

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Neu et Mme Durussel, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 43 al. 2 et 3 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A. a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été engagée le [...] par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en qualité de [...].

Le 19 juin 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] (ci-après : l'Office) en raison d'une asthénie et de douleurs dues à une lithiase vésiculaire. L'Office a rejeté cette demande, en expliquant notamment qu'elle refusait de se conformer à son obligation de collaborer (cf. décision du 18 février 2013).

L'assurée a résilié son contrat de travail pour le 28 février 2013.

**b)** Le 14 septembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant une faiblesse musculaire due à une « grave triche médicale », ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique engendré par les agressions et menaces de mort du médecin incriminé.

L'intéressée a annulé deux entretiens fixés avec une collaboratrice de l'Office.

Dans un rapport du 14 avril 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. La capacité de travail était nulle du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 30 avril 2017 en raison de cette atteinte, laquelle se manifestait par des crises d'angoisse. La patiente refusait une prise en charge psychiatrique et la prescription d'antidépresseurs. Les diagnostics de lombalgies à droite et de statut post-cholécystectomie en 2012 n'avaient quant à eux aucune répercussion sur la capacité de travail.

Par avis médical du 4 juin 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé qu'après un contact téléphonique avec le Dr F.\_\_\_\_\_, il était manifeste que l'assurée ne présentait pas une atteinte psychique suffisamment sévère pour justifier une non-collaboration. De plus, il ne disposait pas d'élément permettant de constater une incapacité de travail autre que du 1<sup>er</sup> décembre 2016 au 30 avril 2017.

Par projet de décision du 20 juin 2018, l'Office a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en expliquant qu'il ne pouvait pas retenir une atteinte à la santé invalidante. Seule une incapacité de travail pour la période précitée pouvait être reconnue, laquelle était inférieure à une année et ne permettait pas de verser des prestations.

Le 24 juillet 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que l'atteinte de sa patiente avait débuté le 26 août 2015, que sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, et qu'elle présentait de multiples limitations fonctionnelles.

Par courrier électronique du 30 juillet 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'Office, en déclarant avoir subi plusieurs agressions ces derniers mois, ainsi qu'une intervention chirurgicale d'urgence, de sorte qu'elle n'avait pas pu se manifester auparavant. Son état de santé se fragilisait.

A la demande de l'assurée, son dossier a été transféré à l'OAI.

Dans un rapport du 11 novembre 2018 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, avec des cauchemars, des troubles du sommeil et des crises d'angoisse. Le traitement actuel consistait en la prise de Rebalance [médicament phytothérapique à base de millepertuis], de Temesta et d'un suivi psychologique avec Monsieur G.\_\_\_\_\_. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Il avait

attesté une incapacité totale de travail à plusieurs reprises en 2016, puis depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017.

Le 21 décembre 2018, au cours d'un entretien téléphonique avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre et qu'elle avait rapidement cessé de consulter un psychologue, puisque cela ne lui convenait pas. En été 2018, elle avait tenté de contacter d'autres psychologues, mais ils n'étaient pas disponibles. Elle suivait des thérapies parallèles, dispensées à titre bénévole par une connaissance (cf. note d'entretien téléphonique du 21 décembre 2018 de l'OAI).

Par avis du 15 janvier 2019, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré que la situation psychique de l'assurée était confuse et peu argumentée. Au vu de l'insuffisance des éléments au dossier, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par communication du 13 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Le Dr P.\_\_\_\_\_, psychiatre, à [...], avait été mandaté à cet effet. L'OAI a ajouté qu'il était important qu'elle respecte les rendez-vous et que les empêchements contraignants devaient être communiqués à l'expert aussi rapidement que possible. Par ailleurs, il a précisé que la personne assurée devait se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci étaient nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils pouvaient raisonnablement être exigés. 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.

Le 24 juin 2019, l'assurée a demandé à l'OAI de lui expliquer pour quelle raison elle devait se déplacer si loin pour l'expertise. Elle souffrait d'agoraphobie et avait besoin d'être accompagnée lors de longs trajets. Il lui a été répondu qu'il y avait actuellement une pénurie d'experts

à disposition dans la région (cf. note d'entretien téléphonique du 24 juin 2019 de l'OAI).

Par courrier électronique du 5 juillet 2019 adressé à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait convoqué l'assurée à un entretien fixé le 25 juin 2019, mais que cette dernière avait téléphoné la veille pour avertir qu'elle ne pourrait pas venir. Il avait essayé de la rappeler par la suite, sans parvenir à l'atteindre. Dans ces conditions, il renonçait à ce mandat d'expertise.

Par sommation du 25 juillet 2019, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'au vu de sa réticence à se déplacer jusqu'à [...], il avait confié la réalisation de l'expertise à un autre psychiatre, le Dr B.\_\_\_\_\_, à [...]. Il a rappelé l'obligation de collaborer des assurés et les conséquences en cas de non-respect de ce devoir. Le jour-même, il a envoyé à l'assurée une communication ayant la même teneur que celle du 13 mai 2019, à l'exception du nom du psychiatre.

Par courrier du 15 août 2019, le Dr [...] a convoqué l'assurée à des entretiens le 10 septembre 2019 à 14 h et le 11 octobre 2019 à 10 h 30.

Le 10 septembre 2019, à 8 h 27, l'assurée a écrit un courriel au Dr B.\_\_\_\_\_, lui expliquant qu'elle avait tenté de le joindre la veille afin de modifier la date du premier entretien, sans succès. Elle s'était cassé le pied et une côte il y a quelques jours et, comme évalué par son médecin traitant, elle n'était pas en mesure de pouvoir honorer le rendez-vous de l'après-midi.

Par courrier électronique du 27 septembre 2019, la secrétaire du Dr B.\_\_\_\_\_ a répondu à l'assurée qu'elle n'avait pas pu l'atteindre par téléphone. Elle lui demandait si elle pouvait venir à l'entretien fixé le 11 octobre 2019.

Le 10 octobre 2019, la secrétaire du Dr B. \_\_\_\_\_ a annoncé à l'OAI qu'elle n'avait pas reçu de réponse à son courriel du 27 septembre 2019. Elle s'interrogeait sur la suite à donner à ce dossier.

Par sommation du 10 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée que si elle ne se présentait pas au rendez-vous qui serait fixé prochainement, il prendrait sa décision sur la base du dossier. Elle devait alors s'attendre à ce que sa demande soit rejetée.

Le 15 octobre 2019, la secrétaire du Dr B. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'assurée avait laissé un message sur le répondeur du cabinet le 11 octobre 2019, en indiquant qu'elle allait rappeler l'après-midi-même pour s'expliquer. A ce jour, elle n'avait toutefois pas eu de contact avec celle-ci.

Par décision du 17 octobre 2019, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Il a expliqué que dans son projet de décision, l'Office avait exposé ne pas pouvoir retenir une atteinte à la santé invalidante. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI avait constaté que les renseignements fournis par le médecin traitant n'étaient pas suffisants pour reconnaître une telle atteinte. Il avait ainsi organisé une expertise auprès du Dr P. \_\_\_\_\_, dont le rendez-vous avait été annulé par l'assurée la veille, puis avec le Dr B. \_\_\_\_\_. Elle n'avait pas répondu aux courriels et aux messages laissés sur son répondeur, de sorte que celle-ci n'avait pas non plus pu être réalisée. L'assurée avait été mise en garde sur les risques liés à son manque de collaboration. L'OAI ne disposait toujours pas de preuve d'une atteinte à la santé invalidante, de sorte qu'il était contraint de refuser le droit aux prestations.

Le 14 novembre 2019, l'assurée a appelé l'OAI pour s'excuser de l'absence de réponse aux courriers. Elle a déclaré que ses problèmes de santé l'avaient empêchée de se rendre aux entretiens prévus (cf. note d'entretien téléphonique du 14 novembre 2019 de l'OAI).

**B.** Par acte du 17 novembre 2019, W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en expliquant qu'elle avait averti le Dr B.\_\_\_\_\_ le matin du rendez-vous, par message laissé sur son répondeur, que son état de santé ne lui permettait pas de participer aux entretiens. Elle était en incapacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Elle a joint deux certificats établis par le Dr F.\_\_\_\_\_. Le premier, daté du 27 septembre 2019, indiquait que le suivi actuel consistait en une consultation hebdomadaire. La patiente présentait un état psychique labile à la suite d'un accident, raison pour laquelle elle ne pouvait pas soutenir émotionnellement un entretien, ceci pour une durée de quatre semaines au minimum, à réévaluer. Le second certificat, daté du 22 octobre 2019, retenait le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en exposant que depuis le début de l'année 2019, la patiente présentait une péjoration de son état psychique avec un état beaucoup plus fragile, une augmentation des crises d'angoisse et des troubles psychosomatiques post-traumatiques, ainsi que la persistance de troubles du sommeil et de cauchemars récurrents. Elle avait actuellement une difficulté certaine pour les situations stressantes.

Invitée par la juge instructrice à indiquer quels étaient ses moyens et ses conclusions, la recourante a complété son recours le 4 décembre 2019, dans le délai imparti. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il reprenne l'instruction de son dossier. Elle a soutenu qu'elle n'avait pas pu se rendre aux entretiens avec les experts en raison de problèmes médicaux et n'avait dès lors pas violé son devoir de collaborer. A cette période, elle présentait une impossibilité à traiter ses affaires courantes et n'était même pas capable d'ouvrir son courrier. Par ailleurs, elle a invoqué la violation de son droit d'être entendue, en faisant valoir que la décision querellée ne comportait aucune motivation légale. Elle a encore demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle a joint plusieurs certificats médicaux établis par le Dr F.\_\_\_\_\_, pour des périodes d'incapacité totale de travail en 2015, 2016 et 2017, ainsi qu'à partir du 28 juin 2019, puis dès le 18 septembre 2019, pour une durée indéterminée.

L'OAI a produit le dossier de la recourante le 5 février 2020.

**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, le recours, 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]), mais non conforme aux exigences légales (art. 61 let. b LPGA), a été valablement complété dans le délai imparti. Il est donc recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à rejeter la demande de prestations déposée par l'assurée, faute d'éléments suffisants permettant d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence des conditions du droit aux prestations, au vu de son manque de collaboration.

**3.** Dans un premier grief de nature formelle, la recourante critique la motivation de la décision litigieuse, qu'elle considère comme lacunaire.

**a)** 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. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), 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, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle 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. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

**b)** En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, la décision litigieuse est motivée à satisfaction. Elle permet de comprendre les éléments retenus par l'OAI. Elle explique en particulier que, comme déjà constaté par l'Office, les renseignements fournis par le médecin traitant n'étaient pas suffisants pour reconnaître une atteinte invalidante. L'OAI avait ainsi organisé à deux reprises une expertise, laquelle n'avait pas pu être mise sur pied en raison de l'absence et du manque de communication de la recourante, qui avait été avertie des conséquences d'une violation de son devoir de collaborer. Ne disposant ainsi toujours pas de preuve d'une atteinte à la santé invalidante, l'OAI était contraint de refuser le droit aux prestations. Par ailleurs, les dispositions légales applicables figurent à la dernière page de la décision. L'assurée a été parfaitement en mesure de recourir contre celle-ci en

toute connaissance de cause. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu.

**4. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (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 (TF 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 ; TF 9C\_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 3.1 et I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.4 et 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, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 51 ad art. 43 LPGA ; TF 8C\_733/2010 du 10 décembre 2010 consid. 5.3 et 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 (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

requis. 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 (TF I 906/05 précité consid. 6 et les références citées).

**5.** En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante en expliquant qu'en raison de son manque de collaboration quant à la réalisation d'une expertise psychiatrique, il ne disposait pas d'éléments suffisants pour retenir l'existence d'une atteinte invalidante.

Au plan psychique, les seuls rapports figurant au dossier sont ceux du médecin généraliste traitant de la recourante. Ils sont clairement insuffisants pour se prononcer sur son droit aux prestations. En effet, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a aucunement étayé le diagnostic de stress post-traumatique qu'il retient. Il n'a pas non plus motivé à satisfaction la capacité de travail de 0 % que présente selon lui sa patiente dans son activité habituelle. Il a mentionné que cette capacité s'élevait à 50 % dans une activité adaptée, sans toutefois décrire quel type d'emploi conviendrait. Au titre des limitations fonctionnelles, il s'est limité à évoquer qu'elles étaient « multiples ». Il n'est en outre pas spécialisé en psychiatrie. Par ailleurs, ses rapports ne permettent en aucun cas une appréciation concluante à l'aune de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418).

Force est de constater que les éléments médicaux au dossier n'étaient pas suffisants pour que l'intimé puisse évaluer l'état de santé psychique de la recourante, et que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était de nature à pallier cette problématique. Au demeurant, l'assurée ne conteste pas la nécessité de cette mesure.

Au plan somatique en revanche, la situation est claire. Les seuls diagnostics relevés par le Dr F. \_\_\_\_\_ sont ceux de lombalgies à droite et de statut post-cholécystectomie en 2012. Il a indiqué qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 14 avril 2018). On peut donc conclure, à l'instar de l'OAI, que l'assurée ne présente pas d'atteinte invalidante sur ce plan.

**6.** La recourante fait valoir qu'elle ne s'est pas rendue aux entretiens fixés par le Dr P. \_\_\_\_\_ le 25 juin 2019, puis par le Dr B. \_\_\_\_\_ les 10 septembre et 11 octobre 2019, en raison de ses atteintes à la santé.

Elle invoque tout d'abord qu'à cette période, elle était incapable de gérer ses affaires courantes, tel qu'ouvrir un courrier. Or, elle a été en mesure de contacter l'OAI par téléphone le 24 juin 2019, puis d'appeler le Dr P. \_\_\_\_\_ le même jour pour lui annoncer qu'elle n'allait pas se rendre au rendez-vous. Par la suite, elle a été capable d'écrire un courriel au Dr B. \_\_\_\_\_ le matin du 10 septembre 2019. Elle a aussi laissé des messages sur le répondeur du cabinet de ce médecin, la première fois le 10 septembre 2019, puis le 11 octobre 2019. La recourante ne peut ainsi être suivie lorsqu'elle se prévaut d'une incapacité à gérer ses affaires à cette époque. Il y a encore lieu de relever que lors de son contact téléphonique avec l'OAI le 24 juin 2019, elle a uniquement fait part de difficultés liées aux longs déplacements, dues à une agoraphobie. Celles-ci ne sont pas attestées médicalement.

Les certificats médicaux qu'elle a produits dans le cadre de la présente procédure concernent pour la plupart une période bien antérieure à celle pertinente en l'espèce. Pour le reste, la seule attestation

d'une incapacité de travail n'est pas suffisante pour justifier de l'impossibilité à se rendre à un examen médical nécessaire à l'instruction du dossier.

Le rapport établi le 27 septembre 2019 par le Dr F.\_\_\_\_\_, à l'issue d'une consultation du même jour, décrit certes que la patiente présente un état psychique labile à la suite d'un accident, raison pour laquelle elle ne peut soutenir émotivement un entretien pour une durée de quatre semaines, à réévaluer. Ce document ne permet toutefois pas de retenir que la recourante présentait déjà un tel état les 25 juin et 10 septembre 2019. Dans un rapport du 22 octobre 2019, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu une péjoration de l'état psychique de sa patiente depuis le début de l'année 2019 et a relevé qu'en raison de son état de stress post-traumatique, elle présentait une difficulté certaine pour les situations stressantes. Ce rapport est très peu détaillé. On constate également que malgré les difficultés psychiques invoquées, la recourante consulte uniquement son médecin généraliste traitant, et non un psychiatre ou un psychologue. La médication prescrite ne semble pas non plus démontrer un état de santé suffisamment instable pour justifier les manquements de l'assurée. Quoi qu'il en soit, elle n'était en aucun cas empêchée de donner suite aux appels téléphoniques et aux courriels du secrétariat du Dr B.\_\_\_\_\_, ou de contacter l'OAI, afin de convenir ensemble de la suite des événements.

Par ailleurs, l'assurée a été dûment avertie par l'OAI des conséquences pouvant résulter de son manque de collaboration.

En conséquence, il y a lieu de retenir que la recourante ne s'est pas conformée à son obligation de collaborer à l'instruction de sa demande. L'intimé était donc fondé à statuer en l'état du dossier et, faute d'éléments suffisants permettant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit aux prestations, à le refuser.

**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 des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 200 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante n'obtenant pas gain de cause, et n'étant au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**c)** La recourante a demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire.

**aa)** Le droit à l'assistance judiciaire, prévu par l'art. 61 let. f LPGA, n'est pas ouvert à la partie recourante dont les conclusions sont dépourvues de chance de succès au moment du dépôt de la requête (ATF 140 V 521). Un recours est dépourvu de chance de succès lorsque les chances de le gagner sont sensiblement inférieures aux risques de le perdre. La question déterminante est celle de savoir si une partie disposant des ressources financières nécessaires se lancerait ou non dans le procès après une analyse raisonnable de la situation (ATF 139 III 396).

**bb)** En l'occurrence, au vu des éléments développés ci-dessus, la procédure était clairement dépourvue de chance de succès, de sorte qu'il convient de rejeter la requête d'assistance judiciaire déposée par la recourante.

**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 17 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de W.\_\_\_\_\_.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- W.\_\_\_\_\_
- 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 :