

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard et M. Riesen, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire d'[...] et ne parlant pas le français, est arrivée en Suisse le [...] 2011. Titulaire d'un livret « F » pour étrangers admis provisoirement en Suisse, elle bénéficie des prestations de l'EVAM (Etablissement vaudois d'accueil des migrants) à [...]. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 septembre 2015, en raison d'un trouble dépressif.

Dans un rapport du 19 décembre 2015 à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, suivant l'assurée depuis août 2011, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), de personnalité émotionnellement labile (type borderline), de gonarthrose bilatérale, d'obésité de classe II ainsi que de probable lupus érythémateux disséminé. L'assurée présentait notamment une symptomatologie psychotique floride dans le contexte de son épisode dépressif. Elle n'osait quasiment plus sortir de chez elle de peur de se faire agresser ou violer, elle entendait une voix qui lui disait de chercher son enfant décédé - *in utero* en 2011 - au cimetière de [...], alors qu'il était enterré à [...]. Au vu de la situation lors des derniers mois, une évolution défavorable vers un trouble schizo-affectif de type dépressif était à craindre. L'assurée bénéficiait d'un suivi intégré avec des entretiens deux fois par mois. En raison de la suspicion d'une métabolisation ultra-rapide de trois substances anti-dépresseurs prescrites en 2011, elle s'était vue administrer, dans l'intervalle, de la Quiétiapine XR Sandoz® (300 mg par jour). Pour le Dr A._____, l'incapacité de travail avait été totale du 1^{er} août 2011 au 31 juillet 2013, puis de 50 % du 1^{er} août 2013 au 31 décembre 2014, puis à nouveau totale dès le 1^{er} janvier 2015.

Aux termes d'un avis du 20 octobre 2016, le Dr R._____, spécialiste en néphrologie, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a estimé que l'histoire de vie et le contexte psychosocial défavorable de l'assurée étaient très certainement responsables de la décompensation psychique survenue à l'occasion du décès de son enfant peu après son arrivée en Suisse dans des conditions assez dramatiques. Le début de la longue maladie pouvait raisonnablement être daté au 21 mai 2011. La situation n'était pas stabilisée sur le plan médical en fin d'année 2015. Ce médecin a constaté la nécessité de clarifier l'évolution de la situation clinique et proposé à l'OAI d'envoyer des questionnaires aux médecins traitants de l'assurée.

Le 4 décembre 2016, la Dresse W._____ a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI :

- “1. *Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport, datant de janvier 2016 (constatations cliniques, plaintes subjectives) ?*

Mauvaise évolution. Notamment toujours décompensée (psychotique). Depuis le 1.11.16, prise en charge par nouvelle psychiatre, Dresse C._____, Consultation [...], [...]. Egalement, augmentation des athralpgies (lupus) suite à arrêt Plaquenil, repris le 2.12.16 (arrêté par la patiente).

2. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Obésité avec douleurs diffuses mais surtout épaules, douleurs lombaires et des genoux.

3. *Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée (capacité médico-théorique, dès lors que notre assurée n'a pas exercé d'activité lucrative en Suisse) ?*

Actuellement 0 %. Après stabilisation psychiatrique, il faut rediscuter.

4. *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Suivi par psychiatre et moi-même hebdomadaire ou aux 15j. Quiétiapine (neuroleptique) - compliance pas garantie. Hydroxychloroquine (lupus) - compliance pas garantie. Antalgiques (Dafalgan, Irfen, etc.) - compliance bonne.

5. *Autres remarques*

Situation très difficile à prendre en charge. Rupture avec son ancien psychiatre, Dr A._____.”

Dans un rapport du 2 février 2017 consécutif à une consultation le jour précédant, les Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, médecin-assistante, du Centre du [...] à [...], ont évoqué les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), d'état de stress post traumatique (F41.6), de modification durable de la personnalité (F62.0) ainsi que de lupus erythémateux disséminé. Ces médecins mentionnaient une hospitalisation à la Fondation de [...] du 7 au 22 décembre 2017 (recte : 2016). Ils ont précisé que le diagnostic n'était pas encore tout à fait clarifié et qu'il pouvait s'agir d'un trouble schizo-affectif de type dépressif, mais que le pronostic demeurait réservé au vu de la symptomatologie dépressive sévère. Dans le cadre de son suivi psychiatrique intégré au centre, l'assurée s'était vu prescrire du Risperidone Sandoz® 3 mg (neuroleptique de seconde génération).

Une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, médecine physique et réadaptation) a été confiée au J._____ (J._____) à [...]. Le 4 mai 2017, l'assurée a été convoquée aux examens prévus dans les locaux du J._____ les 30 mai, 1^{er} et 2 juin 2017. Le 22 mai 2017, la Dresse W._____ a écrit au J._____ que sa patiente ne pourrait pas se rendre aux convocations des 30 mai, 1^{er} et 2 juin 2017 en raison d'une décompensation psychiatrique. Un changement de médication était en cours. Le J._____ a suspendu tous les rendez-vous prévus et en a informé l'OAI (note d'entretien rédigée le 6 juin 2017).

Par lettre du 12 juin 2017, l'OAI a sommé l'assurée de prendre contact avec le J._____ jusqu'au 20 juin 2017 au plus tard afin de fixer de nouveaux rendez-vous. Elle était rendue expressément attentive au fait qu'à défaut, une décision serait rendue en l'état du dossier, ce qui était susceptible de conduire au rejet de la demande. L'assurée n'a pas réagi dans le délai imparti.

Par projet de décision du 5 juillet 2017, l'OAI a refusé l'octroi de ses prestations à l'assurée en raison d'un défaut de collaboration de sa part.

Dans une lettre du 25 juillet 2017, la Dresse W._____ a indiqué avoir écrit pour solliciter un délai en vue de la réalisation de l'expertise médicale, en raison d'une décompensation psychiatrique de sa patiente. Elle précisait avoir mentionné, par téléphone, un délai de trois mois au moins. Selon ce médecin, la situation psychiatrique de l'assurée restait instable et non traitée ; un essai d'un nouveau médicament s'était soldé par un échec. L'intéressée comprenait toutefois qu'elle devait se soumettre à une expertise pour avoir droit aux prestations de l'assurance-invalidité. La Dresse W._____ demandait par conséquent à l'OAI de reconvoquer l'assurée à une date ultérieure, idéalement en automne, sans toutefois pouvoir garantir que la situation se serait améliorée.

Le 26 juillet 2017, l'assurée s'est adressée à l'OAI en ces termes :

“Bonjour madame monsieur. Je suis désolé[e]. Je suis en retard et merci beaucoup pour attendre car je suis malade.”

Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a intégralement confirmé son préavis de refus de prestations.

B. Par acte du 24 octobre 2017, T._____ a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation. Elle fait en substance grief à l'intimé de ne pas avoir pris en compte le fait qu'elle avait été dans l'incapacité de se rendre aux rendez-vous fixés au J._____, en raison d'une mauvaise réaction à un médicament neuroleptique, le Latuda®. Elle allègue ne s'être remise que récemment des effets secondaires et se déclare disponible pour un nouveau rendez-vous à la convenance de l'OAI. En annexe à son écriture, elle a produit un nouveau certificat du 23 octobre 2017 de la Dresse W._____ attestant notamment sa disponibilité à se soumettre à une

expertise multidisciplinaire moyennant des examens en présence d'un(e) interprète de langue amharique.

Dans sa réponse du 23 novembre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, en indiquant qu'il est loisible à la recourante de procéder au dépôt d'une nouvelle demande de prestations. L'intimé a également produit son dossier.

Le 27 novembre 2017, le juge instructeur a communiqué cette dernière écriture à la recourante en l'informant de la possibilité de consulter le dossier au greffe du tribunal.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le

juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

3. En l'espèce, est 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 25 septembre 2017 par l'intimé, aux termes de laquelle il a décidé de clôturer son dossier pour manque de collaboration et de rejeter par conséquent la demande de mesures d'ordre professionnel et/ou de rente.

4. 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, 2e éd., Zurich/Bâle/Genève 2009, n. 51 *ad* art. 43 al. 3 LPGA, p. 558).

5. **a)**T._____ soutient, certificat de son médecin traitant à l'appui, avoir été dans l'incapacité de se rendre aux convocations

litigieuses des 30 mai, 1^{er} et 2 juin 2017 pour raison médicale. Elle allègue en procédure de recours une mauvaise réaction à un antipsychotique, le Latuda®, prescrit, avec la précision qu'elle est depuis peu remise des effets secondaires et disponible pour un nouveau rendez-vous à la convenance de l'OAI.

b) La Dresse W._____ a écrit le 22 mai 2017 au J._____, et a également téléphoné à ce centre d'expertises, pour l'informer du fait que sa patiente avait décompensé psychologiquement et qu'une adaptation de la médication était en cours. Le médecin traitant proposait une nouvelle convocation après un délai de trois mois au moins. Au vu des diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques), de personnalité émotionnellement labile (type borderline), de gonarthrose bilatérale, d'obésité de classe II ainsi que de probable lupus érythémateux disséminé posés par le Dr A._____ et ses constatations cliniques - au demeurant partagées par les médecins consultés au Centre du [...] dans leur rapport du 2 février 2017 -, il est tout à fait vraisemblable que la recourante n'était effectivement pas en mesure, non seulement de se rendre aux convocations du J._____, mais également de réagir en temps utile dans le bref délai (huit jours) imparti par l'OAI, par lettre recommandée du 12 juin 2017, pour reprendre contact avec ce centre d'expertises et fixer de nouveaux rendez-vous. On ignore d'ailleurs la date de réception de cette lettre. Dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI aurait par la suite dû prendre en considération la lettre du 25 juillet 2017 de la Dresse W._____, ainsi que la lettre de l'assurée du 26 juillet 2017, soit - au mieux - en informant cette dernière qu'elle serait reconvoquée en automne, soit en l'invitant à reprendre contact elle-même avec le J._____ afin de convenir de nouveaux rendez-vous, en fixant toutefois un délai raisonnable tenant compte des renseignements communiqués par la Dresse W._____. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à la recourante de ne pas avoir repris d'elle-même contact avec le J._____ après avoir reçu le projet de décision du 5 juillet 2017, d'une part, parce qu'il est vraisemblable qu'elle n'était pas en mesure de le faire en raison de la décompensation de son état psychique, d'autre part parce qu'elle

pouvait partir du principe que sa réaction à ce préavis, de même que celle de son médecin traitant, conduiraient l'OAI à lui impartir un nouveau délai. Par surabondance, il convient de constater que la recourante n'a jamais formellement refusé de se soumettre à l'instruction complémentaire de son dossier, respectivement à l'expertise pluridisciplinaire exigée par l'intimé. Une fois remise des effets secondaires de sa nouvelle médication, elle a en effet immédiatement fait part de sa disponibilité pour un nouveau rendez-vous à la convenance de l'intimé.

c) Au final, l'intimé n'était pas fondé à retenir un refus fautif de collaborer, 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. Le recours s'avère ainsi bien fondé et la décision litigieuse doit être annulée. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il reprenne l'instruction du dossier. Dans ce contexte, on rendra toutefois la recourante attentive au fait qu'elle ne pourra pas indéfiniment repousser l'expertise en alléguant une décompensation de son état de santé psychique. Cas échéant, il lui appartiendra, en collaboration avec son médecin traitant, de rendre vraisemblable la persistance d'une éventuelle incapacité à se rendre à l'expertise et d'indiquer les modalités raisonnables dans lesquelles les examens nécessaires pourraient néanmoins être pratiqués. Après complément d'instruction, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

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 (art. 69 al. 1bis 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.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 25 septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- T. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :