

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant, représenté par Me Christian Bacon, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 2 et 43 LPGA ; 18 al. 1 et 50 LPA-VD

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant [...] né en [...], est arrivé en Suisse en 2006. Depuis lors, il est soutenu par l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants (ci-après : EVAM).

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 septembre 2015, indiquant qu'il souffrait de troubles pulmonaires et de troubles psychiques.

Dans un rapport du 6 novembre 2015 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail un état anxio-dépressif, des troubles de l'adaptation ainsi qu'un possible syndrome de stress post-traumatique. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient un syndrome d'apnée du sommeil, une embolie pulmonaire, du prostatisme ainsi qu'une bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme chronique. Le médecin relevait que l'assuré présentait des angoisses et un stress ayant nécessité la mise en place d'un suivi psychiatrique régulier depuis 2006, tout en précisant que cette problématique ne semblait pas s'améliorer. Il indiquait encore qu'en raison de ses troubles psychiatriques, l'assuré aurait beaucoup de difficultés à s'intégrer dans le monde du travail. Il concluait qu'il n'existait pas d'activité professionnelle possible et que le rendement était réduit sans préciser pourquoi ni dans quelle mesure. Enfin, à la question de savoir quels étaient les travaux pouvant encore être exigés de la personne assurée, compte tenu des limitations dues à son état de santé, le médecin a considéré que l'assuré pouvait effectuer toutes les activités physiques listées sur le questionnaire de l'OAI, relevant uniquement que monter les escaliers était très difficile. Il n'a au surplus pas indiqué, pour quelque activité que ce soit, à raison de quelle durée celles-ci étaient exigibles ni formulé une estimation de performance. Il relevait encore que la capacité

de concentration de l'assuré, sa capacité de compréhension, sa capacité d'adaptation et sa résistance étaient limitées.

Dans un rapport du 25 janvier 2016, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent - l'assuré présentant alors un épisode sévère sans symptôme psychotique - et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Il a indiqué que son patient n'avait jamais travaillé en Suisse mais qu'une incapacité de travail était justifiable à hauteur de 100 % dès le 16 juillet 2013. Il a déclaré qu'il était difficile d'évaluer la manière dont se manifesteraient au travail les restrictions physiques, mentales ou psychiques constatées. Il n'a pas non plus évalué dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges ou depuis quand une activité adaptée au handicap serait possible.

Par avis médical du 31 août 2016, le Dr X._____, néphrologue auprès du Service médical régional de l'assurance invalidité, reprenant le rapport du Dr N._____, constatait que celui-ci, tout en soulignant l'incidence majeure des difficultés économiques et de la précarité sociale sur la situation du recourant, ne s'était pas prononcé précisément sur les critères assécurologiques. En conséquence, au vu de l'âge de l'assuré et afin de pouvoir se déterminer sur son état, il convenait d'organiser une expertise en psychiatrie.

Le 1^{er} septembre 2016, l'OAI a informé l'assuré du fait qu'il serait prochainement convoqué pour un examen médical détaillé.

Le 2 mai 2018, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait mandaté le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour procéder à une expertise psychiatrique. Cet envoi mentionnait que la personne assurée devait se soumettre aux examens médicaux ou techniques si ceux-ci étaient nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils pouvaient être raisonnablement exigés et que si la personne assurée refusait de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de

collaborer à l'instruction, l'OAI pouvait se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière.

Par lettre du 1^{er} juin 2018, le Dr V. _____ a convoqué l'assuré en vue d'un entretien le 28 septembre 2018 à 10 heures 30.

Le 10 juillet 2018, l'assuré a écrit au Dr V. _____ qu'il ne pourrait pas se rendre au rendez-vous fixé dès lors que cela ne ferait qu'exacerber fortement ses angoisses.

Par courrier recommandé du 19 juillet 2018 rappelant le contenu de l'art. 43 al. 2 et 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), également envoyé sous pli simple, l'OAI a sommé à l'assuré de se rendre au rendez-vous fixé le 28 septembre 2018 et de coopérer activement lors des examens. Il a précisé que si l'assuré ne se présentait pas à l'expertise, une décision serait rendue sur la base du dossier et que l'assuré devrait dès lors s'attendre à ce que sa demande soit rejetée.

Malgré cette sommation, l'assuré ne s'est pas présenté le 28 septembre 2018.

Le 2 octobre 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision l'informant de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré que, comme l'assuré ne s'était pas présenté au rendez-vous fixé pour procéder à une expertise médicale psychiatrique alors qu'il avait été informé de ce rendez-vous le 2 mai 2018 et sommé d'y participer le 19 juillet 2018, il n'était pas possible de déterminer s'il présentait une atteinte invalidante et de réunir toutes les informations utiles à la détermination d'une incapacité de travail et de gain. En conséquence, l'instruction de sa demande devait être close en raison de son manque de collaboration.

Le 19 novembre 2018, reprenant les considérations développées à l'appui de son projet de décision du 2 octobre 2018, l'OAI a

rendu une décision rejetant la demande de prestations d'assurance-invalidité déposée par l'assuré.

B. Par acte du 7 janvier 2019, Y._____, représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à son annulation, la cause étant renvoyée devant l'OAI afin qu'il convoque à nouveau le recourant à une expertise médicale psychiatrique, complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Il a invoqué ne s'être pas présenté à l'expertise médicale fixée le 28 septembre 2018 et ne s'être pas opposé au projet de décision du 2 octobre 2018 en raison de l'état d'angoisse caractérisé dans lequel il se trouvait. A cet égard, il a relevé qu'il avait craint qu'une hospitalisation ou d'autres mesures contraignantes ne soient prononcées à son encontre à l'issue de l'expertise. Il a expliqué que son avocat l'avait finalement informé de la manière dont celle-ci se déroulerait et que, rassuré, il était prêt à y participer. Le recourant s'est encore plaint du formalisme excessif dont aurait fait preuve l'intimé en rendant une décision lui étant hautement préjudiciable.

Le dossier de l'assuré auprès de l'OAI a été produit le 17 janvier 2019.

Le 24 janvier 2019, le recourant a produit un rapport du Dr N._____ du 22 janvier 2019. Aux termes de cet écrit, le médecin a confirmé que le recourant présentait une symptomatologie typique d'un état de stress post-traumatique. Il a encore précisé que le pronostic restait réservé et défavorable et qu'une péjoration de l'état physique et psychique de l'assuré était à craindre en cas de non-changement de sa situation sociale.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 porte sur la décision de l'OAI de rejeter la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée par le recourant, en raison de son manque de collaboration.

3. a) 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 et 69 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur des faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 consid. 6).

b) 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 p. 231 ; TF 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 3.1 et I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4 avec les références citées).

c) Les conséquences procédurales prévues en cas de violation de l'obligation de renseigner ou de collaborer n'entrent en considération que si le comportement de la personne assurée peut être qualifié d'inexcusable (art. 43 al. 3 *ab initio* LPGA). Tel est le cas si aucun motif légitime n'est perceptible ou si le comportement considéré s'avère complètement incompréhensible (TF I 166/06 du 30 janvier 2007, consid. 5.1). Il en va autrement lorsque la personne assurée n'est pas en mesure, en raison d'une maladie ou pour d'autres motifs, de donner suite aux mesures ordonnées (Jacques Olivier Piguet, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 51 *ad* art. 43 LPGA ; cf. TF I 166/06 précité, consid. 5.1 et 5.2).

d) Conformément au principe inquisitoire, il appartient au 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. Si l'assuré se soustrait à une mesure d'instruction alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible, 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 (cf. TF I 906/05 précité consid. 6 et les références citées).

En procédure de recours, le juge ne doit alors 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 la 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 (cf. TF I 906/05 précité consid. 6 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'intimé a rendu une décision rejetant la demande du recourant en raison de sa non-participation à une expertise psychiatrique. Il considérerait en effet que les renseignements médicaux au dossier étaient insuffisants pour lui permettre de rendre une décision quant au droit aux prestations du recourant.

b) Le rapport du 6 novembre 2015 du Dr C. _____ n'indique pas quels seraient les travaux pouvant encore être exigés du recourant compte tenu de son état de santé. Il ne contient aucune information quant au temps qu'il pourrait consacrer à quelque activité que ce soit, ni dans quelle mesure son rendement serait réduit. De même, dans son rapport du 25 janvier 2016, le Dr N. _____ a précisé qu'il était difficile de déterminer la manière dont les problèmes de santé du recourant se manifesteraient au travail ni dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges ou depuis quand une activité adaptée au handicap serait possible. Ces rapports n'expliquent ainsi pas dans quelle mesure et dans quelles activités le recourant serait capable de travailler, ni quelle activité pourrait encore être raisonnablement exigible de sa part (cf. ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017, consid. 5.1). Ils ne permettent pas d'établir le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé ni de procéder à l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnelle, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) Force est de constater que les éléments médicaux au dossier ne permettaient pas à l'intimé de procéder à l'appréciation de la situation médicale du recourant et que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était de nature à pallier cette problématique. Au demeurant, le recourant ne conteste pas la nécessité de la mesure envisagée puisqu'il se déclare prêt à s'y soumettre.

5. a) Le recourant fait valoir en substance que, s'il n'a pas participé à l'expertise litigieuse, c'est en raison de l'état d'angoisse caractérisé dans lequel il se trouvait dès lors qu'il avait imaginé qu'à l'issue de l'entretien prévu le 28 septembre 2018, une hospitalisation ou une mesure plus contraignante aurait pu être ordonnée à son endroit. Il précise que maintenant qu'il a été renseigné sur le déroulement de l'expertise, il est prêt à y participer.

b) Il ne ressort ni du rapport du 6 novembre 2015 du Dr C. _____ ni de ceux des 25 janvier 2016 et 22 janvier 2019 du Dr N. _____ que l'expertise envisagée aurait été contrindiquée en raison de l'état de santé du recourant. Celui-ci n'affirme pas le contraire puisqu'il se dit prêt à participer à une telle mesure, ce qui démontre que les troubles psychiques dont il souffre ne l'empêchent pas de s'y soumettre.

Le fait que le recourant ait craint la manière dont l'expertise envisagée allait se dérouler est dû à sa propre faute. Il a en effet été informé le 1^{er} septembre 2016 du fait qu'il devrait subir un examen médical détaillé et a reçu le 2 mai 2018 une lettre l'informant de sa convocation prochaine à un entretien en vue d'une expertise psychiatrique. Cet entretien a finalement été fixé le 28 septembre 2018 de sorte que le recourant a disposé de plusieurs mois pour se renseigner sur le déroulement de l'expertise. Ces renseignements auraient pu être demandés à l'EVAM, à ses médecin généraliste ou psychiatre traitants, ou à l'OAI. Aucun des rapports médicaux au dossier n'atteste que le recourant aurait été dans l'incapacité de se renseigner et le recourant lui-même ne prétend pas qu'il en aurait été autrement.

Il découle de ce qui précède que le recourant était en mesure de se présenter à l'expertise ordonnée. Il avait au surplus été dûment averti par l'OAI des conséquences pouvant résulter de son refus de collaboration (cf. consid. 3b *supra*).

c) En conséquence, il y a lieu de retenir que le recourant a refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de sa demande. L'intimé était donc fondé à rejeter cette demande, sans que la décision attaquée ne puisse être qualifiée de disproportionnée.

6. Le recourant reproche à l'intimé d'avoir fait preuve de formalisme excessif en rejetant sa demande de prestations d'assurance-invalidité. Il fait valoir que cette décision lui est hautement préjudiciable alors que son manquement serait dû à « des motifs excusables ».

a) Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 consid. 2.1 ; 130 V 177 consid. 5.4.1 ; TF 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). En tant qu'il sanctionne un comportement répréhensible de l'autorité dans ses relations avec le justiciable, l'interdiction du formalisme excessif poursuit le même but que le principe de la bonne foi consacré aux art. 5 al. 3 et 9 Cst. A cet égard, il commande à l'autorité d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure aisément reconnaissables qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elle pouvait s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 135 I 6 consid. 2.1 et ATF 125 I 166 consid. 3a ; TF 2C_45/2013 du 23 janvier 2013 consid. 4.1).

b) En l'occurrence, l'intimé a, dans une lettre du 2 mai 2018 puis dans une sommation du 19 juillet suivant, informé le recourant des conséquences de sa non-participation à l'expertise. Ce mode de faire ne relève nullement du formalisme excessif mais est également conforme à la procédure expressément prévue par l'art. 43 al. 3 LPGA à laquelle l'OAI ne saurait déroger (cf. consid. 3b et 5b *supra*). Dès lors, le grief de formalisme excessif allégué par le recourant tombe à faux.

C'est le lieu de relever que, dans la mesure où le recourant est maintenant disposé à se soumettre à l'expertise requise, il peut saisir l'OAI d'une nouvelle demande de prestations (cf. consid. 3d *in fine supra*).

7. Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours apparaît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend, à bref délai, une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2).

Le recours étant manifestement mal fondé, il est fait application de l'art. 82 LPA-VD.

8. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Cependant, lorsque l'équité l'exige, en particulier lorsque la perception de frais serait d'une rigueur excessive pour la partie qui devrait les supporter, l'autorité peut renoncer à percevoir des frais de procédure (art. 50 LPA-VD applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Tel étant le cas en l'espèce, le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

c) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LPA-VD, l'assistance judiciaire n'est octroyée notamment que pour autant que les prétentions ou les moyens de défense du requérant ne soient pas manifestement mal fondés.

Au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chances de succès de sorte qu'il convient de rejeter la requête d'assistance judiciaire déposée par le recourant.

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.

IV. L'arrêt est rendu sans frais, ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Christian Bacon (pour Y. _____)
- 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 :