

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 août 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
MM. Métral et Piguet, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à **K.**\_\_\_\_\_, recourant, représenté par **M. B.**\_\_\_\_\_, curateur  
auprès de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 LPGA et 7b LAI**

**E n f a i t :**

**A.           aa)** Souffrant d'une sclérose en plaques, V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1982, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'horloger-rhabilleur obtenu en 2002, a déposé, en date du 31 juillet 2012, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Au terme de l'instruction, l'office AI a retenu que, dans la mesure où le status neurologique présenté par V. \_\_\_\_\_ était normal et que l'alcoolisme n'était accompagné ni de complications ni d'une comorbidité psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle (avis du Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR] du 11 janvier 2013).

Par décision du 14 mars 2013, l'office AI a nié le droit de V. \_\_\_\_\_ à des prestations de l'assurance-invalidité (reclassement et rente), au motif qu'il ne présentait pas une atteinte à la santé invalidante justifiant une incapacité de travail durable.

Cette décision n'ayant pas fait l'objet d'un recours, elle est entrée en force.

**bb)** Par décision du 24 juin 2016, la Justice de paix des districts de M. \_\_\_\_\_ et de L. \_\_\_\_\_ a institué en faveur de V. \_\_\_\_\_ une curatelle de représentation au sens de l'art. 394 al. 1 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) et de gestion au sens de l'art. 395 al. 1 CC. Elle a nommé une curatrice oeuvrant au sein de l'Office des curatelles et tutelles professionnelles (ci-après : l'OCTP). Dans le cadre de la curatelle de représentation, sa tâche était de « représenter V. \_\_\_\_\_ dans les rapports avec les tiers, en particulier en matière de logement, affaires sociales, administration et affaires juridiques, et sauvegarder au

mieux ses intérêts » alors que la curatelle de gestion impliquait de « veiller à la gestion des revenus et de la fortune de V.\_\_\_\_\_, administrer les biens avec diligence et accomplir les actes juridiques liés à la gestion » ainsi que « représenter, si nécessaire, V.\_\_\_\_\_ pour ses besoins ordinaires. »

**cc)** Par décision du 31 janvier 2017, l'office AI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée par V.\_\_\_\_\_ le 22 septembre 2016, au motif qu'il n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision de refus de prestations du 14 mars 2013.

**B.** En date du 16 juin 2017, V.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, motivée par une péjoration de son état de santé. Outre la sclérose en plaques, il a fait état d'une dépression. A l'appui de sa démarche, il a joint un rapport médical du 12 juin 2017 de la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dans lequel elle posait notamment les diagnostics de dépendance à l'alcool (abstinent depuis quatre mois sous Antabuse), de fragilité émotionnelle (antécédent d'épisode de dépression moyenne à sévère) ainsi que d'asthénie et fatigabilité intellectuelle constatée lors d'une épreuve psychométrique réalisée en janvier 2017. Elle indiquait que la fatigabilité présentée par son patient l'empêchait d'exercer une activité professionnelle à plein temps. Elle se fondait en cela sur un rapport du 12 janvier 2017 faisant suite à un examen neuropsychologique ambulatoire du 10 janvier 2017, à l'issue duquel la Prof. Z.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_, avait conseillé une activité à 50% afin de réduire l'impact de la fatigabilité sur la qualité du travail effectué.

Par avis médical du 27 juin 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a proposé d'entrer en matière sur le plan neurologique en l'absence de documents concernant l'atteinte à la santé psychiatrique et de confier la réalisation d'une expertise neurologique au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 9 novembre 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué que son expertise se fondait notamment sur l'anamnèse et l'examen neurologique de l'assuré du 3 novembre 2017 ainsi que sur un bilan neuropsychologique effectué le même jour. Il n'a pas posé de diagnostic neurologique ayant une incidence sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a en revanche retenu une sclérose en plaques probable ainsi qu'une ancienne dépendance à l'alcool sans lésion neurologique organique séquellaire. Il a conclu que, sur le plan neurologique organique, V.\_\_\_\_\_ ne présentait pas de limitation particulière, si bien que sa capacité de travail était entière dans l'activité d'horloger-rhableur de même que dans celle de contrôleur de qualité dans la métallurgie envisagée par l'intéressé. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a par ailleurs préconisé que, compte tenu de l'ancienne addiction de l'assuré, l'aspect psychiatrique fasse l'objet d'une évaluation séparée.

Tout en déclarant suivre les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a suggéré, conformément aux recommandations de ce dernier, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (avis médical du 24 janvier 2018).

Par courrier du 26 janvier 2018, l'office AI a informé V.\_\_\_\_\_ qu'il allait prochainement être convoqué pour une expertise psychiatrique afin d'évaluer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2018, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au Centre de psychiatrie et psychothérapie Q.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble anxieux généralisé, de trouble dépressif récurrent (actuellement en rémission), de syndrome de dépendance alcoolique (sujet actuellement abstinent mais prenant des médicaments aversifs ou bloquants) et de sclérose en plaques. Il a expliqué que l'assuré résidait depuis janvier 2015 à la Fondation T.\_\_\_\_\_, qu'il était en phase d'autonomisation et qu'il travaillait à 50% en tant que mécanicien aux ateliers de la fondation. En annexe à son

rapport, il a complété le formulaire relatif aux limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique en cochant la case « non limitée » en regard de la rubrique « capacité d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même ».

Le 9 mai 2018, la Justice de paix du district de W.\_\_\_\_\_ a informé l'OCTP qu'elle avait désigné B.\_\_\_\_\_ en qualité de nouveau curateur de V.\_\_\_\_\_ au sens des art. 394 al. 1 et 395 al. 1 CC.

Par courrier du 31 juillet 2018, l'office AI a informé l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, avec copie à l'assuré, qu'il avait mandaté le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de procéder à l'expertise psychiatrique de V.\_\_\_\_\_. Il a notamment indiqué ce qui suit :

« Il est important qu'il respecte tous les rendez-vous. Si, de manière injustifiée, il ne se présente pas aux rendez-vous, les frais qui en découlent pourront être mis à sa charge (art. 45, al. 3, de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Des empêchements contraignants doivent être communiqués au centre d'expertises aussi rapidement que possible.

Afin d'examiner le droit aux prestations, l'office AI entreprend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. La personne assurée 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. Si la personne assurée refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'office AI peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 LPGA).

Si la personne assurée n'a pas respecté son obligation d'annoncer ou n'a pas communiqué à l'office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi, les prestations peuvent être réduites ou refusées (art. 7b LAI). »

Dans un courrier daté du même jour, l'office AI a fait savoir au Dr C.\_\_\_\_\_ qu'il souhaitait lui confier la réalisation de l'expertise psychiatrique de V.\_\_\_\_\_. Il a joint à son courrier diverses annexes, dont un document définissant le but et les conditions-cadres du mandat de

même que la structure attendue du futur rapport ainsi qu'une notice à l'attention de l'assuré et du représentant légal rappelant l'obligation de collaborer.

Par pli recommandé du 15 octobre 2018 intitulé « sommation » et adressé à V.\_\_\_\_\_, l'office AI a constaté qu'il ne s'était pas présenté aux rendez-vous que le Dr C.\_\_\_\_\_ lui avait fixés les 10 septembre et 15 octobre 2018. Après lui avoir rappelé son obligation de se soumettre aux examens médicaux ou techniques rendus nécessaires pour l'appréciation de sa situation et les conséquences en découlant en cas d'inobservation, l'office AI lui a ordonné de prendre contact avec l'expert jusqu'au 30 octobre 2018 afin de convenir d'un nouveau rendez-vous. A défaut de coopération active de sa part, une décision serait prise sur la base du dossier et il devait s'attendre à ce que sa demande soit rejetée.

Le 20 novembre 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ a informé l'office AI que, malgré trois convocations (pour les 10 septembre, 15 octobre et 19 novembre 2018), V.\_\_\_\_\_ ne s'était toujours pas présenté en ses locaux. Il se voyait donc contraint de mettre un terme au mandat d'expertise qui lui avait été confié. Il est relevé que la convocation pour le 10 septembre 2018 a été adressée à l'assuré pour adresse à l'OCTP mais que les convocations pour les 15 octobre et 19 novembre 2018 lui ont été également adressées, la première auprès de la Fondation T.\_\_\_\_\_, puis la seconde à son adresse personnelle, toutes deux étant au surplus adressées à l'adresse de l'OCTP.

Le 3 décembre 2018, l'office AI a rendu un « projet de décision » susceptible de recours au Tribunal cantonal, dans lequel il a rappelé que V.\_\_\_\_\_ avait été convoqué à deux reprises par le Dr C.\_\_\_\_\_, convocations auxquelles il ne s'était pas présenté. Le 15 octobre 2018, une sommation lui avait été adressée pour lui ordonner de convenir d'un rendez-vous avec l'expert et l'avertissant des conséquences d'un refus de coopérer. En dépit de ce courrier, l'assuré ne s'était toujours pas présenté au rendez-vous du 19 novembre 2018. Constatant qu'il n'avait pas été possible de réunir toutes les informations utiles à la

détermination de la capacité de travail et de gain de l'assuré, l'office AI a prononcé la clôture de l'instruction, motivée par le défaut de collaboration de l'intéressé. En conséquence, il lui a nié le droit à une rente et à des mesures professionnelles.

Dans un rapport du 19 décembre 2018 à l'office AI, le Dr D.\_\_\_\_\_ a expliqué que, compte tenu de l'évolution satisfaisante de l'état de santé de V.\_\_\_\_\_, celui-ci avait quitté la Fondation T.\_\_\_\_\_ au cours de l'été 2018. Malheureusement, cette sortie avait entraîné la réapparition de symptômes anxieux et de nouvelles rechutes de consommation d'alcool. Malgré une intensification du suivi, celui-ci n'avait pas permis à ce jour une diminution de la symptomatologie, ce qui entraînait de grandes difficultés dans le parcours de réinsertion (manquements professionnels, non présentation à des rendez-vous). C'était dans ce contexte que l'assuré avait manqué le rendez-vous en question. Affirmant ne pas avoir été alcoolisé ce jour-là et s'être rendu sur place mais s'être perdu en voulant rejoindre le lieu précis, l'assuré avait déclaré avoir pris la décision de rentrer après s'être blessé à la suite d'une chute dans une zone en travaux. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a ajouté que le fait que l'intéressé n'ait prévenu personne s'expliquait par le comportement de repli qu'impliquait sa pathologie.

**C. a)** Par acte du 28 décembre 2018, V.\_\_\_\_\_, représenté par M. B.\_\_\_\_\_, curateur auprès de l'OCTP, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 3 décembre 2018, en concluant à son annulation et à ce qu'une nouvelle convocation lui soit adressée. Hébergé à la Fondation T.\_\_\_\_\_ en raison de problèmes d'addiction, il a exposé avoir intégré un appartement privé en colocation à compter du 1<sup>er</sup> août 2018. Ce changement de vie l'aurait perturbé et serait à l'origine d'une recrudescence de sa consommation d'alcool. Ainsi que l'a indiqué la conseillère sociale en charge de son suivi au sein de la Fondation T.\_\_\_\_\_ (cf. courriel du 18 décembre 2018 annexé), une mise en protection a été décidée afin de remédier aux nombreux effets délétères induits par la consommation d'alcool, tels que des absences répétées à

des rendez-vous médicaux. Le fait de ne pas s'être rendu aux convocations du Dr C. \_\_\_\_\_ était ainsi vraisemblablement imputable à la reprise de la consommation d'alcool. Nonobstant ses problèmes, l'assuré a indiqué qu'il souhaitait s'y rendre et qu'il lui serait très préjudiciable de devoir déposer une nouvelle demande de prestations impliquant la reprise du déroulement de la procédure dès son commencement.

**b)** Dans sa réponse du 25 février 2019, l'office AI a relevé que les problèmes d'alcool présentés par l'assuré ne constituaient pas un motif rendant excusable son manque de collaboration, ce d'autant plus qu'il était sous curatelle de représentation et de gestion. Compte tenu du fait que les deux premières convocations avaient été adressées au curateur de l'assuré, il lui incombait de prendre toutes les dispositions nécessaires pour qu'il se présente à la convocation du 19 novembre 2018. En effet, il était de son devoir de sauvegarder au mieux les intérêts de son pupille, ce d'autant plus qu'il connaissait les problèmes de ce dernier et les enjeux de la procédure en cours. Aucun motif ne pouvait donc excuser l'absence de l'assuré à la troisième convocation chez l'expert. Partant, l'office AI a proposé le rejet du recours.

**c)** Par réplique du 19 mars 2019, l'assuré a expliqué que le fait d'avoir intégré un appartement en colocation en août 2018 signifiait pour lui davantage d'autonomie et moins de surveillance, ce qui représentait un changement de vie incompatible avec sa fragilité. Il a souligné que le rôle de son curateur n'était pas de l'accompagner à des rendez-vous d'expertise surtout lorsqu'il existait, comme en l'espèce, une prise en charge institutionnelle. Au demeurant, il disposait d'une mesure de curatelle légère et était parfaitement autonome dans tous les actes de la vie courante. Il a déclaré maintenir sa conclusion tendant à l'annulation de la décision du 3 décembre 2018.

**d)** Dupliquant en date du 8 avril 2019, l'office AI a précisé que, contrairement à ce que prétendait le curateur de l'assuré, il n'avait pas affirmé qu'il lui incombait d'accompagner ce dernier à des rendez-vous d'expertise, mais que, au vu du mandat confié, il lui incombait de prendre

toutes dispositions nécessaires afin qu'il s'y rende, ce d'autant que ses problèmes de santé ne lui étaient pas inconnus. Les arguments développés n'étant pour le surplus pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée, l'office AI a derechef conclu au rejet du recours.

### **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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige s'inscrit en l'espèce dans le contexte du refus de prestations signifié par décision du 3 décembre 2018 de l'office intimé au recourant, dans la mesure où ce dernier aurait contrevenu à son obligation de collaborer en refusant de se présenter à l'expertise psychiatrique qui avait été ordonnée. Il porte singulièrement sur le point de savoir si le comportement de l'assuré peut être qualifié d'excusable au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA.

**3.** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui

prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. 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 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. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Toutefois, selon la jurisprudence, 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).

Aux termes de l'art. 7b al. 1 LAI, les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA. Les prestations peuvent être réduites ou refusées, en dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, sans mise en demeure et sans délai de réflexion (notamment) si l'assuré ne communique pas à un office AI les renseignements dont ce dernier a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi (art. 7b al. 2 let. d LAI). La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier du degré de la faute et de la situation financière de l'assuré (art. 7b al. 3 LAI).

**4. a)** Dans la décision contestée, l'office intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, au motif qu'il n'avait pas donné suite à la troisième convocation à une expertise psychiatrique, malgré la sommation qui lui avait été adressée peu de temps auparavant, après qu'il ne s'était pas présenté à deux reprises aux rendez-vous fixés par le Dr C.\_\_\_\_\_. Le recourant n'ayant pas fourni d'explications, l'intimé a considéré qu'il ne lui avait pas été possible de réunir toutes les informations utiles à la détermination de sa capacité de travail et de gain. Partant, il a prononcé la clôture de l'instruction en raison du défaut de collaboration de l'intéressé et statué en l'état du dossier sur son droit aux prestations.

De son côté, le recourant ne conteste pas avoir violé son obligation de collaborer, pas plus qu'il ne remet en cause la nécessité d'une expertise psychiatrique. Il fait en substance valoir qu'il souffre de problèmes d'addiction à l'alcool, exacerbés depuis son changement de lieu de vie en août 2018. Il en est résulté des difficultés dans son suivi ainsi que des absences à différents rendez-vous, en particulier médicaux. Il en déduit que ses absences aux convocations de l'expert psychiatre sont liées à sa reprise d'une consommation abusive d'alcool.

**b)** Si, dans son rapport du 9 novembre 2017, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que le caractère ancien de la dépendance à l'alcool présentée par le recourant n'affectait pas sa capacité de travail sur le plan neurologique, il a néanmoins estimé que, compte tenu de cette addiction, son état de santé psychique devait faire l'objet d'une évaluation spécifique. Aussi, le SMR a-t-il recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de clarifier le droit de l'intéressé aux prestations de l'assurance-invalidité, ce dont il a été informé par courrier du 26 janvier 2018.

**c)** L'instruction n'a mis en évidence aucune incapacité du recourant de se déplacer l'empêchant de se rendre à un rendez-vous médical, sa capacité d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à lui-même n'étant pas limitée (cf. l'annexe du 1<sup>er</sup> février 2018 au rapport

daté du même jour du Dr D.\_\_\_\_\_, psychiatre) et une capacité de travail de 50% étant d'ailleurs admise par le médecin prénommé dans son rapport précité. Les pièces au dossier ne donnent aucun indice en faveur d'une incapacité à se soumettre à une expertise. Le recourant a du reste déjà fait l'objet d'une expertise auprès du Dr G.\_\_\_\_\_ en se rendant aux entretiens. Le certificat médical du 19 décembre 2018 n'atteste pas d'une telle incapacité mais tente de justifier le comportement du recourant. Or le Dr D.\_\_\_\_\_ ne fait valoir aucune atteinte ayant pour conséquence une incapacité du recourant à se rendre à une expertise ou à se souvenir de son rendez-vous ; d'ailleurs, il indique au contraire que l'intéressé n'était pas alcoolisé le jour en question, qu'il a tenté de se rendre à l'entretien, s'est rendu sur place mais qu'il se serait perdu en voulant rejoindre le lieu précis, puis qu'il a fait une chute et a décidé de rentrer sans prévenir personne. Le recourant a ainsi renoncé à aller au rendez-vous sans excuse valable. Par ce comportement, l'intéressé a volontairement refusé de collaborer à la mesure diligentée dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations. Il est constant que l'intimé lui a, à plusieurs reprises, imparti un délai pour respecter son obligation de se rendre auprès de l'expert et l'a averti des conséquences de son attitude (cf. courrier du 31 juillet 2018 et sommation du 15 octobre 2018). Le recourant n'a au demeurant fait valoir aucune justification pour ses absences aux précédents rendez-vous fixés par l'expert.

**d)** Le recourant est au bénéfice d'une curatelle de représentation et de gestion, sans restriction des droits civils. Le curateur déclare lui-même que l'intéressé n'a pas besoin d'un curateur pour l'accompagner à une expertise, si bien qu'il est en mesure d'y aller seul. Toutefois, les tâches du curateur comprennent un devoir de représentation et d'assistance de la personne protégée dans les rapports avec les tiers, notamment en matière de santé, d'administration et d'affaires juridiques auquel s'ajoute celui de sauvegarder au mieux ses intérêts. On peut se demander si le fait de savoir que le recourant bénéficiait d'un encadrement allégé auprès de la Fondation T.\_\_\_\_\_, qu'il n'avait pas donné suite à deux convocations du Dr C.\_\_\_\_\_ les 10 septembre et 15 octobre 2018, et qu'il était sommé de se présenter à

l'ultime rendez-vous fixé le 19 novembre 2018 sous peine de ne pas obtenir les prestations d'assurance requises, n'impliquait pas un devoir accru du curateur de s'assurer que la personne protégée se rendrait effectivement à l'entretien. Cette question, qui ne relève pas de la compétence de la Cour de céans, peut rester ouverte dès lors qu'il suffit de constater que le recourant avait la capacité de se rendre à l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ et pouvait bénéficier, au besoin, de l'assistance de son curateur.

**e)** Sur le vu de ce qui précède, l'intimé pouvait à juste titre exiger de la part du recourant qu'il se rende le 19 novembre 2018 chez le Dr C.\_\_\_\_\_ pour se prêter aux examens médicaux nécessaires dans le cadre de l'expertise psychiatrique ordonnée, en vue de procéder à des investigations plus approfondies de son état de santé et de sa capacité de travail. Le recourant n'ayant pas donné suite à la mise en demeure formellement conforme à ce qu'exige l'art. 43 al. 3 LPGA, qui lui a été adressée le 15 octobre 2018, c'est à bon droit que l'intimé a considéré qu'il refusait de collaborer à l'instruction et a prononcé, dans sa décision du 3 décembre 2018, la clôture de l'instruction et le refus de toutes prestations de l'assurance-invalidité sur la base des éléments au dossier.

**5.** Le recourant fait valoir que le dépôt d'une nouvelle demande de prestations lui serait préjudiciable, car elle impliquerait la reprise de l'intégralité de la procédure.

**a)** En premier lieu, il convient d'examiner si le recourant peut se prévaloir d'une violation du principe de proportionnalité. On souligne que la situation faisant l'objet du présent arrêt est la conséquence juridique de la violation, par l'assuré, de son devoir de collaborer à l'instruction (art. 43 al. 3 LPGA). Cela étant, selon la jurisprudence, l'assureur social peut, conformément au principe de proportionnalité, suspendre ses prestations, respectivement ne pas entrer en matière sur la demande, jusqu'à ce que l'assuré se déclare prêt à se soumettre sans réserve à l'expertise ordonnée par une décision entrée en force. Mais l'accord de l'assuré à la mesure d'instruction ordonnée, exprimé

postérieurement au prononcé de la décision fondée sur l'art. 43 al. 3 LPGA, ne rend pas sans effet le refus initial ayant entraîné la non-entrée en matière. C'est pourquoi un recours dans lequel l'assuré se déclare après coup prêt à se soumettre à l'expertise envisagée doit, cas échéant, être considéré comme une nouvelle demande. Ce nouvel examen du droit à la prestation pour le futur permet, sous l'angle du principe de la proportionnalité, de prendre en considération le fait que la sanction décidée (en l'espèce, un refus de prestations) ne concerne que la période pendant laquelle l'assuré refuse de collaborer (ATF 139 V 585 consid. 6.3.7.5 ; TF 9C\_477/2018 du 28 août 2018 consid. 5.1 et les arrêts cités).

**b)** Dans son mémoire de recours du 28 décembre 2018, le recourant a manifesté sans réserves sa volonté de se soumettre à une expertise psychiatrique, ce dont il y a lieu de prendre acte. Il convient, par conséquent, conformément à la jurisprudence précitée, de transmettre la déclaration de recours du 28 décembre 2018 à l'office AI pour valoir nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité afin qu'il procède à son instruction puis rende une nouvelle décision.

**6.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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'assurance-invalidité 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. 1bis LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La déclaration de recours du 28 décembre 2018 est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour valoir nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.
- IV.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de V.\_\_\_\_\_.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Office des curatelles et tutelles professionnelles, par l'intermédiaire de M. B.\_\_\_\_\_, curateur (pour V.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :