

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mars 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Berberat, juge, et Mme Gay, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Lorenz Fivian, avocat à Morat,

et

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

---

**Art. 43 LPG**

**E n f a i t :**

**A.** P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, mère de deux enfants majeurs, a déposé le 14 août 2018 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 23 janvier 2018 en raison de problèmes consécutifs à une opération.

Il ressort des pièces médicales au dossier que l'assurée se plaint de formes d'« attaques » très fréquentes (plusieurs fois par jour), avec des symptômes variables tels que des tachycardies, des malaises, une faiblesse musculaire l'empêchant de marcher, des diarrhées, des angoisses et une importante fatigue.

De nombreuses investigations ont été effectuées sans qu'une origine allergologique, cardiaque, endocrinienne, neurologique ou cérébrale puisse être établie.

L'assurée a notamment subi des examens cardiaques lors d'un séjour du 11 au 15 juin 2018 à la Clinique M.\_\_\_\_\_ à [...], qui ont permis d'exclure un syndrome coronarien aigu. L'échocardiographie, qui révélait des cavités cardiaques de dimensions normales, une fonction normale des ventricules gauche et droit, et une absence de lésions valvulaires, était parfaitement normale. Le scanner coronarien ne montrait par ailleurs aucune anomalie. L'assurée présentait une dysrégulation orthostatique avec hypercompensation vagotonique et rapportait aussi des crises abdominales qui existaient depuis des années avec une modification de la symptomatologie après une diarrhée hémorragique intercurrente survenue en janvier 2018. Cependant, l'électroencéphalogramme effectué par un neurologue lors de ce séjour s'est avéré normal et ne permettait pas d'expliquer ces crises. Les examens de laboratoire ont par ailleurs permis d'exclure un phéochromocytome et un syndrome carcinoïde. La recherche de porphyrie s'était aussi révélée négative et une maladie coeliaque était également exclue. Les valeurs étaient normales pour le cortisol, la chromogranine, l'énolase spécifique des neurones et le peptide

intestinal vasoactif (rapport du 3 juillet 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne à la Clinique M.\_\_\_\_\_.).

En revanche, sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents, accompagnés de troubles du sommeil et de pensées circulaires, de diminution de la résistance au stress et de trouble du déficit de l'attention avec altération de l'attention permanente et limitation de la mémoire de travail ont été posés. Le psychiatre consulté lors de ce séjour à la Clinique M.\_\_\_\_\_ a également évoqué une suspicion de trouble anxieux généralisé (F41.1) avec attaques de panique et tendance à la somatisation (F45.0), ainsi qu'une suspicion d'éléments d'un état de stress post-traumatique complexe (F43.1), dans un contexte psychosocial complexe (rapport du 3 juillet 2018 du Dr T.\_\_\_\_\_ et rapport du 17 juin 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

R.\_\_\_\_\_ SA, l'assurance-maladie en cas de perte de gain auprès de laquelle P.\_\_\_\_\_ était assurée, a mandaté le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 10 décembre 2018, celui-ci n'a pas pu expliquer les symptômes par un diagnostic somatique. Des comorbidités psychiatriques étaient possibles et l'expert recommandait une expertise psychiatrique. Il a également suggéré divers autres examens complémentaires avant de proposer de reconnaître une incapacité de travail totale pour une durée de quatre semaines après l'expertise, le temps de compléter le diagnostic, de mettre en place ses propositions de traitement, ainsi qu'en raison du déconditionnement de l'assurée. La capacité de travail devait ensuite être augmentée à 25 %, puis à 100 % dans un délai de six à huit semaines.

Dans un rapport du 27 décembre 2018, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a informé l'OAI de l'absence de diagnostic et de traitement efficace, en précisant être toujours à la recherche d'un diagnostic.

L'assurée a été examinée le 29 mars 2019 à la clinique X.\_\_\_\_\_ de Y.\_\_\_\_\_ de [...], sans que cet examen ne permette d'attribuer à un syndrome connu l'étiologie des crises rapportées par l'assurée qui étaient difficiles à décrire subjectivement.

Le 6 mai 2019, elle a par ailleurs été vue par la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, à la clinique Z.\_\_\_\_\_ de Y.\_\_\_\_\_, qui a constaté que les symptômes présentés par l'assurée ne correspondaient pas à une allergie de type tardif. Il n'y avait pas non plus d'indices de la présence d'une maladie mastocytaire pouvant déclencher une tachycardie. Lors de la consultation, la patiente avait subi une nouvelle crise, au cours de laquelle la tension artérielle et la fréquence cardiaque étaient dans la norme.

Une polysomnographie a été réalisée le 5 juillet 2019 à la clinique X.\_\_\_\_\_ de Y.\_\_\_\_\_, au terme de laquelle une évaluation neuropsychosomatique a été recommandée. En effet, les observations réalisées étaient atypiques pour une épilepsie, et les différents taux d'hormones mesurés pendant une attaque annoncée par l'assurée étaient dans la norme, sous réserve d'un probable faux positif en ce qui concernait la méthoxytyramine ; cela plaidait plutôt pour une atteinte d'origine psychosomatique.

L'OAI a soumis le dossier au Dr H.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui a préconisé le 20 janvier 2020 de réaliser une expertise psychiatrique, une telle mesure d'instruction lui paraissant indispensable.

Dans un courrier du 27 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée de la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique et du mandat confié à cet effet au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Le 28 mai 2020, après avoir obtenu une prolongation de délai pour se déterminer, l'assurée, par l'intermédiaire de Me Rafael Brägger, a

demandé à l'OAI que l'expert mandaté parle l'allemand, en précisant en outre qu'elle ne participerait à cette mesure d'instruction qu'à la condition qu'elle soit assistée d'une personne de son choix lors de l'examen clinique et que l'entretien avec l'expert soit enregistré.

Le 4 juin 2020, l'OAI a informé l'assurée que le Dr N. \_\_\_\_\_ était de langue maternelle allemande, que les entretiens avec lui pourraient donc se dérouler en allemand, mais que le rapport d'expertise serait rédigé en français, seule langue officielle du canton de Vaud. Il a ajouté que l'assurée ne pourrait pas être accompagnée d'une tierce personne de son choix lors des entretiens avec l'expert, ni enregistrer ces entretiens. L'OAI a par ailleurs rendu l'assurée attentive à son obligation de collaborer et au fait qu'un défaut de collaboration pourrait conduire à une décision en l'état du dossier ou à un refus d'entrer en matière sur la demande, conformément à 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). Un délai au 25 juin 2020 lui a été imparti pour confirmer qu'elle collaborerait à l'expertise.

Après avoir obtenu une prolongation de délai, l'assurée a écrit le 15 juillet 2020 à l'OAI qu'elle ne comprenait pas le but de cette expertise et qu'une évaluation psychiatrique n'était pas pertinente, en faisant notamment valoir qu'elle avait indiqué clairement que sa maladie n'était pas d'origine psychologique, tout en admettant que la cause de sa maladie était inconnue. Elle a demandé à l'OAI de renoncer à une expertise psychiatrique.

Par décision du 18 août 2020, l'OAI a ordonné une expertise psychiatrique, en rappelant à l'assurée son obligation de collaborer.

Le 16 septembre 2020, l'assurée, toujours par l'intermédiaire de Me Brägger, a notamment indiqué qu'il était problématique que l'OAI ne permette pas l'accompagnement par une personne de confiance ou l'enregistrement de l'entretien dans le cadre de l'expertise. Elle a aussi

contesté la nécessité et l'utilité d'une expertise psychiatrique. Elle a par ailleurs écrit ce qui suit :

« [...] Mme P.\_\_\_\_\_ commence à se demander si, en insistant sur une expertise psychiatrique et en sachant que Mme P.\_\_\_\_\_ ne l'acceptera en aucun cas, vous cherchez une raison d'arrêter la procédure OAI. Mme P.\_\_\_\_\_ rejette donc tout autre évaluation (pas seulement psychiatrique), car celle-ci ne serait de toute façon basée que sur des documents et des hypothèses erronés. Mme P.\_\_\_\_\_ rejette l'expertise psychiatrique (et tout autre) car elle ne lui est de toute façon d'aucune utilité [...]. »

Dans un courrier du 8 octobre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il considérait que l'instruction médicale devait être poursuivie par la mise en œuvre de la mesure d'instruction proposée, qui était nécessaire pour ne pas passer à côté d'un élément pertinent, en relevant qu'aucun diagnostic issu de la CIM-10 n'avait été posé. Il a pris acte que l'assurée n'accepterait en aucun cas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et l'a informée que l'instruction du dossier se ferait dès lors sur la base des pièces médicales à disposition au dossier sur le plan somatique.

Dans un avis du 7 décembre 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a constaté, sur la base des pièces du dossier, qu'aucun diagnostic précis expliquant l'ampleur de la symptomatologie relatée par l'assurée n'était posé, malgré les investigations menées. En l'absence d'une situation diagnostique claire, il lui était impossible de se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Dans un projet de décision du 18 décembre 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, estimant en substance que l'incapacité de travail n'était pas établie compte tenu des pièces au dossier.

Par courrier du 26 janvier 2021, l'assurée a demandé un délai pour se déterminer sur ce projet de décision.

Le 3 février 2021, après avoir obtenu un délai pour faire part de ses objections, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, en alléguant qu'elle avait accepté de se soumettre à une expertise psychiatrique à certaines conditions qui selon elle étaient raisonnables. Elle a ajouté qu'une telle mesure d'instruction n'était pas opportune et ne ferait qu'entraîner des coûts et des dépenses de temps inutiles. Elle a communiqué le nom de plusieurs personnes qui pourraient attester de la réalité des « attaques de douleur et cardiovasculaires » qu'elle subissait de manière récurrente depuis février 2018, jusqu'à vingt à trente fois par jour, toutes les 40 à 80 minutes environ.

Par décision du 25 février 2021, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer des prestations à l'assurée.

**B.** Par acte du 15 avril 2021, P.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Camille Fenter, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant en substance, à titre principal, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un montant minimal de 2'390 fr. à compter de février 2019 et, à titre subsidiaire, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Elle conteste essentiellement avoir refusé de se soumettre à une expertise psychiatrique et soutient s'être opposée uniquement aux conditions dans lesquelles celle-ci devait se dérouler, en ajoutant que « cela est au demeurant prouvé par l'absence de recours contre la décision du 18 août 2020 » de l'intimé. Elle fait en outre valoir que l'intimé aurait dû ordonner une expertise pluridisciplinaire plutôt qu'une expertise uniquement psychiatrique, en ajoutant qu'une telle expertise pluridisciplinaire aurait dû être ordonnée d'office par l'intimé qui a violé son devoir d'instruction, et se déclarant rester à disposition des autorités pour s'y soumettre. Elle observe que la question de l'enregistrement des entretiens cliniques a désormais été réglée par le Parlement fédéral, qui a prévu qu'un tel enregistrement serait obligatoire, sous réserve d'une renonciation de la personne assurée à un tel enregistrement, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Quoi qu'il en soit, il n'appartenait pas à l'intimé de refuser purement et simplement cet enregistrement,

alors qu'il pouvait laisser l'expert libre d'accepter ou non l'enregistrement. Sur le fond, elle fait valoir que son atteinte à la santé est indéniable, quelle qu'en soit la cause, et que son incapacité de travail est totale et durable. A titre de mesures d'instructions, elle requiert son audition et celle de divers témoins pour attester l'existence de son atteinte à la santé, et demande que le tribunal ordonne une expertise pluridisciplinaire aux fins de poser un diagnostic relatif à son atteinte à la santé.

Le 27 mai 2021, elle a signalé que le Tribunal des assurances sociales du canton de [...] avait fait entièrement droit à une demande qu'elle avait déposée contre R. \_\_\_\_\_ SA, et avait admis qu'elle présentait une incapacité de travail de 90 % du 28 février 2019 jusqu'à la fin de l'obligation contractuelle de prester. Elle a produit un jugement rendu le 12 janvier 2021 par le Tribunal précité.

Dans sa réponse du 23 juin 2021, l'OAI a maintenu sa position et déclaré confirmer la décision litigieuse, proposant ainsi implicitement le rejet du recours. Il observe que dans la mesure où la recourante paraît désormais ouverte à une expertise, il serait prêt à reprendre l'instruction du dossier, la question d'un enregistrement sonore, voire d'un accompagnement de l'expertisée par une personne de confiance devant être discutée le moment venu avec l'expert mandaté. Quant au type d'expertise (mono, bi ou pluridisciplinaire), l'OAI était disposé à demander au médecin du SMR d'examiner s'il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise dans d'autres spécialités.

Dans sa réplique du 29 octobre 2021, la recourante, désormais représentée par Me Lorenz Fivian, a confirmé ses conclusions. Elle soutient qu'une rente entière devrait lui être octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, en parallèle à la mise en œuvre d'une expertise, qui devrait être pluridisciplinaire « à large spectre », au vu de l'absence de diagnostic posé en l'espèce. Elle prétend avoir demandé une expertise pluridisciplinaire à maintes reprises. Elle ajoute qu'une décision de rente de l'assurance sociale allemande lui reconnaissant une incapacité de travail totale dès le

1<sup>er</sup> août 2018 a été rendue ; elle a produit une décision du 17 septembre 2021 de cet organisme social.

Dans un courrier du 17 novembre 2021, le juge instructeur a informé les parties que la cause paraissait en l'état d'être jugée et que les moyens de preuve requis étaient rejetés sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, l'avis contraire de la Cour lorsque la cause lui serait soumise demeurant réservé.

### **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 compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA), 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 le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3.** Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de

fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 25 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

**c)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**6.** La recourante reproche à l'intimé d'avoir statué sans ordonner d'expertise pluridisciplinaire et conteste avoir violé son obligation de participer à l'instruction de la cause.

**a)** Selon l'art. 43 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, 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). Par ailleurs, 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). Cet article dispose en outre que 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).

**b)** En l'espèce, une expertise psychiatrique est à l'évidence nécessaire. Le médecin traitant de la recourante l'a adressée à de nombreux spécialistes dans différentes branches de la médecine somatique. Malgré tous les examens réalisés, aucun d'entre eux n'a pu poser un diagnostic expliquant les symptômes de la recourante, sauf à évoquer des atteintes de type psychosomatique. L'intimé devait donc ordonner une expertise psychiatrique, ce qu'il a fait à juste titre.

**c)** La recourante nie avoir refusé de se soumettre à une telle expertise et soutient en avoir uniquement contesté les modalités. Par l'intermédiaire de son avocat, elle a émis, dans un premier temps, trois conditions pour se soumettre à l'expertise, à savoir être assistée par une personne de confiance lors de l'entretien clinique, obtenir l'enregistrement de cet entretien et que cet entretien se déroule en allemand. L'intimé lui a répondu que l'entretien pourrait se dérouler en allemand, mais qu'en revanche, elle ne pourrait pas s'y faire accompagner d'une tierce personne, ni obtenir un enregistrement. Ces modalités sont conformes à la jurisprudence (en ce qui concerne l'absence de droit à être assisté d'une personne de confiance : ATF 140 V 260 consid. 3.2.3 ; ATF 132 V 443 ; en ce qui concerne l'absence de droit à un enregistrement de l'entretien : CASSO, arrêt du 14 janvier 2014 dans la cause AI 248/13 - 13/2014). Il est vrai que la question de l'enregistrement de l'entretien clinique avec l'expert a fait l'objet de discussions au Parlement fédéral, ce qui a conduit à une modification de la LAI qui est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Selon cette modification, l'enregistrement sonore devient la règle, la personne assurée pouvant toutefois y renoncer si elle le souhaite (art. 44 al. 6 LPG, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022). L'intimé a toutefois statué avant l'entrée en vigueur de cette modification législative, qui n'était donc pas applicable à l'époque. Par ailleurs, même si l'intimé en avait admis une application anticipée, la troisième condition posée par la recourante pour se soumettre à l'expertise n'aurait pas été remplie.

Toujours par l'intermédiaire de son avocat, la recourante a, dans un deuxième temps, exclu catégoriquement de se soumettre à une

expertise psychiatrique, ainsi qu'à toute autre expertise, expliquant que de telles mesures d'instruction étaient à ses yeux totalement inutiles (cf. son courrier du 16 septembre 2020). Si la recourante n'a effectivement pas recouru contre la décision incidente du 18 août 2020 ordonnant une expertise psychiatrique, elle a clairement manifesté son refus de concourir à une telle mesure d'instruction dans son courrier du 16 septembre 2020. En réaction au projet de décision de refus de prestations, elle a ensuite nié avoir refusé de se soumettre à l'expertise, prétendant avoir uniquement posé des conditions relatives aux modalités de cette mesure d'instruction. Elle n'a toutefois pas demandé à l'intimé de revenir sur son projet de décision pour mettre en œuvre l'expertise en question, en se déclarant désormais explicitement prête à y participer, mais a au contraire à nouveau développé son argumentation relative à l'inutilité d'une telle démarche.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était en droit de considérer que la recourante refusait de se soumettre à une expertise psychiatrique alors que cette démarche était une mesure d'instruction nécessaire pour établir son état de santé et une éventuelle incapacité de travail. A défaut d'une telle mesure, et dès lors que les autres documents médicaux au dossier ne donnaient aucune explication médicale aux symptômes présentés par la recourante, ni ne permettaient d'en établir la gravité, l'intimé a constaté à juste titre qu'en l'état du dossier, une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail durable de 40 % au moins n'était pas établie, faute de diagnostic et d'éléments probants. L'intimé pouvait, dans ce contexte, considérer que l'audition des témoins proposés par la recourante ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, d'établir les faits pertinents au degré de la vraisemblance prépondérante, et renoncer à leur audition.

Par ailleurs, le jugement rendu par le Tribunal des assurances du canton de [...] sur une procédure relative à des indemnités journalières en application d'un contrat d'assurance soumis à la LCA (loi sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1), de même que la décision d'un assureur social

allemand d'allouer une rente d'invalidité, produits en procédure de recours, sont sans pertinence dans la présente cause.

**d)** La recourante reproche encore à l'intimé de ne pas avoir ordonné, en lieu et place d'une expertise psychiatrique, une expertise pluridisciplinaire. Cette argumentation est également mal fondée. En effet, de nombreuses investigations ont déjà été effectuées sur le plan somatique, dans tous les domaines entrant raisonnablement en considération, sans que les médecins parviennent à établir que les plaintes de la recourante auraient une origine somatique. Au contraire, ils ont plutôt suggéré une origine psychosomatique. Quoi qu'il en soit, même une expertise pluridisciplinaire aurait dû, dans tous les cas, comporter un volet psychiatrique que la recourante avait exclu. Enfin, non seulement la recourante n'a jamais proposé une telle expertise pluridisciplinaire avant la procédure de recours, mais elle l'avait exclu dans sa lettre du 16 septembre 2020 (« elle rejette l'expertise psychiatrique [et toute autre] »).

**7. a)** Il ressort du recours et de la dernière détermination de la recourante qu'elle est désormais disposée à se soumettre à une expertise pluridisciplinaire, qu'elle demande d'ailleurs au tribunal de mettre en œuvre. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de compléter l'instruction en procédure de recours, après que l'intimé a dû statuer en l'état du dossier en raison d'un défaut de collaboration de la partie recourante. Dans une procédure de recours contre une telle décision, le tribunal doit bien plutôt examiner si l'intimé était en droit de statuer en l'état de l'instruction et si sa décision était bien fondée au vu de cette instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1 ; Jacques Olivier Piguet, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales

[LPGA], Bâle 2018, n° 56 *ad* art. 43 LPGA). Tel est bien le cas en l'espèce, comme on l'a vu.

**b)** Si après une décision de refus de rente en l'état de l'instruction, à la suite d'un refus de collaborer à l'instruction, la personne assurée dépose une nouvelle demande et manifeste son intention de collaborer désormais à l'instruction, l'administration peut entrer en matière, compléter l'instruction et statuer sur le droit aux prestations *ex nunc* et *pro futuro* (TF 8C\_733/2010 arrêt du 10 décembre 2010 consid. 5.6 ; TF 9C\_994/2009 du 22 mars 2010 consid. 5.1 ; Piguet, *loc. cit.*). Au vu des positions exprimées par les parties en procédure, il n'est donc pas exclu que l'intimé reprenne l'instruction, soit en maintenant son exigence d'une expertise psychiatrique, soit en étendant l'expertise à d'autres domaines médicaux. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de lui donner des consignes sur ce point, le litige portant exclusivement sur le bien-fondé de la décision de refus de prestations du 25 février 2021.

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et l'audition de témoins (par appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**b)** 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 première phrase LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Lorenz Fivian (pour la recourante),
- 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 :