

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 septembre 2022

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Bonard et Mme Pelletier, assesseurs  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI et 82 LPA-VD**

**E n f a i t e t e n d r o i t :**

**Vu** la demande de prestations déposée le 12 janvier 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, sans activité lucrative, ressortissante [...] entrée en Suisse en 2017 et au bénéfice d'une autorisation de séjour,

vu l'incapacité totale de travail de l'assurée, attestée par certificats successifs de la Dre Y.\_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, pour la période du 3 octobre 2017 à décembre 2020,

vu les rapports des 23 novembre 2017 et 22 mars 2018 de la Dre Y.\_\_\_\_\_, selon lesquels l'assurée présentait une altération de son état général avec amaigrissement majeur, insuffisance pondérale, asthénie et fatigabilité à l'effort, consécutif à une dysphagie haute chronique depuis 2014 sur reflux gastro-œsophagien, qui était en cours de bilan,

vu les antécédents médicaux de l'assurée, rapportés par la Dre Y.\_\_\_\_\_, soit des opérations du cœur lorsqu'elle était âgée de six mois, puis de deux ans, en raison de multiples communications interventriculaires (CIV), ainsi qu'une micro-nodulation pulmonaire diffuse avec emphysème, une paralysie récurrentielle gauche, un reflux gastro-œsophagien, et une anxiété épisodique,

vu, toujours selon la Dre Y.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'assurée dans sa dernière activité d'employée à la mise en rayons en supermarché, et sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, comme caissière ou employée dans un travail administratif, sans exposition à la chaleur, l'humidité, le froid, la fumée, sans port de charges fréquent ou travail de nuit,

vu le rapport du 2 mars 2018 de la consultation de gastro-entérologie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre

hospitalier Q.\_\_\_\_\_), relevant la présence d'une hernie hiatale de 2 cm avec un aspect normal de la muqueuse, un parenchyme pulmonaire avec des lésions d'emphysème et des zones de calcification des nodules, mais précisant que les examens effectués n'avaient pas permis de retrouver l'étiologie à la base des symptômes de l'assurée, préconisant de poursuivre les examens, également en phoniatrie, voire finalement d'explorer la piste d'un comportement alimentaire pathologique d'ordre thymique,

vu le formulaire de détermination du statut, rempli par l'assurée le 8 mars 2018, selon lequel sans atteinte à sa santé, elle travaillerait à 60 % depuis toujours, par nécessité financière,

vu le rapport de la Dre Y.\_\_\_\_ du 4 juin 2019, informant l'OAI que la dysphagie persistante de l'assurée s'était améliorée au niveau de la texture des aliments ingérés, qu'elle pouvait à nouveau manger sous forme mixée et non plus liquide uniquement, qu'elle suivait des séances de rééducation par logopédie, et qu'elle était incapable de travailler dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017,

vu le rapport du service de gastro-entérologie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_ du 24 janvier 2020 adressé à l'OAI, selon lequel l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, aucune limitation fonctionnelle n'étant à relever du point de vue gastroentérologique, la fatigue décrite entraînant toutefois un besoin d'adaptation de l'activité,

vu le rapport du service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_ du 5 février 2020, indiquant à l'OAI que la pathologie pour laquelle l'assurée était suivie en phoniatrie n'avait pas d'incidence sur sa capacité de travail,

vu les rapports transmis par le service de gastro-entérologie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_ à l'OAI, dont un rapport au médecin traitant du 29 juin 2018, indiquant qu'une maladie de reflux à l'origine des

symptômes avait pu être écartée, et qu'un substrat à la dysphagie n'avait pas pu être retrouvé, de sorte qu'une origine fonctionnelle était probable, mais qu'une consultation ORL était indiquée car les plaintes se situaient au niveau de la gorge ; et un rapport non daté contenant les remarques suivantes :

« La patiente est suivie par les collègues de l'ORL et de la logopédie du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ pour une paralysie récurrentielle gauche non datée, diagnostiquée en 2015 et probablement en lien avec l'intervention cardiaque dans son enfance.

Actuellement, la patiente signale une amélioration de la dysphagie depuis notre dernière consultation en août 2018 avec une prise de poids de 5 à 6 kg. Elle suit un régime alimentaire normal en évitant les viandes, le pain et les féculents. Ces derniers ont été réintroduits par la patiente. Elle n'a pas de douleur épigastrique ou abdominale, de pyrosis, de ballonnements ou d'irrégularité du transit. Au vu d'un retard de croissance manifeste avec un faciès dysmorphique, les collègues ORL sont en train d'investiguer une éventuelle maladie génétique congénitale musculaire pouvant expliquer la dystrophie faciale, le retard de croissance et la communication interventriculaire [...].

Nous avons estimé que sur le plan gastroentérologique uniquement, la patiente pourrait travailler à 100 % avec cette dysphagie. En revanche, en ce qui concerne son état de fatigue chronique et ses autres pathologies, nous ne pouvons pas nous prononcer et conseillons un bilan internistique si nécessaire afin de juger de la nécessité d'une activité physique adaptée ou une inaptitude ».

vu l'avis du Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) du 21 février 2020, concluant à l'absence d'une atteinte correspondant à un diagnostic de la classification CIM-10, de même qu'à l'absence de limitations fonctionnellement durablement incapacitantes,

vu le projet de décision rendu le 24 février 2020 par l'OAI, informant l'assurée de son intention de rejeter sa demande, motif pris qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante et que sa capacité de travail était totale dans toute activité,

vu la contestation de l'assurée du 3 mars 2020 et de son complément du 30 mars suivant, faisant état de ses très fortes carences en fer et en vitamine D, de sa fatigue constante, de ses problèmes de

cœur, du fait qu'elle ne pourrait travailler qu'au sein d'un atelier protégé, et d'examens complémentaires qui devaient être effectués au Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_,

vu les pièces transmises par l'assurée à l'appui de sa contestation, dont des résultats d'analyses sanguines et un rapport du 27 février 2017 d'un médecin qu'elle consultait dans son pays d'origine, le Dr G.\_\_\_\_\_, mentionnant ses antécédents cardiaques, sa dysphagie, sa paralysie récurrentielle gauche, et indiquant qu'elle était en incapacité de travail à 100 % dans tout travail « sauf exception, si amélioration, pourrait éventuellement travailler dans un domaine adapté à sa condition physique et de santé dans un cadre Esat en milieu protégé [réd. : Établissement et service d'aide par le travail] »,

vu le rapport du 6 avril 2020 du Dr C.\_\_\_\_\_, médecin praticien, précisant se baser sur les éléments du dossier antérieur, car il remplaçait la Dre Y.\_\_\_\_\_ comme médecin traitant de l'assurée, indiquant que l'assurée avait consulté des médecins spécialisés en cardiologie et pneumologie, que l'avis d'un neurologue était toujours attendu et qu'elle présentait une incapacité de travail à 100 % pour toute activité, liée à une grande fatigabilité « sauf travail adapté dans un ESAT »,

vu l'avis médical du SMR du 10 juillet 2020, préconisant la poursuite de l'instruction médicale,

vu le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et cardiologie, indexé par l'OAI le 3 septembre 2020, exposant qu'aucun diagnostic cardiologique n'avait de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, ni n'imposait de limitation fonctionnelle,

vu le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et pneumologie, indexé par l'OAI le 26 novembre 2020, ne se prononçant pas sur la capacité de travail de l'assurée,

vu le rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2020, précisant qu'il suivait actuellement l'assurée pour une dysphagie aux solides, une asthénie, des troubles du sommeil, des carences en fer (normalisée) et en vitamine D (améliorée), et pour une sensation vertigineuse en octobre 2020, qui, avec un rapport neuropsychologique et de médecine génétique du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ en août 2020, l'avait amené à faire réaliser une imagerie par résonance magnétique (IRM), qui avait objectivé des lésions de la substance blanche des hémisphères cérébraux, sans signes d'activité mais devant faire évoquer la possibilité d'une maladie démyélinisante, en particulier dans un contexte clinique et neurologique évocateur, raison pour laquelle il avait demandé un avis et des investigations neurologiques, dont il ne disposait pas encore des résultats,

vu ce même rapport, qui contenait encore les remarques suivantes (sic) :

« Il y a une asthénie intense et de la somnolence diurne, y compris observée durant la consultation, ce qui entraîne une difficulté et même une appréhension forte à la réalisation de tâches domestiques ou professionnelles.  
Il semblerait d'après les rapports précédents qu'il s'agisse de troubles psychologiques purs, mais le dernier irm remets largement en question cette hypothèse. En effet une forte asthénie peut comme vous le savez être le seul signe au début d'une maladie démyélinisante. Cette asthénie intense et incontestable a été objectivée par les rapports du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ [...] Difficile pour le moment d'envisager toute activité sans plus de précision en particulier de la part du neurologue... »

vu le rapport du service de médecine génétique du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ du 21 août 2020, relevant que l'association de la petite taille, de la CIV congénitale, des troubles de la déglutition, de la ptose palpébrale bilatérale non progressive et des quelques traits dysmorphiques du visage de l'assurée n'évoquait pas un syndrome génétique spécifique ; toutefois en considérant l'ensemble du tableau, en particulier la malformation cardiaque, les médecins généticiens retenaient une indication à une analyse génétique par puce à ADN, après réception du résultat de l'évaluation neurologique, qui pourrait donner d'autres pistes diagnostiques,

vu l'avis médical du SMR du 8 janvier 2021, expliquant qu'il était essentiel d'attendre les résultats des investigations neurologiques pour statuer sur la suite à donner, et de savoir si l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique,

vu le courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ du 9 juin 2021, informant l'OAI qu'il n'avait pas reçu les résultats neurologiques et était sans nouvelles de l'assurée, qui n'avait pas débuté de suivi psychiatrique, car il souhaitait écarter toute pathologie neurologique avant de classer la pathologie dans le champ psychiatrique, en particulier au vu de la dernière IRM,

vu le courriel de l'assurée du 23 juin 2021, par lequel elle a fait savoir à l'OAI que son rendez-vous de consultation neurologique avait été déplacé à plusieurs reprises car elle n'était pas prête et devait d'abord se « poser » et voir sa psychologue, dont elle a fourni les coordonnées, y compris l'adresse de son nouveau cabinet,

vu la demande de rapport adressée par l'OAI le 19 juillet 2021 à Mme J. \_\_\_\_\_, psychologue FSP, à une adresse postale différente de celle fournie par l'assurée à plusieurs reprises, et venue en retour par la Poste,

vu le courrier du 7 décembre 2021 du secrétariat du service de neurologie du Centre hospitalier Q. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assurée avait été absente à la consultation du 29 novembre 2021,

vu l'avis médical du SMR du 5 janvier 2022, selon lequel l'instruction médicale ne pouvait continuer, au vu de l'absence de réponse de Mme J. \_\_\_\_\_, et de l'absence de l'assurée aux consultations neurologiques,

vu la décision de refus de rente d'invalidité rendue par l'OAI le 18 janvier 2022, reprenant les motifs du projet du 24 février 2020, et le courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision,

vu l'acte du 15 février 2022, par lequel F.\_\_\_\_\_ a formé recours par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à la réforme de la décision du 18 janvier 2022, en ce sens qu'un quart de rente de l'assurance-invalidité lui est octroyé, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment s'agissant de la demande de rapport à sa psychologue,

vu les motifs développés dans le recours, soit en substance le fait que ses médecins avaient attesté ses problèmes de santé et l'incapacité totale de travail qui en découlait, ainsi que le fait que la décision avait été rendue sans attendre le rapport de sa psychiatre, alors que le courrier de demande n'avait pas été envoyé à la bonne adresse,

vu la réponse du 14 avril 2022 de l'intimé, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, relevant que l'instruction du dossier démontrait que la recourante ne présentait pas d'atteinte durablement incapacitante, que les investigations entreprises sur les plans gastroentérologiques et ORL n'avaient pas révélé d'étiologie, que celles sur les plans cardiaque et pneumologiques n'avaient pas mis en évidence une quelconque influence sur la capacité de travail, que la recourante ne s'était pas présentée à la consultation en neurologie du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_, qu'il n'apparaissait pas qu'elle avait un suivi auprès d'un psychiatre pour une problématique de cet ordre, et qu'elle était convaincue à tort de ne pouvoir travailler que dans un atelier protégé,

vu la réplique de l'assurée du 9 mai 2022, maintenant ses conclusions, réitérant ses griefs, ajoutant que le SMR avait évalué son état de santé sans même la rencontrer, que toutes ses atteintes devaient être prises en compte, faisant valoir sa situation financière et indiquant qu'elle allait produire un rapport psychiatrique,

vu l'envoi de la recourante du 10 mai 2022, transmettant à la Cour de céans un rapport établi le 9 mai 2022 par la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, certifiant que l'intéressée

était suivie à son cabinet depuis le 22 juin 2021, qu'elle souffrait d'une symptomatologie anxiodépressive pour laquelle elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique, d'une thérapie en psychothérapie déléguée régulière, ainsi que d'un traitement médicamenteux, et qu'une activité lucrative n'était pas envisageable pour le moment,

vu le courrier de la recourante du 13 mai 2022, produisant un courriel du secrétariat du cabinet de la Dre S. \_\_\_\_\_ et de Mme J. \_\_\_\_\_, indiquant que l'OAI ne lui avait jamais fait de demande de rapport,

vu la duplique de l'intimé du 23 mai 2022, maintenant sa position et relevant que le simple fait d'annoncer un suivi psychiatrique régulier et un diagnostic médical n'était pas suffisant pour l'amener à admettre une atteinte à la santé influençant l'exercice de toute activité lucrative, la dernière attestation produite n'étant en outre aucunement détaillée,

vu l'écriture de la recourante du 31 mai 2022, soulignant l'absence d'explication de l'intimé quant au fait que la demande de rapport n'avait pas été renvoyée à l'adresse du cabinet de sa médecin psychiatre et de sa psychologue,

vu le courrier de l'intimé du 14 juin 2022 par lequel il a proposé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier pour instruction complémentaire, compte tenu des nouveaux éléments versés à la cause,

vu le courrier de la recourante du 21 juin 2022, par lequel elle a accepté la proposition de l'intimé,

vu les pièces au dossier ;

**attendu que** le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de

sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que 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 (art. 28 al. 1 let. a LAI), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c),

qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI),

que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1) ;

attendu que selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, 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),

qu'en l'espèce, sur le plan médical, le Dr C.\_\_\_\_\_ et les médecins généticiens du Centre hospitalier Q.\_\_\_\_\_ ont considéré nécessaire de recueillir un avis neurologique au sujet de la recourante, en particulier compte tenu des résultats de l'IRM cérébrale du 28 octobre 2020, suggérant une possible maladie démyélinisante,

que le SMR s'est dans un premier temps prononcé dans le même sens, indiquant qu'il était essentiel d'attendre les résultats des investigations neurologiques pour statuer sur la suite à donner au dossier de la recourante,

que lesdites investigations n'ont pas été menées avant la reddition de la décision, car la recourante ne s'est pas rendue aux rendez-vous fixés,

que la recourante était certes soumise à l'obligation de renseigner et de collaborer à l'instruction de sa demande, et qu'un refus inexcusable de s'y conformer pouvait amener l'assureur à se prononcer en l'état du dossier ou à clore l'instruction (art. 43 al. 3 LPGA),

qu'afin que l'assureur puisse procéder de la sorte, il doit avoir adressé une mise en demeure écrite à la personne assurée, l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable (idem),

qu'en l'occurrence, une telle mise en demeure n'a pas été adressée à la recourante, et que l'excuse avancée par cette dernière, soit son état de santé psychique, n'a pas été examinée,

qu'en outre, comme l'a relevé la recourante, la décision a été rendue sans que le rapport de sa médecin psychiatre ne soit recueilli et

donc pris en compte, alors que le SMR avait indiqué qu'il y avait lieu de savoir si elle bénéficiait d'un tel suivi,

que la demande de rapport a été envoyée à une adresse erronée, sans aucune nouvelle tentative d'envoi, malgré les indications répétées de la recourante,

qu'on ne saurait dès lors retenir sans instruction complémentaire que le rapport de la Dre S.\_\_\_\_\_, produit par la recourante, ne suffisait pas pour attester l'existence d'une atteinte incapacitante et n'était « aucunement détaillé », comme l'a fait valoir l'intimé en duplique,

qu'au surplus, l'intimé a expressément proposé que la cause lui soit renvoyée pour complément d'instruction,

que la recourante s'est ralliée à cette proposition,

que l'intimé a ainsi implicitement acquiescé à la conclusion de renvoi de la recourante,

que toutefois, l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa) en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (cf. TF 8C\_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C\_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence) ;

que le dossier ne permet pas, en l'état, de statuer en pleine connaissance de cause sur les droits de la recourante,

qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision

ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est le cas en l'espèce,

que la décision litigieuse du 18 janvier 2022 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction,

qu'il lui appartiendra notamment de recueillir tout rapport médical pertinent, en particulier sur les plans neurologique et psychiatrique ;

attendu qu'en l'espèce, il se justifie de statuer selon la procédure simplifiée de l'art. 82 LPA-VD, le recours se révélant manifestement bien-fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD),

attendu que 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI),

qu'en l'occurrence, il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige,

qu'il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 18 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Mme F. \_\_\_\_\_,
- 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 :