

VD_GERICHTE ZD12.015323 vom 16. Juli 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-07-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.015323

FR: VD_GERICHTE ZD12.015323 du 16 juillet 2013

IT: VD_GERICHTE ZD12.015323 del 16 luglio 2013

Erwägungen

E. 27

juillet 2011 à 08h.15. Une copie de ladite convocation a été adressée à l'Office du Tuteur Général. Selon une communication interne de l'OAI du

E. 29

septembre 2011, l'assuré n'a pas donné de suite à cette convocation.

- 7 - Par communication du 5 octobre 2011 – accompagnée d'un courrier recommandé intitulé "Dernier rappel: Sommatation" daté du même jour – adressée à l'Office du Tuteur Général, l'OAI a fait part de la nécessité de procéder à une expertise médicale de l'assuré, confiée au Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. L'Office AI s'est alors adressé en ces termes au Tuteur Général: "Monsieur, 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 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales [LPGA]). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière (art. 43 al. 3 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales [LPGA]). Or, votre pupille ne s'est pas présenté à l'expertise fixée par notre office au Service Médical Régional. Par conséquent: Nous ordonnons à Monsieur Q._____ de se présenter et de coopérer activement lors des examens et de la convocation que le Dr I._____ lui fixera. Si Monsieur Q._____ ne se présente pas au rendez-vous, il recevra une décision de refus de toute prestation pour manque de collaboration." Le 9 décembre 2011, le Dr I._____ a informé l'OAI du fait que la convocation de l'assuré, effectuée en bonne et due forme, n'avait pas abouti. Il précisait à ce propos que l'assuré était injoignable par téléphone. Etaient alors joints une convocation du 21 novembre 2011 demandant à l'assuré de confirmer sa venue demeurée sans réponse ainsi qu'un courrier d'annulation du 9 décembre 2011, adressés par le Dr I._____ directement à l'assuré (Monsieur Q._____, Rte de [...] 1 à [...]) en lien avec un entretien d'expertise en son cabinet.

- 8 - Le 20 décembre 2011, l'OAI a demandé au Dr I._____ d'envoyer une nouvelle convocation directement à l'Office du Tuteur Général, en précisant que l'assuré était sous tutelle, de sorte qu'une copie de ladite convocation pouvait éventuellement lui être transmise pour son information. Le 16 janvier 2012, l'OAI a transmis au Dr I._____ un courrier du 11 janvier 2012 qui lui avait été adressé par le Tuteur Général l'informant de la nouvelle domiciliation de l'assuré à compter du 1er janvier 2012 (c/o V._____, Ch. de [...] à [...]). Le 13 mars 2012, le Dr I._____ a indiqué à l'Office AI qu'après avoir envoyé en bonne et due forme une convocation à l'assuré, il ne s'était pas présenté au

rendez-vous fixé au 8 mars 2012 au cabinet médical d' [...]. Cet envoi avait toutefois été effectué à la fausse adresse Rte de [...] 1 à [...] au lieu de (c/o V. _____, Ch. de la [...] à [...]), alors que le Dr I. _____ avait été dûment averti du changement d'adresse et du fait qu'il devait s'adresser directement au Tuteur Général. Le Dr I. _____ a transmis en annexe une copie de la confirmation de rendez-vous écrite non datée que l'assuré lui avait adressée. Dans un courrier du 19 mars 2012, l'OAI s'est excusé auprès du Dr I. _____ en lien avec l'attitude de l'assuré en lui indiquant qu'il allait clore son dossier en l'état. Par communication et décision de refus du 19 mars 2012, l'Office AI a refusé le droit de l'assuré à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel ainsi qu'à la rente. Ses constatations s'articulaient en ces termes: "[...] Résultat de nos constatations: Par lettre recommandée du 5 octobre 2011, nous avons attiré votre attention sur les conséquences d'un refus de coopérer. Or, vous ne vous êtes pas présenté à la convocation du Service médical régional ni aux deux convocations du Dr I. _____. Comme vous continuez de vous opposer aux mesures d'instruction qui peuvent être raisonnablement attendues de vous, nous prenons notre décision sur la base du dossier en notre possession. [...]"

- 9 - D. Par acte du 19 avril 2012, le Tuteur Général de Lausanne, agissant au nom et pour le compte de la défense de son pupille Q. _____, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclut, principalement et sous suite de frais à la charge de l'Etat, à l'annulation de la décision de refus attaquée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction puis nouvelle décision au sens de l'art. 5 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, RS 172.021). Subsidiairement, il demande de considérer son recours en tant que nouvelle demande à l'assurance-invalidité, la cause étant renvoyée à l'OAI. Le Tuteur Général produit diverses pièces dont en particulier une ordonnance du 11 novembre 2011 au terme de laquelle, dans sa séance du 9 novembre 2011, la Justice de paix du district de [...] l'avait confirmé tuteur à forme de(s) article(s) 372.0 CC de Q. _____ alors domicilié à la Rte de [...] 1 à [...]. Le tuteur fait valoir en substance qu'au vu de son état psychique, son pupille a simplement oublié de se rendre aux différents rendez-vous, de sorte que son attitude est excusable. Le dépôt du recours démontre que Q. _____ souhaite se soumettre aux différents examens médicaux devant être mis en œuvre pour la détermination de son droit éventuel à la rente ainsi qu'à des mesures professionnelles. Citant un arrêt du Tribunal fédéral du 10 décembre 2010 (TF 8C_733/2010 du 10 décembre 2010, consid. 5.6), le tuteur demande, subsidièrement, que son recours puisse le cas échéant être considéré en tant que nouvelle demande dès lors que l'assuré se déclare disposé à se soumettre aux mesures de réadaptation. Dans sa réponse du 9 juillet 2012, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il observe que le recourant échoue à démontrer la mesure dans laquelle ses problèmes de santé l'ont empêché de comprendre la date et/ou l'heure des rendez-vous manqués et leur importance. Il rappelle à cet égard que l'assuré a confirmé sa venue par courrier non daté. De plus la sommation qui lui était adressée – ainsi qu'à son tuteur – le 5 octobre 2011 à la suite du premier rendez-vous manqué au SMR, attirait suffisamment l'attention du recourant sur la conséquence de la violation de son obligation de collaborer activement aux mesures d'instruction nécessaires ainsi que sur le fait qu'en cas de

- 10 - nouvelle absence, il serait statué en l'état de son dossier. L'OAI fait encore part de son étonnement, eu égard au caractère indispensable de l'expertise psychiatrique devant être mise en œuvre afin de pouvoir se prononcer sur le droit aux prestations, du fait que le tuteur n'ait pas veillé à ce que son pupille se présente ponctuellement aux rendez-vous. Dans sa

réplique du 19 octobre 2012, le Tuteur Général maintient son recours et précise qu'à titre de renvoi du dossier de la cause pour complément d'instruction auprès de l'Office AI, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par ledit office. Au terme de sa duplique du 30 octobre 2012, l'OAI confirme l'intégralité des termes de sa réponse du 9 juillet 2012. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la

- 11 - procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr.; la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 19 avril 2012 par le Tuteur Général de [...] pour son pupille Q._____ contre la décision de refus rendue le 19 mars 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, décision notifiée au recourant le 23 mars 2012, de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile compte tenu des fêtes pascales courant du 1er avril au 15 avril 2012 inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2, 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé une mauvaise application des dispositions fédérales relatives au devoir de collaboration

- 12 - dans le domaine des assurances sociales et d'avoir ainsi nié à tort son droit aux prestations AI. Il fait valoir qu'il a collaboré dans la mesure de ses moyens à l'établissement de son droit aux prestations litigieuses de sorte que la décision litigieuse lui refusant tout droit aux prestations n'est pas valable. Il importe par conséquent d'examiner si compte tenu

des circonstances d'espèce, l'OAI était fondé à refuser ses prestations en statuant sur la base du dossier tel qu'en l'état ceci en raison de la violation par le recourant de son obligation de collaborer activement aux mesures d'instruction nécessaires du fait de son rendez-vous manqué d'une part, pour un examen clinique au SMR, puis d'autre part, de ceux manqués en vue d'une expertise médicale psychiatrique auprès du Dr I._____.

3. a) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 2 LPGA, 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. Selon l'art. 43 al. 3 LPGA, si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière, sous réserve d'avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

b) Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande

- 13 - dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA; ATF 108 V 229 consid. 2; voir également, Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 41 ad art. 43; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e édition 1998, ch. 275; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, no 229, p. 108 s.; Maurer, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 256; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Fribourg 1999, p. 210). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 229 consid. 2 et 97 V 173 consid. 3).

c) Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure d'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (ATF I 214/2001 du 25 octobre 2001, consid. 2b), il prend — délibérément — le risque que sa demande soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA sur la base de

- 14 - l'état de fait existant (incomplet), est correcte (ATF I 906/2005 du 23 janvier 2007, consid. 6, U 489/2000 du 31 août 2001, consid. 2b et I 214/2001 du 25 octobre 2001, consid. 3 et les références citées). Il ne se justifie pas — et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure — d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation. 4. a) A la lecture des divers éléments au dossier, il est établi que l'état de santé actuel du recourant se trouve notamment affecté en raison d'un passé de polytoxicomane (cf. P. 3 du rapport d'évaluation du 1er juin 2010 de l'OAI, rapport médical du 10 août 2010 des eHnv, rapport médical du 13 août 2010 du Dr Z. _____ et avis médical SMR du 4 juillet 2011). Aux dires du médecin traitant, en raison de cette affection, l'assuré n'a plus été en mesure de travailler régulièrement depuis 2001. Dès décembre 2008, il œuvre au sein de la Fondation [...] (en tant qu'aide de cuisine) à raison de cinq heures par jour. Auprès de cette institution, il dit lutter depuis lors pour son abstinence ainsi que pour se forger un avenir professionnel (cf. P. 3 du rapport d'évaluation du 1er juin 2010 de l'OAI et rapport médical du 13 août 2010 du Dr Z. _____). Ainsi que le relève le Tuteur Général dans son acte de recours – et comme cela ressort notamment des pièces du dossier transmis par l'OAI –, une mesure de tutelle volontaire du recourant a été prononcée dès la fin janvier 2010 par

- 15 - la Justice de paix. Dite mesure, confirmée au début novembre 2011, trouve sa justification par le fait que l'assuré présente, depuis la fin de l'adolescence, un "syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de substitution par méthadone, ainsi qu'un syndrome de dépendance aux substances psycho-actives multiples dont les benzodiazépines, la cocaïne et l'alcool" (cf. P. 3-4 de la décision de la Justice de paix du district de [...] du 21 janvier 2010). Cette affection l'empêche de gérer ses affaires tant personnelles, qu'administratives et financières de manière conforme à ses intérêts (cf. P. 5 de la décision de la Justice de paix du district de [...] du 21 janvier 2010). Etant rappelé que selon la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2), ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPG), que si l'on peut admettre que

la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1). D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué

- 16 - une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et la référence citée; TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2; voir aussi Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2e édition, 2010, p. 32 et 35). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (TF 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2; TFA I 169/2006 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). L'existence d'une comorbidité psychiatrique – dont le diagnostic a été posé *lege artis* – ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). Au vu des circonstances, la réalisation d'une expertise psychiatrique du recourant était nécessaire afin de permettre à

- 17 - l'administration de se prononcer en toute connaissance de cause sur les atteintes psychiques de l'assuré et leurs incidences éventuelles sur sa capacité de travail. b) Concernant la réalisation de l'expertise médicale en question, on constate à lecture du dossier que le 11 juillet 2011 le SMR a tout d'abord convoqué le recourant personnellement pour un examen clinique en adressant une copie de sa correspondance au Tuteur Général. Puis à l'occasion d'un courrier intitulé "Dernier rappel: Sommation" adressé le 5 octobre 2011 à l'Office du Tuteur Général, l'OAI a expressément attiré l'attention de son correspondant sur les conséquences pour son pupille d'une violation de son obligation de collaborer à l'instruction au sens des art. 43 al. 2 et 3 LPGGA, en l'informant que l'intéressé ne s'était pas présenté à l'expertise fixée par son SMR. L'OAI invitait dès lors le pupille du Tuteur Général à se présenter et à coopérer activement lors des examens et de la convocation que le Dr I. _____ lui fixera, ce médecin devant se mettre directement en rapport avec l'Office du Tuteur Général pour convenir de la date de l'examen. Par la suite, le

Dr I. _____, mandaté par l'OAI en tant qu'expert pour la réalisation de l'expertise en question, s'est adressé les 21 novembre 2011 et 9 décembre 2011 au recourant personnellement (alors domicilié à la Rte de [...] à [...]). Le pupille n'a pas donné de réponse auxdites convocations. Le 13 mars 2012, le Dr I. _____ a indiqué à l'intimé avoir une nouvelle fois convoqué l'assuré, mais que ce dernier ne s'était pas présenté au rendez-vous fixé au 8 mars 2012. A ce titre, le Dr I. _____ a annexé à sa communication, une copie non datée de confirmation dudit rendez-vous qui lui avait été adressée directement par Q. _____. Dite lettre de confirmation portait sous son en-tête, l'adresse suivante: "Monsieur Q. _____ Rte de [...] [...]", au lieu de la nouvelle adresse du pupille "c/o V. _____, Ch. de la [...] à [...]", bien que le Dr I. _____ ait au préalable été dûment averti du changement d'adresse et du fait qu'il devait s'adresser au Tuteur Général. En l'occurrence, au vu de plusieurs échanges de courriers intervenus avec l'Office du Tuteur Général et sur la base des

- 18 - renseignements figurant à son dossier (cf. P. 4 du rapport d'évaluation du 1er juin 2010 de l'OAI, copie du courrier du 6 mai 2010 de la Justice de paix à l'Office du Tuteur Général et copie de l'extrait de la FAO N°s 39-40 des vendredi 14 et mardi 18 mai 2010), l'intimé était informé de la mesure de tutelle volontaire de Q. _____ ainsi que de la nomination du Tuteur Général en qualité de représentant du prénommé. C'est ainsi en connaissance de ces éléments factuels que l'office intimé a expressément attiré l'attention du Dr I. _____ sur la nécessité d'adresser sa convocation directement à l'Office du Tuteur Général en lui précisant que l'assuré se trouvait sous tutelle et du fait qu'il devait s'adresser directement auprès du Tuteur Général pour la fixation du rendez-vous. C'est également en ce sens que, le 16 janvier 2012, l'OAI a transmis au Dr I. _____ un courrier du 11 janvier 2012 qui lui avait été adressé par le Tuteur Général en lien avec une modification de domiciliation de son pupille à compter du 1er janvier 2012. A l'aune de ces constatations et compte tenu du fait qu'en raison de ses problèmes psychiques l'assuré était incapable de gérer ses affaires et vraisemblablement de venir au rendez-vous fixé par le Dr I. _____, il appartenait à l'intimé de veiller à ce que le médecin chargé de la réalisation de l'expertise psychiatrique du recourant envoie sa convocation à l'adresse de l'Office du Tuteur Général, avec une éventuelle copie à la bonne adresse de l'assuré, afin que sa sommation du 5 octobre 2011 puisse déployer par la suite ses effets en lien avec les conséquences d'une éventuelle violation par le pupille de son obligation de collaborer activement à la mesure d'instruction en question. Dans la mesure où tel n'a pas été le cas, le Dr I. _____ ayant à chaque fois directement convoqué l'assuré en lieu et place de s'adresser à son tuteur, l'OAI n'a pas valablement imparti un délai au recourant pour lui permettre de se conformer à ses obligations. La cour de céans relève par ailleurs qu'en application de l'art. 43 al. 3 LPGA, l'OAI aurait dû statuer en l'état de son dossier s'agissant du droit à d'éventuelles prestations. Sur le plan somatique, l'ensemble des médecins consultés observent que le recourant est durablement atteint

- 19 - dans sa santé (douleurs handicapantes persistantes) en raison de deux fractures consécutives (l'une en mai 2009 et la seconde en avril 2010) de sa rotule droite (cf. rapport médical du 10 août 2010 des Drs A. _____ et X. _____ des eHnv, rapport médical du 13 août 2010 du Dr Z. _____ et rapport médical du 18 août 2010 du Dr T. _____). Sur la base des indications communiquées le 4 juillet 2011 par le médecin traitant, le Dr E. _____ du SMR a retenu une incapacité de travail de l'assuré à 100 % dans la profession de peintre en bâtiment et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée

à ses limitations fonctionnelles (pas de montées d'échelles ni de genuflexions). Il se justifiait par conséquent pour l'intimé de procéder à ce stade à l'évaluation du taux d'invalidité de l'assuré selon la méthode de la comparaison des revenus (art. 16 LPGA) sur la base d'une approche théorique du revenu d'invalidé raisonnablement exigible. Or tel n'a manifestement pas été le cas, l'intimé ayant refusé le droit tant à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel qu'à la rente sans procéder selon la méthodologie décrite ainsi qu'en ne tenant pas compte des indications médicales d'ordre somatique figurant au dossier. Dans ces conditions, la décision attaquée est annulée et la cause retournée à l'intimé qui en reprendra l'instruction et impartira un délai approprié au tuteur du recourant pour que ce dernier se soumette à une expertise psychiatrique, l'assuré étant par ailleurs d'ores et déjà vivement invité à se conformer à ses obligations. Si l'assuré ne donne pas suite à la convocation de l'expert, l'assureur pourra alors se prononcer à nouveau en l'état du dossier, en procédant le cas échéant à une approche théorique. 5. Le recours se révèle bien fondé et doit par conséquent être admis; ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi à l'intimé pour qu'il procède selon les considérants qui précèdent. Le recourant voit sa conclusion principale admise. Il peut donc en principe prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Etant toutefois précisé que seul l'avocat désigné comme curateur ou tuteur qui mène avec succès le procès de son pupille

- 20 - peut prétendre des dépens (ATF 124 V 338 consid. 4 et la référence), et vu que tel ne saurait être le cas en l'espèce, le Tuteur Général de [...] n'a par conséquent pas droit à l'allocation de dépens pour la défense des intérêts de son pupille. L'intimé supportera néanmoins les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; CASSO AI 230/11 – 2012/144 du 23 avril 2012, consid. 7).

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