et qu'elle n'a ainsi pas été en mesure de comprendre les raisons pour lesquelles son droit à l'indemnité journalière durant le délai d'attente a été interrompu.

b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées). Une condition nécessaire du droit

de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 132 V 387 consid. 3.1 ; 128 V 272 consid. 5b/bb ; 115 V 297 consid. 2a). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit de consulter le dossier, en tant que condition à l'exercice du droit d'être entendu, est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond, sous la seule réserve des cas où la violation du droit d'être entendu n'est pas d'une gravité particulière et où la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; 132 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 I 68 consid. 2 ; 126 V 130 consid. 2b ; 106 la 73 consid. 2 et les références citées). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

c) L'art. 47 LPGA précise, pour les procédures menées par les assureurs sociaux, les modalités de consultation du dossier de l'assureur. Le premier alinéa énumère ceux qui ont le droit de consulter le dossier, en soumettant toutefois la consultation à la condition que les intérêts privés prépondérants soient sauvegardés. Quant au second alinéa de cette disposition, il prévoit que s'il s'agit de données sur la santé dont la communication pourrait entraîner une atteinte à la santé de la personne autorisée à consulter le dossier, celle-ci peut être tenue de désigner un médecin qui les lui communiquera. La modalité de communication de certaines données sensibles prévue à l'art. 47 al. 2 LPGA vise clairement la protection de l'assuré (cf. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3^e éd., 2015, n° 39s. ad art. 47 LPGA).

d) En l'occurrence, l'assurée a demandé à l'OAI, par courrier du 8 novembre 2016, à ce que les pièces de son dossier lui soient communiquées afin de comprendre ce qui avait motivé la suppression de son droit aux indemnités journalières d'attente. Par courrier du 15 décembre 2016, l'OAI lui a répondu que seules les pièces administratives et économiques pouvaient lui être remises, tandis que les documents médicaux ne pouvaient être transmis qu'à un médecin, en application de l'art. 47 al. 2 LPG. Ce courrier annonçait également la transmission d'une décision sujette à recours concernant la suppression des indemnités journalières et comportait, en bas de page, l'indication « annexe mentionnée ». Cette formulation, de même que le texte du courrier de l'OAI, ne permet pas de déterminer clairement si seule la décision du 15 décembre 2016 a été transmise à la recourante en annexe ou si les pièces de son dossier, autres que médicales, lui ont été communiquées dans leur intégralité. Dans sa réplique du 5 avril 2017, elle affirme n'avoir reçu « que des copies de courriers de rapports entre divers médecins ou Hôpital, des copies de certificats médicaux » et « aucune correspondance interne de l'AI qui [lui] aurait donné une piste pour comprendre leur soudaine décision ». Même dans l'hypothèse où l'OAI n'a pas communiqué l'ensemble des pièces à l'assurée, respectivement à la Dresse S._____, la recourante a finalement pu avoir connaissance de son dossier complet auprès de la Cour de céans. Cela étant, il est regrettable que l'assurée ait alors été confrontée directement aux pièces médicales la concernant. Il faut cependant constater, s'agissant d'une éventuelle violation de son droit d'être entendue en rapport avec la consultation de son dossier, que celle-ci a été réparée puisque l'assurée a eu connaissance de l'ensemble des éléments de son dossier et a été invitée à se déterminer sur ceux-ci devant l'autorité de recours, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3).

e) La recourante fait en outre valoir qu'elle n'était pas en mesure de comprendre la raison de la suppression des indemnités journalières d'attente et reproche à l'OAI de ne pas l'avoir convoquée pour lui expliquer la situation.

f) 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., 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, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il 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. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 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. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

g) Il faut constater en l'occurrence que l'OAI a clairement exposé, dans sa communication du 19 octobre 2016 puis dans sa décision du 15 décembre 2016, qu'il mettait fin au versement des indemnités journalières d'attente en raison d'éléments nouveaux d'ordre médical qui nécessitaient de compléter l'instruction sur le plan médical afin de déterminer si l'activité pour laquelle l'assurée était en processus de formation était adaptée et exigible à moyen terme. Si l'OAI n'a pas précisé de quels éléments médicaux il s'agissait, il faut constater que cela ressortait clairement du contexte, dans la mesure où l'assurée a informé l'OAI de ses nouvelles atteintes à la santé lors de l'entretien du 29 septembre 2016 et qu'elle a même transmis deux rapports médicaux à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation du droit d'être entendu sous cet angle doit également être considérée comme réparée devant la juridiction cantonale, la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours.

h) Les griefs relatifs à la violation du droit d'être entendu peuvent ainsi être écartés.

4. Il convient dès lors de se prononcer sur le fond du litige, soit le bien-fondé de la décision de suppression des indemnités journalières d'attente. Selon l'OAI, le droit à de telles indemnités ne se justifie plus en raison d'éléments nouveaux d'ordre médical nécessitant de compléter l'instruction afin de pouvoir déterminer si l'activité pour laquelle l'assurée est actuellement en processus de formation est adaptée et exigible à moyen terme.

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (cf. art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels d'une part, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies d'autre part. En vertu de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Selon l'art. 16 al. 1 LAI, l'assuré qui n'a pas encore eu d'activité lucrative et à qui sa formation professionnelle initiale occasionne, du fait de son invalidité, des frais beaucoup plus élevés qu'à un non-invalide a droit au remboursement de ses frais supplémentaires si la formation répond à ses aptitudes. Aux termes de l'art. 5 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), sont réputées formation professionnelle initiale toute formation

professionnelle initiale au sens de la loi fédérale du 13 décembre 2002 sur la formation professionnelle, ainsi que la fréquentation d'écoles supérieures, professionnelles ou universitaires faisant suite aux classes de l'école publique ou spéciale fréquentées par l'assuré, de même que la préparation professionnelle à un travail auxiliaire ou à une activité en atelier protégé.

b) Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3). En outre, il doit exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a et 121 V 258 consid. 2c avec les références; TF 9C_290/2008 du 27 janvier 2009 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose donc qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4). En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (cf. TF 9C_40/2013 du 28 juin 2013 consid. 5.2 ; I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2 et TFA I 370/98 du 26 août 1999 consid. 2 publié in VSI 2002 p. 111).

Lorsque l'octroi des contributions selon l'art. 16 LAI prête à discussion, il incombe au médecin d'établir un diagnostic et de prendre position sur les empêchements qui en résultent ; celui-ci doit aussi, le cas échéant, se prononcer sur la question de savoir si l'état de santé permet une formation professionnelle initiale et si tel est le cas, indiquer les activités qui sont adéquates du point de vue médical. Il en va de même

lorsque l'assuré qui a entrepris une formation de sa propre initiative demande des prestations de l'AI (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 1630 p. 438 ; cf. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^eéd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 5 ad art. 16, p. 189 ; cf. TF 9C_745/2008 du 2 décembre 2008 consid. 3.2).

5. a) Aux termes de l'art. 22 al. 1bis LAI, l'assuré qui suit une formation professionnelle initiale ainsi que l'assuré qui n'a pas encore atteint l'âge de 20 ans et n'a pas encore exercé d'activité lucrative ont droit à une indemnité journalière s'ils ont perdu entièrement ou partiellement leur capacité de gain. Selon la jurisprudence constante, l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité est une prestation accessoire à certaines mesures de réadaptation. Elle ne peut être versée en principe que si et tant que des mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité sont exécutées. Conformément à ce principe, il n'existe, en règle générale, aucun droit à une indemnité journalière pendant les périodes où aucune mesure de réadaptation n'est exécutée (cf. TF 9C_544/2009 du 16 octobre 2009 consid. 4.1 et références citées). Toutefois, le législateur a prévu une exception notamment durant le délai d'attente avant la mise en œuvre de mesures de réadaptation, et a chargé le Conseil fédéral de fixer les conditions de ce droit (art. 22 al. 6 LAI), ce que celui-ci a fait en édictant l'art. 18 al. 1 RAI.

b) Selon l'art. 18 al. 1 RAI, l'assuré qui présente une incapacité de travail de 50 % au moins et qui doit attendre le début d'une formation professionnelle initiale ou d'un reclassement professionnel a droit, durant le délai d'attente, à une indemnité journalière. A teneur de l'art. 18 al. 2 RAI, le droit à l'indemnité naît au moment où l'office AI constate qu'une formation professionnelle initiale ou un reclassement professionnel est indiqué.

Le droit aux indemnités journalières en vertu de l'art. 18 RAI suppose, par définition, que l'assuré doive attendre le début des mesures

de réadaptation et non pas simplement des mesures d'instruction destinées à réunir les données nécessaires sur son état de santé, son activité, sa capacité de travail, son aptitude à être réadapté ou encore sur l'indication de mesures de réadaptation. Il faut, en outre que les mesures de réadaptation apparaissent indiquées, tant objectivement que subjectivement. Point n'est besoin, en revanche, que l'administration ait rendu une décision à leur sujet ; il suffit que de telles mesures entrent sérieusement en ligne de compte dans le cas concret (ATF 117 V 275 consid. 2a ; TF 9C_544/2009 précité consid. 4.1).

c) Conformément à ces principes, le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-invalidité dépend directement, en tant que droit accessoire, de la prise en charge et de l'exécution de la mesure de réadaptation. Dès lors, même si la prestation en cause peut être allouée aussi durant le délai d'attente, soit avant la mise en œuvre d'une mesure de réadaptation, elle reste cependant liée à la prestation principale. En raison du caractère accessoire de l'indemnité journalière, la jurisprudence a ainsi considéré qu'un assuré n'a pas droit à une telle prestation pendant le délai d'attente lorsque l'application des mesures est retardée en raison d'un fait lié à la personne du bénéficiaire, par exemple des raisons personnelles non fondées sur des motifs juridiquement valables. Il en va de même lorsque les mesures de réadaptation, qui apparaissaient indiquées tant objectivement que subjectivement dans un premier temps – ce qui justifie de mettre l'assuré au bénéfice de l'indemnité journalière durant le délai d'attente –, ne sont en fin de compte pas mises en œuvre parce que les conditions n'en sont pour finir pas réalisées. Dans une telle situation, le droit à une indemnité journalière dans le délai d'attente prend fin dès que les mesures de réadaptation ne sont plus indiquées, puisque l'une des conditions de la prestation accessoire n'est alors pas ou plus remplie. En l'absence de toute décision qui aurait réglé de manière complète et définitive le droit principal à une mesure de réadaptation, le droit accessoire prend fin lorsque la condition de l'indication des mesures de réadaptation fait défaut, sans qu'il y ait lieu d'appliquer à la décision de suppression des indemnités journalières les exigences de la

reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (cf. TF 9C_544/2009 précité consid. 4.2 et références citées).

On ne saurait donc allouer une indemnité journalière pour le délai d'attente à une personne assurée dont l'état de santé ne permet pas d'appliquer des mesures de réadaptation, qui retarde le début des mesures de sa propre initiative sans motif valable ou de façon injustifiée, qui par sa faute provoque une interruption des mesures de réadaptation ou lorsque les mesures d'instruction ne visent pas spécifiquement la réadaptation (Circulaire concernant les indemnités journalières de l'assurance-invalidité [CIJ], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], ch. 1047, version valable dès le 1^{er} janvier 2016).

6. En l'occurrence, lors de sa mesure de coaching et de l'entretien à l'OAI du 29 septembre 2016, l'assurée a fait savoir qu'elle présentait une polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive et des lombalgies mécaniques chroniques. Elle a remis à l'OAI deux rapports médicaux à ce sujet, émanant de son médecin traitant et de la Dresse T._____. Compte tenu de ces informations d'ordre médical, se posait la question de savoir si la formation d'assistante en soins et santé communautaire suivie par l'assurée était toujours adaptée à son état de santé et, dans la négative, si une autre mesure de réadaptation était envisageable. L'OAI était par conséquent tenu d'instruire ces questions. Dans son recours, l'assurée invoque que plusieurs membres de sa famille souffrent également de polyarthrite rhumatoïde sans que cette atteinte ait eu d'impact sur leur capacité de travail et qu'elle n'a d'ailleurs manqué que trois jours de formation en raison de ce problème. Ces éléments ne permettent toutefois pas de renoncer à requérir l'avis d'un médecin au sujet des effets de ces troubles sur l'assurée elle-même et en relation avec la profession d'assistante en soins et santé communautaire pour laquelle elle est en formation. Il y a en effet lieu d'établir si la polyarthrite et les lombalgies entraînent une diminution de sa capacité de travail, avec ou sans limitations fonctionnelles, si la profession envisagée demeure adaptée malgré ces atteintes et les éventuelles limitations fonctionnelles en découlant et, dans la négative, si la recourante remplit toujours les

conditions d'une mesure de réadaptation. C'est donc à juste titre que l'OAI a requis des renseignements supplémentaires auprès des médecins de l'assurée et sollicité l'avis du SMR sur ces questions.

Ainsi, dès l'instant où il doit être procédé à une nouvelle instruction ou instruction complémentaire de son état de santé, la recourante ne saurait être considérée comme étant dans l'attente d'une mesure de réadaptation puisque la nature et la légitimité de celle-ci ne sont pas encore déterminées et ne pourront l'être qu'au terme de cette instruction. Or, comme mentionné ci-dessus, les indemnités journalières d'attente dépendent du début prochain d'une mesure de réadaptation. Dans la mesure où l'OAI ne pouvait autoriser, en l'état, la poursuite de la formation, le droit à l'indemnité journalière d'attente de l'assurée a pris fin en raison de son caractère accessoire à la mesure de réadaptation. Si l'on peut comprendre les difficultés pour l'assurée, notamment financières, découlant de l'interruption du versement des indemnités, cet élément n'est toutefois pas déterminant dans le présent litige au vu de la nature et du but des indemnités journalières de l'AI.

7. a) Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et ayant du reste agi sans mandataire (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme M. _____,
- 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 :