

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2024

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à **G.**_____, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 37, 49 al. 3 et 60 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Née en 1976, J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), mariée et mère de deux enfants nés en 2004 et 2009, travaillait depuis 2011 en tant qu'infirmière pour le compte de l'Hôpital Q._____ au taux de 60 %.

Le 19 octobre 2012, l'assurée a été victime d'un accident, lors duquel elle s'est blessée à la jambe droite après avoir glissé dans une flaque d'eau ; en incapacité de travail dès le 20 octobre 2012, elle a été licenciée pour le 31 octobre 2013 ; l'assurance-accidents a pris en charge le cas (indemnités journalières et frais de traitement) jusqu'au 31 décembre 2013.

Le 13 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Le 30 novembre 2015, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 3 décembre 2015, l'enquêtrice a retenu un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. Elle a conclu à un taux d'empêchement dans les activités ménagères de 16,8 %.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'office AI a alloué à l'assurée diverses mesures professionnelles sous la forme d'un bilan de compétences et d'une évaluation commerciale et bureautique du 23 janvier au 3 février 2017 (communications du 22 décembre 2016), de même qu'elle a bénéficié, en parallèle, de deux modules bilan - orientation - stage du 14 novembre 2016 au 30 avril 2017, prolongé jusqu'au 31 juillet 2017 (communications des 16 novembre 2016, 21 avril et 8 juin 2017). Le 3 octobre 2017, elle a débuté un stage à 40 % auprès du Groupe médical V._____ à T._____, interrompu le 12 octobre 2017 en raison du comportement inadéquat de l'assurée (note d'entretien du 12 octobre 2017).

Par communication du 13 novembre 2017, l'office AI a pris en charge les frais de recherche de stage et de coaching individuel du 1^{er} août au 31 décembre 2017, ainsi que de cours professionnels d'infirmière clinicienne (option diabétologie) du 25 août au 27 novembre 2017, formation interrompue prématurément faute de stage pratique et sans perspective de reprise (communication du 5 février 2018).

Du 21 août au 20 novembre 2019, l'assurée a bénéficié d'une orientation professionnelle, suivie d'un stage d'orientation professionnelle du 21 novembre 2019 au 31 janvier 2020 et, enfin, du 1^{er} février au 31 juillet 2020, d'un stage en tant que collaborateur qualité et processus auprès de D._____ à A._____ (communications des 21 août 2019, 12 décembre 2019 et 17 janvier 2020). Parallèlement, l'office AI a pris en charge un coaching sur la communication inter-personnelle du 16 janvier au 30 juin 2020 (communication du 22 janvier 2020) prolongé jusqu'au 31 juillet 2020 (communication du 29 avril 2020).

Le 27 août 2020, l'office AI a annoncé à l'assurée qu'il prenait en charge un stage dans la gestion de projets et la mise en place de processus auprès d'U._____ Sàrl à R._____ du 1^{er} septembre 2020 au 28 février 2021, prolongé jusqu'au 30 juin 2021 (communication du 28 janvier 2021).

Dans l'intervalle, la Dre W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a constaté que le processus de reclassement avait été laborieux en raison de diverses difficultés rencontrées par l'assurée dans ses relations interpersonnelles. Par ailleurs, outre des problèmes à la hanche droite et des lombalgies, de nouvelles atteintes à la santé avaient été évoquées (asthénie chronique sur métrorragies et entorse compliquée de la cheville droite survenue en mars 2020). Aussi a-t-elle demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avis médical du 7 septembre 2020).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté le Centre d'expertises H. _____ à B. _____. Dans leur rapport de synthèse du 31 mars 2021, les Drs X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z. _____, médecin praticien, L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et N. _____, spécialiste en neurologie, ont estimé que l'activité d'infirmière n'était plus exigible. En revanche, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé.

Sollicitée pour détermination, la Dre W. _____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (avis médical du 6 mai 2021).

Dans un courrier recommandé du 12 mai 2021 adressé à l'assurée, l'office AI s'est exprimé en ces termes :

« Vous avez déposé une demande de prestations AI en date du 13 mars 2014.

Au bénéfice d'un bachelors en soins infirmiers obtenu en 2009, vous exercez une activité d'infirmière auprès de l'Hôpital Q. _____ à 60 % jusqu'au 19 octobre 2012, date à laquelle vous avez eu un accident sur votre lieu de travail. Votre revenu était de Fr. 42'123.05 en 2012 pour un taux de 60 %.

Suite à cet accident et à une période d'incapacité de travail totale, une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée vous est reconnue dès le 23 octobre 2014.

Les limitations fonctionnelles dont il vous faut tenir compte sont : pas de positions assises plus que 2 h, pas de port de charge de plus de 5 kg debout, pas de déplacements prolongés de plus d'une heure en voiture, pas de mouvements sollicitant le rachis.

Plusieurs démarches de réadaptation ont dès lors été mises en place dès début 2016 et différents projets ont été évoqués tels que : experte en prévention des infections associées aux soins, spécialiste en codage médical, spécialiste dans le traitement des plaies, évaluatrice RAI ...

Dans le cadre des derniers stages que vous avez effectués, la prise en charge d'une formation de type CAS ou MAS a été envisagée, pour autant que vous soyez présente à 100 %.

Or, vous n'avez jamais dépassé un taux de présence de 50-60 % et vous n'êtes pas d'accord avec la capacité de travail dans une activité adaptée fixée à 100 %.

Pour rappel, cette appréciation de la capacité de travail a été déterminée à plusieurs reprises, notamment dans le cadre de la

dernière expertise pluridisciplinaire effectuée au début de l'année 2021.

Selon l'art. 7 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité. Dans ce cadre, il doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ; il s'agit en particulier des mesures d'ordre professionnel.

L'art. 21 al. 4 LPGA précise que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Au vu de ce qui précède, nous vous laissons un délai au 31 mai 2021 pour nous confirmer par écrit que vous acceptez la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée fixée par le SMR et collaborerez pleinement tout au long des mesures qui seront alors mises en place.

En cas de réponse négative, ou sans réponse de votre part dans le délai fixé, nous mettrons un terme à nos démarches de réadaptation et évaluerons votre droit à la rente en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles et des gains que vous auriez été en mesure de réaliser après avoir effectué une des formations évoquées.

Un projet de décision vous sera alors notifié sur cette base.

[Salutations] »

Par communication du 13 juillet 2021, l'office AI a octroyé à l'assurée un reclassement sous la forme d'un stage dans la gestion de projets effectué auprès d'U. _____ Sàrl à R. _____ du 1^{er} au 12 juillet 2021 au taux de 100 %.

Par projet de décision du 30 août 2021 notifié à l'assurée, l'office AI a informé cette dernière qu'il comptait lui reconnaître le droit à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014. Selon ses constatations, l'assurée présentait, au moment de l'ouverture du droit à la rente, en septembre 2014, une incapacité totale de travail. Aussi, compte tenu d'un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %, le taux d'invalidité global était de 66,72 % ($[60 \% \times 100 \%) + [40 \% \times 16,8 \%)$). Or, dès le 23 octobre 2014, l'intéressée disposait d'une

capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après comparaison des revenus sans et avec atteinte à la santé - fixés respectivement à 42'460 fr. et à 29'762 fr. 90 - l'empêchement dans la part active s'élevait à 29,9 %. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'office AI a fixé à 25,09 % le degré d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 18,37 % en lien avec l'activité lucrative (prise en compte pour 60 % [60 % x 29,90 %]) et d'une invalidité de 6,72 % dans les travaux ménagers (empêchement de 16,8 % pris en compte pour 40 %). En conséquence, il a mis un terme au droit à la rente servie avec effet au 31 janvier 2015, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Le 23 septembre 2021, l'assurée a signé une procuration en faveur de Me Jean-Michel Duc, avocat.

Sous la plume de son conseil, l'assurée a, par courrier du 23 septembre 2021, présenté des objections à ce projet de décision. Tout d'abord, elle a fait valoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait très vraisemblablement travaillé à 100 %, non seulement pour des motifs financiers mais également parce qu'elle était très motivée par son activité d'infirmière. Elle a par ailleurs contesté la capacité de travail de 100 % retenue par l'office AI à compter du 23 octobre 2014. A cet égard, elle a exposé qu'elle souffrait d'une atteinte neurologique à l'origine de douleurs et d'atteintes motrices au niveau de la jambe droite, lesquelles étaient incompatibles avec l'exercice à plein temps d'une activité, fut-elle légère et permettant l'alternance des positions. Tout en sollicitant la mise en œuvre de mesures professionnelles et le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014, l'assurée a demandé la production de l'intégralité de son dossier en mains de l'administration et l'octroi d'un délai pour compléter ses observations.

Par courrier du 27 septembre 2021 adressé à Me Duc, l'office AI a accordé à ce dernier un délai de 30 jours dès réception pour lui faire part de ses éventuelles objections complémentaires et lui transmettre tous documents permettant d'étayer son argumentation.

Le 29 octobre 2021, Me Duc a demandé à l'office AI de lui accorder une prolongation de délai de trois mois.

Par courrier du 1^{er} novembre 2021, l'office AI a avisé le conseil de l'assurée qu'il n'entendait pas accéder à sa demande de prolongation du droit d'être entendu. Aussi, s'il souhaitait contester la position de l'administration, ses objections motivées devaient impérativement être transmises dans le délai mentionné dans le projet de décision. Passé ce délai et sans nouvelles de sa part, une décision serait notifiée sur la base des éléments versés au dossier.

Par courrier du 10 novembre 2021 adressé à Me Duc, l'office AI a relevé que la contestation soulevée ne contenait pas d'élément de nature à remettre en cause le bien-fondé de son analyse. Aussi allait-il prochainement recevoir une décision contre laquelle il lui serait loisible de déposer un recours.

Le 24 novembre 2021, Me Duc a informé l'office AI que sa mandante était désormais domiciliée à G._____.

Le 28 janvier 2022, Me Duc a sollicité un délai au 30 avril 2022 pour déposer ses objections complémentaires.

Par pli du 31 janvier 2022 établi à l'intention de Me Duc, l'office AI s'est référé à sa correspondance du 10 novembre 2021 pour refuser la prolongation de délai demandée et a annoncé la notification prochaine d'une décision sujette à recours.

Par décision du 18 février 2022, l'office AI a entériné l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 30 août 2021. On pouvait en particulier y lire qu'un montant de 7'225 fr. serait versé à l'assurée dans les dix prochains jours. Cette décision a été notifiée directement au nouveau domicile de l'assurée à G._____, laquelle était représentée par Me Duc.

B. **a)** Par acte du 6 octobre 2022, J._____, représentée par Me Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 18 février 2022 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

Sur le plan formel, l'assurée a fait valoir que la décision attaquée avait été irrégulièrement notifiée, en ce sens qu'elle lui avait été directement adressée, alors que l'administration était informée de l'intervention de son conseil. Celui-ci s'est dès lors vu contraint d'écrire à l'office AI les 27 juin et 1^{er} septembre 2022 pour que la décision du 18 février 2022 lui soit communiquée, l'avertissant que sans réponse de sa part, un recours pour déni de justice serait interjeté. Après un nouveau courrier du 12 septembre 2022 dans lequel Me Duc demandait à l'office AI d'annuler la décision irrégulièrement notifiée et de lui accorder un nouveau délai pour déposer des objections complémentaires, l'administration lui a notifié, le 30 septembre 2022, la décision rendue le 18 février 2022. Il fallait dès lors admettre que le délai de recours avait commencé à courir le 30 septembre 2022 et que, partant, le recours était recevable.

Sur le fond, l'assurée a fait valoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %, mais que, en raison de la gravité de ses problèmes de santé, elle présentait une incapacité de travail totale en toute activité. Aussi devait-elle se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité. Cela étant, dans la mesure où elle estimait ne pas avoir pu faire valoir ses objections complémentaires avant la décision du 18 février 2022, elle a sollicité le droit de compléter son écriture à réception du dossier complet en mains de l'administration.

b) Dans sa réponse du 22 décembre 2022, l'office AI a reconnu que la décision litigieuse avait été notifiée de façon irrégulière, dans la

mesure où elle aurait dû l'être au mandataire de l'assurée et non à cette dernière directement. Toutefois, le courrier du 10 novembre 2021, dont l'intéressée avait reçu une copie, annonçait qu'une décision sujette à recours serait prochainement notifiée. Aussi l'assurée devait s'attendre à recevoir à brève échéance une décision relative à sa demande de prestations. Du reste, dans les dix jours ayant suivi le prononcé de la décision du 18 février 2022, elle avait perçu le versement de la somme de 7'225 fr. dont il lui incombait, d'une part, de chercher à comprendre la provenance et la justification et, d'autre part, d'en informer son mandataire dans les trente jours. Conformément aux règles de la bonne foi, elle ne pouvait pas simplement ignorer la décision et ne rien entreprendre pour la contester. Au vu de ces éléments, l'office AI estimait que le recours déposé le 6 octobre 2022 contre la décision du 18 février 2022 devait être déclaré irrecevable. Sur le fond, il a considéré que, jusqu'au moment de l'enquête à domicile du 30 novembre 2015, il n'y avait rien à opposer au fait d'avoir retenu un statut de personne active à 60 %. C'était dès lors à juste titre que l'assurée avait été mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité entre septembre 2014 et janvier 2015. Quant à la capacité de travail entière retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le mois d'octobre 2014, elle n'était pas remise en cause par des éléments objectifs nouveaux. Au demeurant, une éventuelle modification ultérieure du taux d'activité en bonne santé ne pouvait avoir aucune incidence sur la décision attaquée.

c) En réplique du 17 janvier 2023, l'assurée a reproché à l'office AI d'avoir remis en cause sa bonne foi, en tant qu'elle ne pouvait ignorer qu'une décision lui avait été notifiée dès lors qu'elle avait commencé à percevoir la rente. Or la mauvaise foi était plutôt imputable à l'administration puisqu'elle n'avait pas daigné répondre aux courriers de son mandataire sollicitant qu'une décision soit rendue. Ce n'était que sous la menace d'un recours pour déni de justice que l'office AI avait indiqué avoir d'ores et déjà rendu sa décision, directement notifiée à l'assurée. Cependant, dès lors qu'il n'était pas en mesure de rapporter la preuve de l'effectivité de la notification de la décision querellée en mains de

l'intéressée, il fallait admettre la mauvaise foi de l'administration qui ne pouvait par conséquent conclure à l'irrecevabilité du recours.

d) Dupliquant en date du 20 février 2023, l'office AI a admis, outre une notification irrégulière de la décision dont est recours, ne pas avoir, par inadvertance, fait parvenir à la Caisse de compensation compétente la procuration nécessaire à la notification de la décision au conseil de l'assurée. Or, au moment du premier courrier de relance adressé par le mandataire le 27 juin 2022, la décision du 18 février 2022 était entrée en force depuis longtemps. Le fait de ne pas avoir informé Me Duc à ce moment-là n'avait dès lors pas pu entraîner des conséquences préjudiciables pour l'assurée. Au surplus, l'office AI a souligné que les atteintes à la santé présentées par cette dernière n'étaient pas de nature à l'empêcher de se renseigner auprès de son conseil, lorsqu'elle avait reçu la décision attaquée ou, à défaut, lors de la perception des prestations une dizaine de jours plus tard.

e) Dans ses déterminations du 15 mars 2023, l'assurée a relevé que les défaillances de l'office AI étaient propres à susciter des doutes quant à sa bonne foi. De plus, il n'avait apporté aucune preuve de la date de la notification, alors même qu'elle lui incombait. Partant, elle a conclu à la recevabilité du recours, tout en confirmant l'intégralité de ses conclusions.

E n d r o i t :

1. La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) 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).

2. Le litige porte sur le caractère tardif ou non du recours formé le 6 octobre 2022 contre la décision du 18 février 2022. A cet égard, la recourante se prévaut d'une notification irrégulière de la décision du 18 février 2022. Elle soutient que l'office intimé aurait dû notifier cette décision au mandataire qu'elle a constitué, au lieu de la lui transmettre personnellement. Elle en déduit que la décision qui lui a été directement notifiée est dépourvue d'effet juridique, et que le délai de recours n'a commencé à courir qu'à réception de la décision du 18 février 2022 notifiée à son mandataire, soit à compter du 30 septembre 2022.

3. a) Selon l'art. 37 LPGA, une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas (al. 1). Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (al. 3). Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification, déterminante pour le calcul du délai de recours (ATF 99 V 177 consid. 3 ; SVR 2009 UV n° 16 p. 62, 8C_210/2008 ; RAMA 1997 n° U 288 p. 442, U 263/96, consid. 2b). Lorsqu'il reçoit personnellement une communication de l'assureur social, l'assuré représenté est en droit de penser que celle-ci est aussi parvenue à son représentant et qu'il peut s'abstenir d'agir personnellement (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4^e édition 2020, n° 25 *ad* art. 37 LPGA).

b) Selon la jurisprudence, l'art. 49 al. 3 LPGA, à teneur duquel la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacre un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'art. 29 al. 1 et 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101 ; cf. ATF 145 IV 259 consid. 1.4.4 ; 144 II 401 consid. 3.1 et les références). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification : la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (TF 2C_1010/2020 du

26 février 2021 consid. 4.3 ; 8C_130/2014 du 22 janvier 2015 consid. 2.3.2 publié in SJ 2015 I 293). Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; TF 9C_863/2013 du 9 mai 2014 consid. 3.2). En vertu de ce principe, l'intéressé est tenu de se renseigner sur l'existence et le contenu de la décision dès qu'il peut en soupçonner l'existence, sous peine de se voir opposer l'irrecevabilité d'un éventuel moyen pour cause de tardiveté (ATF 139 IV 228 consid. 1.3 et les références ; TF 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1). Cela signifie qu'une décision, fut-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118). Le délai de recours commence à courir une fois que le recourant pouvait de bonne foi prendre connaissance de la décision contestée et était en possession de tous les éléments essentiels à la défense de ses intérêts (TF 9C_639/2019 du 12 février 2020 consid. 4.3 et les références : ATF 129 II 193 consid. 1 ; 102 Ib 91 consid. 3 ; TF 1C_150/2012 du 6 mars 2013 consid. 2.3). Seule la personne qui ne connaît pas l'inexactitude de l'indication des voies de recours et qui n'aurait pas pu s'en apercevoir même en faisant preuve de l'attention requise bénéficie de la protection de la confiance. Les justiciables ne bénéficient pas de la protection de la confiance si l'irrégularité est évidente pour eux ou leur représentant juridique en consultant simplement la disposition de procédure déterminante. En revanche, il n'est pas exigé que soient consultés, outre les textes de loi, la jurisprudence ou la littérature pertinente (ATF 134 I 199 consid. 1.3.1).

c) Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant – dont l'existence est connue de l'autorité –, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la

notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TFA C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c, résumé in RSAS 2002 p. 509 ; TFA C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a). Cette pratique a été confirmée, à la lumière de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et de la LPGA (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2, 6.3 et 6.8).

4. a) En l'occurrence, tout en admettant avoir notifié la décision du 18 février 2022 directement à la recourante, l'office intimé estime que cette dernière devait se renseigner auprès de son conseil dans un délai raisonnable, à réception de la décision. De son côté, après avoir en vain tenté d'obtenir l'annulation de la décision en vue d'une nouvelle notification régulière (cf. courrier du 12 septembre 2022), la recourante fait valoir en réplique que la preuve de la notification en ses mains n'est pas prouvée, et argue de ses demandes répétées de notification.

b) Certes, la notification de la décision du 18 février 2022 directement à la recourante, représentée par un avocat, est irrégulière. On observe toutefois que dite décision a été adressée au nouveau domicile de la recourante à G._____, si bien qu'il y a lieu de retenir qu'elle est entrée dans la sphère d'influence de l'intéressée. Conformément à la jurisprudence fédérale, celle-ci aurait dû faire preuve de la diligence requise et informer son représentant de l'existence de cette décision dans un délai de trente jours (TF 9C_741/2012 du 12 décembre 2012 consid. 2). A cela s'ajoute que la recourante a perçu le versement de la somme de 7'225 fr. dans les dix jours qui sont suivi le prononcé de la décision du 18 février 2022. On peut ainsi supposer que ce versement n'est pas passé inaperçu et que l'assurée aurait dû chercher à en comprendre la provenance et la justification, en se renseignant dans un délai raisonnable auprès de son mandataire sur la suite qu'il convenait, le cas échéant, de donner à son dossier. A cet égard, on ne voit pas que les atteintes à la santé présentées par la recourante aient pu faire obstacle à une telle démarche, ni d'ailleurs d'éventuels problèmes de connaissance de la langue française, au demeurant non allégués. Conformément aux règles de la bonne foi, elle ne pouvait pas simplement ignorer la décision et ne

rien entreprendre pour la contester (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2).

c) Cela étant, on peine à comprendre que le conseil de la recourante, auquel la prolongation du délai pour déposer ses objections au projet de décision du 30 août 2021 a été clairement rejetée à deux reprises, à savoir le 1^{er} novembre 2021 et le 31 janvier 2022, tout en étant dûment avisé d'une prochaine notification de la décision finale, ait pu attendre le mois de juin 2022 pour s'enquérir de cette notification. Au regard de sa connaissance de la procédure administrative et de la pratique de l'office AI en pareil cas, une gestion adéquate du mandat aurait commandé qu'il se renseigne plus tôt à ce sujet, soit directement auprès de l'office intimé, soit même éventuellement auprès de sa mandante.

d) Enfin, le fait que le conseil de l'assurée se soit vu adresser une copie de la décision du 18 février 2022 au mois de septembre 2022 n'a pas pu avoir pour effet de faire courir un nouveau délai de recours. En effet, à la lumière de la jurisprudence résumée au considérant 3c ci-avant (cf. TFA C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3b et C 168/00 du 13 février 2001 consid. 3c), le délai de recours contre la décision du 18 février 2022, réputée avoir été notifiée peu après cette date, était largement échu au moment du dépôt du recours le 6 octobre 2022.

5. Il suit de là que le recours déposé le 6 octobre 2022 contre la décision de l'office AI du 18 février 2022 est tardif, et doit être déclaré irrecevable, constat qui relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. d LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

6. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, il peut être renoncé, exceptionnellement, aux frais de justice (art. 50 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours déposé le 6 octobre 2022 contre la décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 18 février 2022 est irrecevable.

- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour J. _____),
- 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).

Le greffier :