

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 120 vom 6. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__120)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 120 du 6 février 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 120 del 6 febbraio 2017

### Regeste

DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION, RETARD INJUSTIFIÉ | 6 par. 1 CEDH, 29 al. 1 Cst.

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 06.02.2017 Arrêt / 2017 / 120

DROIT D'OBTENIR UNE DÉCISION, RETARD INJUSTIFIÉ | 6 par. 1 CEDH, 29 al. 1 Cst.

TRIBUNAL CANTONAL AI 81/16 - 45/2017 ZD16.015676 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 6 février 2017 \_\_\_\_\_ Composition : M. Métral , président M. Piguët, juge et Mme Moyard, assesseuse Greffière : Mme Kuburas \*\*\*\*\* Cause pendante entre : W. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'I. \_\_\_\_\_ , à [...], et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 29 al. 1 Cst et 6 par. 1 CEDH E n f a i t : A. W. \_\_\_\_\_ (ci-après : la recourante ou l'assurée), née en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) de cuisinière. Elle a notamment exercé cette profession au Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : Z. \_\_\_\_\_). Le 14 mai 1990, elle a demandé des mesures de reclassement professionnel de l'assurance-invalidité en raison de douleurs cervicales et dorsales. L'assurance-invalidité a pris en charge un apprentissage de commerce au Z. \_\_\_\_\_ , que l'employeur a toutefois interrompu en raison d'absences non justifiées de l'assurée au travail. Le 11 décembre 1992, la Commission de l'assurance-invalidité du canton de Vaud a mis fin aux prestations sans autre mesure de reclassement. Par la suite, l'assurée a notamment travaillé comme charcutière pour l'entreprise F. \_\_\_\_\_ , du 1<sup>er</sup> août 1997 au 30 novembre 2001. La recourante a présenté une incapacité de travail totale à partir du 2 mai 2001 et s'est soumise à une opération de cure du tunnel carpien à gauche, pratiquée le 23 mai 2001 à [...], sise [...], par la doctoresse B. \_\_\_\_\_. Elle a ensuite développé une algoneurodystrophie transitoire de la main et du poignet gauche, qui a toutefois réagi favorablement à une physiothérapie et un traitement anti-inflammatoire. L'employeur a résilié les rapports de travail pour le 30 novembre 2001. Le 8 janvier 2002, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans un rapport du 12 avril 2002, la doctoresse B. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post-décompression du nerf médian au poignet gauche le 23 mai 2001 et de fibromyalgie. Elle a exposé qu'après avoir dans un premier temps souffert d'une algoneurodystrophie transitoire, qui avait pu être traitée, l'assurée avait dans un second temps développé des douleurs poly-articulaires ainsi que des dysesthésies mal systématisées des membres supérieurs. Après un bilan paraclinique étendu, la doctoresse B. \_\_\_\_\_ était d'avis que les plaintes entraient dans un contexte de fibromyalgie, traitée par physiothérapie en

piscine, eutonie, antidépresseurs et anti-inflammatoires. L'incapacité de travail était totale depuis le début du traitement et il était vraisemblable que la profession de charcutière ne soit plus adaptée en raison de la fibromyalgie, de sorte qu'une réorientation professionnelle était indiquée. Pour sa part, la doctoresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis le 24 mai 2002, a établi un rapport à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 4 février 2003. Elle y atteste une incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif majeur, récurrent, avec des attaques de panique, de fibromyalgie et de cervicalgies et dorso-lombalgies sur arthrose C4-C6 et une petite hernie discale cervicale D7-D8, sans lésion compressive. Elle a joint un rapport du 16 janvier 2003 des docteurs D. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecins au [...] ( [...]). Ces médecins, qui ont vu l'assurée pour un consilium psychiatrique les 5 et 12 novembre 2002, ont posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de trouble somatoforme douloureux indifférencié (F45.1). Ils ont préconisé la poursuite du suivi régulier par la doctoresse V. \_\_\_\_\_ et du traitement médicamenteux antidépresseur, l'introduction éventuelle d'un traitement anxiolytique transitoire et une nouvelle consultation psychiatrique si la situation devait se péjorer. L'OAI a pris en charge un stage, puis un reclassement professionnel dans l'activité d'animatrice en établissement socio-professionnel, dès le 4 octobre 2004. La mesure a toutefois été interrompue en février 2006, à la suite de plusieurs périodes d'incapacité de travail. Dans un rapport du 24 avril 2006, le docteur A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a notamment posé les diagnostics de troubles dégénératifs et statiques lombovertébraux pluri-étagés, discopathies L3-L4 gauche, L4-L5 droite et L5-S1 médiane. De son point de vue, l'activité d'animatrice en établissement médico-social n'était pas adaptée aux atteintes à la santé de l'assurée. Le 5 décembre 2006, la recourante s'est soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique par les docteurs M. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 2 février 2007, ces médecins ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur trouble statique et dégénératif du rachis (protrusion discale pluri-étagée, associée à une hernie discale L4-L5 droite) (M54.4), cervicalgies chroniques sur trouble statique et dégénératif du rachis (discopathie avec protrusion médiane C4-C5, C5-C6) (M54.2), gonalgies gauches sur chondropathie fémoro-rotulienne et distorsion ligamentaire (ligament latéral interne), fibromyalgie (M79.0), surcharge pondérale avec BMI à 37 (obésité de classe II), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiques (F68.0) et suspicion d'abus d'alcool, nié par l'assurée (F10.1, suspicion). Ils ont attesté une incapacité de travail totale, depuis le 23 mai 2001, dans l'activité de cuisinière ; dans une activité adaptée permettant l'épargne du rachis, n'imposant ni longs déplacements ni activité en position à genoux ou accroupie, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail depuis le mois de juillet 2006. Le 2 novembre 2007, Me Jean-Marie Agier, avocat auprès du service juridique d'I. \_\_\_\_\_, agissant pour l'assurée, a requis de l'OAI qu'il lui indique pourquoi aucune indemnité journalière n'avait été allouée pour la période précédant le 10 janvier 2005. Il a réitéré sa demande le 12 décembre 2007, en invitant l'intimé à statuer formellement. Il a adressé un nouveau rappel sur ce point le 12 mars 2008. Le 14 avril 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il lui reconnaissait le droit à des indemnités journalières d'attente pour la période du 8 mai 2002 au 3 octobre 2004. Celles-ci feraient prochainement l'objet d'une décision de la caisse de compensation compétente. Me Agier s'est étonné de n'avoir toujours pas reçu cette décision, les 10 décembre et 30 décembre 2008. Entre-temps, l'état

de santé de l'assurée s'est stabilisé et celle-ci a bénéficié de nouvelles mesures d'orientation, puis de reclassement professionnel dans la profession d'employée de commerce. Le 5 février 2009, l'OAI a fixé, dans plusieurs décisions formelles, le droit aux indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> mars 2003. Il a en particulier alloué des indemnités journalières du 1<sup>er</sup> mars 2003 au 31 mars 2006, puis du 20 octobre 2008 au 24 juin 2011. Il ressort d'une communication de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à la caisse de compensation [...], du 9 juin 2008, que le droit aux indemnités journalières pour la période précédant le 1<sup>er</sup> mars 2003, sur lequel, par erreur, aucune décision n'avait été rendue, était périmé. Le 25 novembre 2010, ayant reçu une nouvelle décision d'indemnités journalières, Me Agier a informé l'OAI du fait que la cause pour laquelle il avait été mandaté était, de son point de vue, terminée depuis un certain temps déjà. Il laissait donc à l'OAI le soin de notifier la décision à l'assurée directement. Le 14 février 2011, l'OAI a alloué des indemnités journalières à l'assurée pour un stage pratique commercial à [...], à mi-temps, du 7 février 2011 au 2 janvier 2012. Il a également alloué des indemnités journalières pour la durée de cours théoriques en vue de l'obtention d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, pour la période du 3 janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2012 (décision du 9 décembre 2011). L'assurée n'a toutefois pas pu suivre les cours que de manière intermittente, ou à temps partiel, en raison de plusieurs périodes d'incapacité de travail totale ou partielle attestée par son médecin traitant, le docteur C. \_\_\_\_\_. Au terme d'un rapport du 31 mars 2012 à l'OAI, ce dernier a suggéré un examen par le SMR. Il était d'avis que l'on se dirigeait vers l'octroi d'une rente d'invalidité pour cette assurée qui avait fait preuve d'une évidente bonne volonté pour sa réadaptation, mais qui présentait une atteinte psychosomatique complexe. Un bilan neurologique a par ailleurs été effectué par le docteur R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, le 26 novembre 2012. Dans un rapport du 27 novembre 2012, ce médecin a fait état d'un syndrome lombovertébral modéré, sans atteinte radiculaire irritative ou déficitaire significative, mais s'inscrivant dans un contexte dépressif. Il estimait à 50 % la capacité de travail résiduelle de l'assurée comme employée de commerce. Le 19 novembre 2012, Me Philippe Graf, avocat auprès du service juridique d'I. \_\_\_\_\_, agissant pour l'assurée, a exposé qu'une réinsertion à plus de 50 % sur le marché de l'emploi serait très difficile à envisager. Ayant effectué un stage d'employée de commerce à [...], sans avoir toutefois réussi à obtenir de certificat fédéral de capacité, l'assurée souhaitait retravailler dans un domaine connexe en tant qu'employée de commerce ou de bureau, ou en tant que secrétaire. Le 7 décembre 2012, prenant position sur le dossier, le docteur X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a considéré qu'aucune aggravation objective des atteintes à la santé n'était documentée et qu'une pleine capacité de travail restait exigible dans une activité adaptée. Le 31 janvier 2013, l'assurée a eu un entretien avec une conseillère du service de réadaptation de l'OAI. Cette dernière lui a exposé que le SMR estimait qu'une reprise des cours théoriques à l'école [...] était exigible, à 50 % dans un premier temps, avec toutefois une augmentation progressive et rapide vers un 100 %. Le 7 février 2013, Me Graf a demandé à recevoir une copie du procès-verbal d'entretien du 31 janvier 2013. Le 15 avril 2013, l'OAI l'a informé qu'il ne pouvait donner suite à cette demande dans l'immédiat, mais qu'il reprendrait contact dès que possible. Le 2 octobre 2013, Me Florence Bourqui, avocate auprès du service juridique d'I. \_\_\_\_\_, agissant pour l'assurée, a demandé à nouveau l'envoi du procès-verbal d'entretien du 31 janvier 2013. Le 28 octobre 2013, la conseillère en réadaptation a écrit à Me Bourqui pour lui résumer cet entretien, dont aucun procès-verbal n'avait été établi. Elle précisait que dans la mesure où l'assurée était toujours

au bénéfice de certificats d'incapacité de travail à 75 % établis par son médecin traitant, le service juridique de l'OAI avait finalement estimé qu'un examen par les médecins du SMR était nécessaire. La date d'examen n'avait pas encore été fixée. Les 26 novembre et 5 décembre 2013, puis le 5 février 2014, Me Bourqui a relancé l'OAI. Le 24 février 2014, l'OAI l'a informée que l'assurée serait convoquée au SMR dans le courant du mois d'avril 2014. Le 2 avril 2014, les docteurs L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, tous deux médecins au SMR, ont procédé à un examen de l'assurée. Dans un rapport du 21 mai 2014, ils ont posé les diagnostics suivants : « - avec répercussion durable sur la capacité de travail . Rachialgies diffuses avec surtout lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale L4-L5 droite et canal lombaire étroit. M54. . Syndrome rotulien gauche dans le cadre d'une gonarthrose bilatérale débutante avec status après distorsion ligamentaire du genou gauche (ligament latéral interne). M17. . Trouble de la personnalité à conduite d'échec, actuellement décompensé. F60.7 . Dysthymie accompagnée d'une diminution de ressources d'adaptation aux changements. F34.1 - sans répercussion sur la capacité de travail . Fibromyalgie. M79.0 . Obésité avec BMI à 37.5 . Discret status variqueux des membres inférieurs . Suspicion clinique de récurrence du tunnel carpien droit après opération des tunnels carpiens des deux côtés . Allergie à la pénicilline et rhinite allergique saisonnière anamnétique » Les docteurs L. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ont constaté une incapacité de travail totale, depuis 2001, dans l'activité de cuisinière, vendeuse en charcuterie ou animatrice dans un établissement médico-social. En revanche, dans une activité adaptée, telle qu'employée de commerce, l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Sur le plan somatique, une activité était adaptée si elle permettait d'alterner deux fois par heure les positions assise et debout, n'imposait pas de soulever des charges supérieures à 5 kg ni de porter des charges supérieures à 8 kg, n'impliquait pas de travail en porte à faux statique prolongé du tronc ni les mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, ni des rotations rapides de la tête, ni une position prolongée en flexion-extension de la nuque. Il convenait également d'éviter l'exposition aux vibrations, les genuflexions répétées, le franchissement d'escabeau ou d'échelle, ou encore le franchissement régulier d'escalier, la marche en terrain irrégulier ainsi que la marche durant plus d'un quart d'heure ou la position debout plus d'une demi-heure. Sur le plan psychiatrique, l'assurée avait des difficultés à gérer le stress, présentait un trouble de la personnalité à conduite d'échec, une fatigabilité et une diminution des ressources d'adaptation aux changements. Ces atteintes psychiques justifiaient la reconnaissance d'une diminution de la capacité de travail de 50 % (mi-temps) dans une activité adaptée. Le 24 juin 2014, une conseillère en réadaptation de l'OAI a reçu l'assurée. Malgré l'absence de tout procès-verbal d'entretien, on sait que l'assurée a informé son interlocutrice du fait qu'elle avait subi un accident le 8 mai 2014 et qu'elle présentait depuis lors une incapacité de travail totale. Il est également établi qu'un nouveau point de la situation avec l'aide de la Fondation [...] a été évoqué. Le 30 juillet 2014, Me Bourqui a attiré l'attention de l'OAI sur le fait que la question du droit à la rente se posait désormais, au vu de l'incapacité de travail de 50 % constatée par les médecins du SMR. Elle invitait l'OAI à faire diligence pour clarifier au plus vite la question des activités encore adaptées, avec l'aide éventuelle de la Fondation [...]. Me Bourqui rappelait par ailleurs à l'OAI l'accident du 8 mai 2014, en précisant que l'assurée s'était ensuite soumise à une opération le 12 mai 2014 et qu'elle présentait une incapacité de travail attestée jusqu'au 6 août 2014. Elle reverrait prochainement le docteur N. \_\_\_\_\_, spécialiste en

traumatologie. Le 20 août 2014, Me Bourqui a communiqué à l'OAI un certificat d'incapacité de travail de 100 % établi par le docteur N. \_\_\_\_\_ le 6 août 2014, à réévaluer le 5 novembre 2014. Le 21 août 2014, la conseillère en réadaptation en charge du dossier de l'assurée auprès de l'OAI l'a informée du fait qu'elle avait repris contact avec l'école [...] en vue d'une reprise des cours à 50 % et de l'établissement d'un plan de formation pour l'obtention d'un diplôme commercial. Le 7 octobre 2014, Me Bourqui a informé l'OAI que l'assurée n'avait pas pu débiter les cours à l'école [...] en vue d'évaluer sa capacité à effectuer un diplôme commercial. Elle a requis de l'OAI qu'il demande un rapport médical au docteur N. \_\_\_\_\_ en vue d'établir plus précisément les conséquences de l'accident du 8 mai 2014 sur sa capacité résiduelle de travail. Le 11 novembre 2014, Me Bourqui a communiqué à l'OAI un nouveau certificat d'incapacité de travail établi le 5 novembre 2014 par le docteur N. \_\_\_\_\_, pour la période du 8 mai au 31 décembre 2014. Elle a informé l'OAI du fait que l'assurée subirait prochainement une intervention chirurgicale au Z. \_\_\_\_\_. Le 20 novembre 2014, le docteur N. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI. Il a fait état d'une déchirure du ligament rotulien droit le 9 mai 2014, traité par « suture et confection d'une balançoire » le 12 mai 2014. Au dernier contrôle, du 5 novembre 2014, l'assurée ne ressentait pas d'instabilité dans le genou. Par contre, elle avait encore des difficultés, particulièrement à la descente des escaliers, liées à une faiblesse du quadriceps, encore en amélioration. Dans une activité sédentaire, en tenant uniquement compte des séquelles de l'accident, l'assurée pourrait reprendre progressivement le travail. Le docteur N. \_\_\_\_\_ précisait avoir néanmoins attesté une incapacité de travail en raison des dorsolombalgies chroniques et des problèmes psychiques. Le 24 novembre 2014, Me Bourqui a écrit à l'OAI qu'il était désormais clair que l'accident du 8 mai 2014 constituait une péjoration de l'état de santé de l'assurée, qui était totalement incapable de travailler depuis cette date. Il restait à définir si cette incapacité serait permanente ou non. Il convenait néanmoins de ne pas laisser le dossier de côté jusqu'à ce que ces questions puissent être traitées. En effet, une incapacité de travail de 50 % avait été reconnue à l'assurée depuis au moins trois ans, soit depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Me Bourqui a joint à ce courrier une copie d'une convocation au centre de chirurgie ambulatoire du Z. \_\_\_\_\_, pour le 5 décembre 2014. Le 27 novembre 2014, l'OAI a informé Me Bourqui du fait qu'il avait reçu le rapport du 20 novembre 2014 du docteur N. \_\_\_\_\_ et qu'il la tiendrait informée dès que possible. Le 13 janvier 2015, Me Bourqui a remis un nouveau certificat d'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2015, établi par le docteur N. \_\_\_\_\_ le 31 décembre 2014. Elle a demandé à l'OAI les suites qu'il entendait donner à sa lettre du 24 novembre 2014, en précisant que c'était toute la situation de l'assurée qui devait être revue « à la lueur de l'accident du 8 mai 2014, y compris au niveau de ses éventuelles possibilités de réadaptation ». Le 16 janvier 2015, l'OAI a informé Me Bourqui de son intention de demander un nouveau rapport médical au docteur N. \_\_\_\_\_ dans le courant du mois de février (soit deux mois après l'intervention du mois de décembre 2014), puis qu'il mandaterait à nouveau le SMR. Une fois connue la capacité résiduelle de travail encore raisonnablement exigible, le service de réadaptation serait mandaté. Le 10 février 2015, Me Bourqui a communiqué à l'OAI un nouveau certificat d'incapacité de travail, jusqu'au 30 mai 2015, établi le 4 février 2015 par le docteur N. \_\_\_\_\_. Le 17 mars 2015, le docteur N. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI en précisant avoir procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse du genou droit en décembre 2014. Le pronostic était favorable en ce qui concernait le genou, avec une évolution lentement favorable au dernier contrôle du 4 février 2015. En revanche, l'assurée notait une

augmentation progressive des lombosciatalgies connues, avec une diminution du périmètre de marche, en progression depuis quelques mois. Elle consulterait donc prochainement le docteur S.\_\_\_\_\_, spécialiste en traumatologie, pour une nouvelle imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du rachis lombaire. Le 13 avril 2015, le docteur G.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a pris position sur le dossier et a constaté que la situation orthopédique n'était pas encore stabilisée, compte tenu de l'augmentation des lombosciatalgies et des nouveaux examens prévus. Il convenait d'attendre la consultation du docteur S.\_\_\_\_\_ et le rapport de ce médecin avant de consulter à nouveau le SMR. Le 27 avril 2015, Me Bourqui a informé l'OAI du fait que l'assurée avait consulté plusieurs spécialistes, dont un psychiatre, afin de se prémunir contre l'épuisement psychologique qui l'envahissait peu à peu. Elle tiendrait l'OAI informé de la suite de ses démarches. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, la doctoresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a répondu à un questionnaire de l'OAI, sans toutefois se prononcer sur la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Elle a joint à ses réponses un rapport qu'elle avait établi le 20 avril 2015 à l'intention du docteur C.\_\_\_\_\_. Il en ressort notamment qu'une IRM du rachis lombaire, réalisée le 4 mars 2015, avait mis en évidence des discopathies multiétagées avec lésions type Modic I-II en L3/L4 et L4/L5, un bombement discal circonférentiel en L3/L4 et une sténose canalaire de degré C en regard de L4, due à une lipomatose et à une arthrose interfaccettaire. Le 1<sup>er</sup> juin 2015, Me Bourqui a informé l'OAI du fait que l'assurée avait entrepris un traitement auprès du docteur K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Le 28 juillet 2015, le docteur N.\_\_\_\_\_ a répondu à un nouveau questionnaire de l'OAI. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes, en relation avec les séquelles accidentelles au genou : « Baisse de force et de mobilité du membre inférieur atteinte, instabilité du genou ». Il n'a pas répondu à la question relative à la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A la consultation du 20 mai 2015, l'assurée était particulièrement concernée par les problèmes de faiblesse et de lâchage du genou, qui lui faisaient prendre du retard dans ses tentatives de réinsertion professionnelle. Le 12 août 2015, le docteur K.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'OAI en confirmant les diagnostics psychiatriques posés en avril 2014 par le SMR. Il y avait clairement une péjoration de l'état psychique depuis l'accident, avec une perte de confiance accentuée, une diminution de l'estime de soi, un isolement social, un comportement d'évitement et une anticipation anxieuse. Lors de l'examen clinique, le docteur K.\_\_\_\_\_ constatait des signes de grande anxiété, avec des symptômes neurovégétatifs (vertige, tremblements, sueurs, tachycardie). L'assurée paraissait hypervigilante, évitante face aux situations de stress ou aux situations qui lui rappelaient sa dernière chute aux conséquences importantes. Elle était globalement légèrement ralentie et présentait des signes objectifs d'une difficulté de concentration. L'humeur était déprimée, avec un effondrement de la confiance en soi. La symptomatologie post-traumatique correspondait à une réaction dépressive prolongée (F43.21). Le trouble de la personnalité était un trouble mixte (F61.0) en raison d'une composante de dépendance (F60.7), mais aussi d'une importante facette anxieuse (évitante ; F60.6). La capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité. Un réentraînement progressif au travail, avec une reprise de confiance en soi, serait nécessaire, mais cette mesure paraissait prématurée, voire vouée définitivement à l'échec. En effet, l'assurée n'avait probablement plus la force de se ressaisir et de repartir après toutes les tentatives de réinsertion déjà accomplies. Sous l'angle mental et affectif, elle ne disposait plus des ressources intellectuelles et psychologiques pour compenser ses limitations physiques. Le 22 septembre 2015, Me Bourqui a communiqué à l'OAI un nouveau certificat médical établi le

9 septembre 2015 par le docteur N. \_\_\_\_\_ et attestant une incapacité de travail totale jusqu'au 31 décembre 2015. Le 1<sup>er</sup> décembre 2015, Me Bourqui a invité l'OAI à statuer rapidement, dès lors qu'il était désormais en possession de tous les éléments pertinents pour le faire. Le 7 décembre 2015, l'OAI a informé Me Bourqui de son intention de mandater à nouveau le SMR pour qu'il se détermine sur le dossier. Le 14 décembre 2015, Me Bourqui a réagi en espérant que le SMR se déterminerait dans les meilleurs délais. Elle a produit un nouveau certificat médical d'incapacité de travail, jusqu'au 30 juin 2016, établi le 9 décembre 2015 par le docteur N. \_\_\_\_\_. Le 12 février 2016, Me Bourqui a invité l'OAI à statuer dans un délai au 15 mars 2016, en l'informant qu'à défaut, elle déposerait un recours pour déni de justice. Le 16 février 2016, l'OAI a répondu qu'il restait dans l'attente d'un rapport du SMR. B. Le 6 avril 2016, W. \_\_\_\_\_, représentée par Me Bourqui, avocate auprès du service juridique d'I. \_\_\_\_\_, précédemment I. \_\_\_\_\_, a interjeté un recours pour déni de justice devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle estime que l'OAI aurait dû lui verser une demi-rente au moins depuis le mois de janvier 2012 et qu'il s'était limité, depuis le mois de septembre 2014, à demander des rapports médicaux aux médecins traitants. Le 20 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a produit un rapport sur dossier établi le 9 juin 2016 par le docteur G. \_\_\_\_\_, médecin au SMR. Ce dernier estime, en synthèse, pouvoir constater une péjoration de l'état de santé physique et psychique depuis l'examen au SMR du 2 avril 2014, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, sur le plan somatique, du 8 mai 2014 au 30 juin 2016 (une incapacité de travail totale ayant déjà été constatée pour la période antérieure). La capacité de travail actuelle dans une activité adaptée, estimée précédemment à 50 %, n'était pas connue. Elle était nulle en août 2015, selon un rapport du psychiatre traitant. Le docteur G. \_\_\_\_\_ en concluait qu'il convenait de poursuivre l'instruction en actualisant les renseignements médicaux sur le plan psychiatrique (« status psychiatrique actuel, capacité de travail dans une activité adaptée, depuis quelle date et avec quelles limitations psychiques ? »), et en questionnant le docteur N. \_\_\_\_\_ sur les limitations fonctionnelles somatiques et la capacité de travail actuelle dans une activité adaptée à ces limitations. Le 12 juillet 2016, Me Bourqui a maintenu son recours. E n d r o i t : 1. Selon l'art. 56 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), un recours peut être interjeté lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90). Peut interjeter le recours celui qui disposerait d'un intérêt digne de protection à recourir contre cette décision (ATF 133 V 188 consid. 3.2, 4 et 5). Ces conditions sont remplies en l'espèce et le recours est recevable. 2. a) L'art. 29 al. 1 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. A l'instar de l'art. 6 par. 1 CEDH (convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) – qui n'offre, à cet égard, pas une protection plus étendue –, cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai impératif prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et les références ; voir également TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 3.1). b) La LPGA et la LAI (loi fédérale sur

l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20) ne fixent pas le délai dans lequel l'assureur doit rendre sa décision. En pareil cas, le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause, lesquelles commandent généralement une évaluation globale. Sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, en l'invitant à accélérer la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 et les références ; voir également TF 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011, consid. 3.2). Des « temps morts » ne justifient pas d'emblée un constat de retard injustifié à statuer, mais seront intégrés dans une appréciation globale de la durée de la procédure (ATF 124 I 139). c) A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a jugé inadmissible l'inaction d'un office de l'assurance-invalidité plus de dix mois après avoir reçu une expertise avant d'établir un projet de décision, puis de dix-sept mois pour rendre une décision, et encore vingt-trois mois pour se prononcer sur l'opposition de l'assuré (TF I 946/05 du 11 mai 2007 consid. 5.4). Le Tribunal fédéral a par ailleurs qualifié de cas limite une procédure demeurée prête à être traitée durant seize mois (TF 9C\_190/2007 du 24 septembre 2007 consid. 4). Par contre, il a estimé qu'il n'y avait pas de déni de justice lorsque l'autorité avait rendu une nouvelle décision un peu moins de onze mois après une décision de renvoi, alors qu'elle devait recalculer le montant de la rente et procéder à une instruction complémentaire concernant des prétentions en compensation du service social (TFA I 241/04 du 15 juin 2005 consid. 3.2.2). De plus, selon le Tribunal fédéral, le retard provoqué par la mise en œuvre d'une expertise médicale nécessaire ne constitue en principe pas un déni de justice (TF 8C\_210/2013 du 10 juillet 2013 consid. 3.2.1). 3. En l'espèce, l'intimé a tardé à statuer sur le droit à des indemnités journalières d'attente, ce qui a entraîné leur prescription pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> mars 2003. Dans ces circonstances, il lui incombait par la suite d'être particulièrement attentif au respect du principe de célérité. Cela étant précisé, mis à part le retard pris pour statuer formellement sur le droit aux indemnités journalières, la procédure a été suivie régulièrement par l'intimé jusqu'en février 2013. La mise en place de mesures de réadaptation a été compliquée par des interruptions fréquentes et des aggravations temporaires ou de plus longue durée de l'état de santé de l'assurée. Entre l'entretien de réadaptation du 31 janvier 2013 et l'examen pratiqué par les médecins du SMR le 2 avril 2014, on constate néanmoins un temps mort de quatorze mois. Par la suite, l'instruction a repris un cours régulier, compliquée par l'accident du 8 mai 2014 et la période d'incertitude qui a suivi sur la capacité de la recourante à suivre des mesures de réadaptation. Me Bourqui a régulièrement informé l'OAI de l'évolution de la situation et l'a relancé plusieurs fois en insistant sur la nécessité de faire avancer la procédure. L'intimé était toutefois confronté au fait que l'état de santé de la recourante après l'accident du 8 mai 2014 n'était pas stabilisé et qu'il était donc difficile d'évaluer les perspectives de reclassement de la recourante dans ces conditions. Dans ce contexte, les observations de la recourante, du 13 janvier 2015, relatives à la nécessité de revoir l'ensemble de son dossier au regard des conséquences de l'accident du 8 mai 2014 et de son influence sur les possibilités de réadaptation n'étaient pas de nature à inciter l'intimé à statuer sans attendre sur le droit aux prestations en espèces pour la période dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, comme elle le demande dans la présente procédure de recours. Il n'en reste pas moins que dès le 1<sup>er</sup> décembre 2015, Me Bourqui a invité sans ambiguïté l'intimé à statuer rapidement, à plusieurs reprises. Le 12 février 2016, elle l'a informé de son intention de déposer prochainement un recours pour

déni de justice, ce qu'elle a fait le 6 avril 2016. Entre le 12 août 2015, date du dernier rapport médical communiqué par un médecin traitant à l'OAI, à sa demande (rapport du docteur K. \_\_\_\_\_) et cette dernière date, aucune mesure d'instruction n'a été entreprise. Ce n'est finalement que le 9 juin 2016 qu'un médecin du SMR a pris position sur le dossier, en concluant à la nécessité d'actualiser le dossier sur le plan médical en adressant de nouvelles demandes de rapports médicaux aux médecins traitants. Or, rien n'empêchait l'OAI de statuer sur le droit aux prestations, au moins pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 8 mai 2014, si nécessaire en invitant son service médical régional à prendre expressément ou plus précisément position sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante pendant cette période. Si nécessaire, le SMR pouvait également procéder lui-même à un nouvel examen de la recourante plutôt que de se limiter à demander une nouvelle actualisation du dossier, compte tenu de la durée de la procédure. En l'état, on constate en tout cas un nouveau « temps mort » de dix mois entre le 12 août 2015 et le 9 juin 2016, qui s'ajoute à celui de quatorze mois constaté précédemment. On constate également qu'à ce jour, l'intimé n'a toujours pas statué sur le droit aux prestations depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Au regard de l'ensemble de ces circonstances, il convient de constater un retard injustifié à statuer et d'inviter l'intimé à compléter rapidement l'instruction s'il l'estime nécessaire, au besoin au moyen d'un nouvel examen par les médecins du SMR, puis à statuer sur le droit aux prestations en espèces demandées par la recourante. 4. La recourante voit son recours admis, de sorte qu'elle peut prétendre à des dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer l'indemnité de dépens à 900 fr. compte tenu de l'ampleur et de la difficulté de la cause, qui ne portait pas sur le droit matériel aux prestations, mais uniquement sur la question du déni de justice. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA et 69 al. 1bis LAI a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est enjoint à compléter rapidement l'instruction et à statuer sur le droit aux prestations en espèces pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 900 fr. (neuf cents francs) à la recourante. IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ I. \_\_\_\_\_ (pour W. \_\_\_\_\_), à [...], ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI), à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.