

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Feusi et M. Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 6 ss, 16, 17, 23 LPGA ; 4 al. 1, 28 ss LAI ; 88a al. 1, 88bis al. 2
RAI**

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé dès le 1^{er} juillet 2000 en qualité de vendeuse caissière à 100 % auprès de la M._____. En raison de périodes d'incapacité de travail totale ou partielle dès le 15 février 2021, elle a perçu des indemnités de perte de gain maladie de P._____.

Dans un rapport établi le 29 avril 2021 à l'attention de P._____, la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic de cervico-brachialgie déficitaire (sensitivo-motrice). Les douleurs, qui avaient débuté en février 2021, étaient constantes, irradiaient jusqu'à la main gauche et étaient insomniantes. Une médication antalgique et de la physiothérapie avaient été prescrites. La capacité de travail dans l'activité habituelle avait fluctué entre 0 % et 50 %, avec une tentative de reprise à 100 % en mars qui s'était soldée par un échec. Les limitations fonctionnelles concernaient l'utilisation des membres supérieurs et une amélioration de la capacité de travail serait possible dans une activité moins physique, mais l'assurée ne disposait pas de formation professionnelle à cet égard.

A l'initiative de P._____, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 mars 2022 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). P._____ a joint son dossier, lequel contenait notamment une procuration signée par l'assurée le 25 mars 2021, le rapport médical du 29 avril 2021 précité, ainsi qu'un courrier du 21 mars 2022 informant l'assurée que les prestations d'indemnités journalières versées par P._____ depuis le 21 janvier 2022 étaient allouées, compte tenu d'une incapacité de travail persistante, en tant qu'avance sur les prestations de l'assurance-invalidité et la priant en conséquence de remplir le formulaire permettant de faire valoir son droit aux prestations de l'AI. P._____ a également produit une demande de compensation avec le paiement ultérieur de prestations de l'assurance-invalidité comprenant un récapitulatif des périodes d'incapacité de travail, et une procuration signée par l'assurée.

L'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 11 avril 2022. Celle-ci a répondu au questionnaire de détermination du statut le 19 avril 2022 et la M. _____ a retourné le questionnaire pour l'employeur le 26 avril 2022.

Dans un rapport adressé le 19 avril 2022 à P. _____, la Dre S. _____ a fait état d'une rechute de douleurs connues au niveau du haut du dos et de l'épaule gauche à l'occasion d'une reprise du travail durant laquelle la patiente a été amenée à porter des charges dans les rayons. L'incapacité de travail était évolutive en fonction des douleurs, mais actuellement de 70 %. Une capacité de travail dans une autre activité, par exemple de bureautique, était possible mais une nouvelle formation ne paraissait pas envisageable compte tenu de l'âge de l'assurée. La Dre S. _____ a joint les pièces médicales suivantes :

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 23 février 2021, concluant comme suit :

« Discopathie protrusive à base large touchant les espaces C4-C5, C5-C6 et C6-C7, sans rétrécissement canalaire, récessal ou foraminal significatif et sans compression radiculaire. Néanmoins, la composante de protrusion herniaire au niveau C6-C7 est siège d'une petite prise de contraste en rapport avec sa nature inflammatoire, et qui peut être responsable d'une symptomatologie algique, voire irradiante dans certains cas, néanmoins sans signe de compression ou d'instabilité associée. »

- Un tableau récapitulatif des périodes et taux d'incapacité de travail attestées depuis le 29 avril 2020, dont il ressort en particulier que la patiente a présenté une capacité de travail complète du 1^{er} novembre 2021 au 20 janvier 2022, puis une incapacité de travail totale du 21 janvier au 18 mars 2022, sous réserve de deux courtes périodes d'incapacité de travail à 50 % du 7 au 12 février et du 21 février au 1^{er} mars 2022, et enfin une incapacité de travail de 70 % dès le 19 mars 2022.

P._____ a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-conseil pour avis. Le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a répondu le 3 mai 2022 que l'assurée souffrait de discopathies cervicales avec composante herniaire C6-C7, qui expliquaient la symptomatologie incapacitante. La physiothérapie était le seul traitement envisageable et il fallait s'attendre, compte tenu de l'âge de l'assurée, à l'épuisement des prestations.

Selon communication du 17 mai 2022, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'intervention précoce de suivi de reprise, sous la forme de modules externalisés. L'assurée avait en effet repris son activité habituelle au taux de 30 % le 19 mars 2022. Il a cependant été mis fin à cette mesure dès le 17 août 2022 en raison d'une nouvelle incapacité de travail de 100 % et d'une possible indication pour une intervention chirurgicale (cf. Proposition de DDP du 19 août 2022). L'assurée a ensuite été informée par communication du 22 août 2022 qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures et que les mesures de réadaptation d'ordre professionnelles n'étaient pas envisageables, mais que l'instruction de la demande de prestations se poursuivait, différentes informations devant encore être récoltées. L'entreprise chargée du suivi de reprise a déposé son rapport le 30 août 2022, dont il ressort que l'assurée, droitrière, mentionnait les limitations fonctionnelles suivante : ne pas tourner la main gauche, de pas bouger la main gauche trop longtemps, ne pas rester debout trop longtemps à cause de son dos, ne pas tourner la tête. Alors qu'elle espérait augmenter progressivement son taux, l'assurée avait travaillé à 30 %, soit deux heures par jour, jusqu'au 17 août 2022, date à laquelle les douleurs étaient devenues insupportables.

Lors de points de situation avec P._____ les 26 septembre et 25 octobre 2022, l'assurée a confirmé que l'arrêt de travail à 100 % se poursuivait dans l'attente d'une intervention chirurgicale au niveau des cervicales, laquelle était programmée le 3 février 2023 à défaut d'autre disponibilité du chirurgien avant cette date (cf. notices téléphoniques des 26 septembre et 25 octobre 2022).

L'OAI a rendu un projet de décision le 7 décembre 2022, prévoyant l'octroi à l'assurée d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2023. L'OAI constatait que l'intéressée présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 21 janvier 2022. A l'issue du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail était totale dans toute activité. Le degré d'invalidité était ainsi de 100 %, ce qui donnait droit à une rente entière dès le 1^{er} janvier 2023. Le droit à la rente devait cependant prendre fin le 30 avril 2023, l'âge légal de la retraite devant être atteint au cours de ce mois.

Le 1^{er} février 2023, l'OAI a transmis la motivation de sa décision, identique à celle de son projet, à la caisse de compensation de l'assurée en vue de procéder au calcul de la prestation en espèce, d'effectuer les éventuelles compensations et de notifier la décision. La caisse de compensation a cependant informé l'OAI le 15 février 2023 qu'elle ne pouvait pas procéder au calcul de la rente dès lors que l'assurée n'avait pas encore envoyé les documents nécessaires, malgré plusieurs rappels.

Dans un courrier du 19 mars 2023, transmis à l'OAI par courriel du même jour, l'assurée a fait part de son souhait de ne pas bénéficier d'une rente de l'assurance-invalidité. Elle a exposé que son état de santé s'était amélioré depuis l'intervention subie le 20 février 2023 et qu'elle pourrait reprendre le travail au mois d'avril 2023, juste avant d'atteindre l'âge de la retraite.

Répondant à l'assurée le 22 mars 2023 sous la forme d'une décision susceptible de recours, l'OAI a constaté que le droit à la rente entière de l'assurée ne pouvait pas faire l'objet d'une renonciation et l'a invitée à collaborer avec sa caisse afin que celle-ci puisse finaliser le calcul de ses prestations et notifier la décision relative au droit à la rente.

Par décision du 21 avril 2023, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité d'un montant de 1'408 fr. du 1^{er} janvier au 30 avril 2023. La décision comprenait un décompte prévoyant que, sur les

prestations dues rétroactivement pour la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2023, un paiement de 1090 fr. 35 serait opéré en faveur de M. _____ et de 3'133 fr. 65 en mains de P. _____, en tant que ces tiers avaient versé des avances durant cette période.

B. Entre-temps, le 19 avril 2023, U. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 22 mars 2023, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'aucune rente ne lui est octroyée, respectivement que sa renonciation à la rente est admise. Elle a fait valoir en substance qu'elle n'avait jamais souhaité obtenir de rente, ayant déposé la demande de prestations uniquement parce que P. _____ le lui avait demandé. La décision d'octroi de rente intervenait sans avis médical spécialisé, au moment où une intervention susceptible d'améliorer sa capacité de travail pouvait être tentée. Son état de santé s'était amélioré de telle manière qu'une reprise du travail devait être possible en avril 2023, avant d'atteindre l'âge de la retraite. Par ailleurs, l'octroi de la rente allait l'empêcher de toucher une partie de son épargne de prévoyance professionnelle qui lui aurait permis de rembourser ses dettes et impôts en retard, conséquences dont elle n'avait pas été avertie avant le dépôt de la demande de prestations.

Dans sa réponse du 1^{er} juin 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours en indiquant que la recourante ne pouvait pas renoncer à la rente d'invalidité à laquelle elle avait droit dès lors que des tiers, en l'occurrence l'employeur et l'assureur perte de gain en cas de maladie, avaient versé des avances sur d'éventuels paiement rétroactifs de l'assurance-invalidité et en avaient demandé la compensation.

E n d r o i t :

1. a) 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).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision objet du présent recours répondait à un écrit de la recourante du 19 mars 2023 par lequel elle indiquait ne pas souhaiter l'octroi d'une rente AI, dont elle estimait en outre ne plus remplir les conditions depuis une intervention chirurgicale subie le 20 février 2023. Ce courrier est survenu bien au-delà du délai de 30 jours imparti à la recourante pour faire part de son éventuelle opposition au projet de décision de l'OAI du 7 décembre 2022, mais avant que ce projet ne soit confirmé par une décision formelle.

Il faut constater préalablement que la démarche de la recourante pouvait être interprété à la fois comme l'annonce d'une amélioration de l'état de santé devant entraîner une révision du droit à la rente, qu'en tant que déclaration de retrait de la demande de prestations. Cependant, par la décision litigieuse, l'intimé a simultanément nié le droit

de la recourante de retirer sa demande de prestations, confirmé son projet de décision octroyant une rente entière d'invalidité et refusé de réviser le droit à cette rente en lien avec l'amélioration de l'état de santé alléguée par la recourante. Le droit à la rente entière d'invalidité limitée dans le temps a ensuite été confirmé par la décision du 21 avril 2023, laquelle en fixait le montant et réglait le versement des prestations rétroactives.

Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, la recourante a maintenu qu'elle ne remplissait pas, respectivement plus, les conditions d'octroi d'une rente et qu'elle n'avait jamais souhaité obtenir de rente. Il en découle que le présent litige porte sur le droit de la recourante de retirer sa demande de prestations, à défaut sur son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité et, cas échéant, sur son droit d'y renoncer.

3. a) D'après l'art. 23 al. 1 LPGA, l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues ; la renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir ; la renonciation et la révocation font l'objet d'une déclaration écrite. La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder les dispositions légales (art. 23 al. 2 LPGA). La jurisprudence a précisé qu'il ne peut être renoncé à des prestations qu'exceptionnellement, à condition que le bénéficiaire des prestations y ait un intérêt digne de protection et que la renonciation ne lèse pas les intérêts d'autres personnes impliquées (TF 9C_576/2010 du 26 avril 2011 consid. 4.3.2 et les références citées).

Dans l'arrêt TF 9C_1051/2012 du 21 mai 2013, le Tribunal fédéral a constaté que ni la LPGA, ni la LAI ne comprennent de disposition portant sur le point de savoir si la demande de prestations d'assurance sociale peut être retirée, et le cas échéant, à quelles conditions. A cet égard, la maxime de disposition ne pouvait pas s'appliquer de manière illimitée compte tenu de l'ensemble des prestations visées. Relevant que, lorsqu'un assuré ne s'annonce pas à l'assurance-invalidité pour solliciter des prestations, les tiers auxquels des intérêts dignes de protection ont

été reconnu – à savoir les autorités ou tiers qui assistent régulièrement l'assuré ou prennent soin de lui de manière permanente – ont le droit de présenter une telle demande pour lui en vertu de l'art. 66 al. 1 RAI et pourraient être lésés par un retrait opéré par l'assuré, le Tribunal fédéral en a déduit que le retrait de la demande de prestation devait être assortie des mêmes conditions que la renonciation régie par l'art. 23 LPGA, à savoir que les intérêts légitimes de l'assuré ou d'autres personnes concernées ne s'y opposent pas (cf. TF 9C_1051/2012 précité, consid. 3.2).

b) En l'occurrence, comme la recourante l'a indiqué elle-même, le dépôt de la demande de prestations auprès de l'intimé ne vient pas de sa propre initiative. Elle a été priée de le faire en mars 2022 par l'assurance perte de gain en cas de maladie de son employeur, au motif qu'elle présentait une maladie de longue durée susceptible d'ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. L'assurance perte de gain a précisé à cette occasion que les indemnités versées depuis janvier 2022 étaient une avance sur les prestations de l'assurance-invalidité. La démarche de P. _____ ne prête pas le flanc à la critique. La recourante avait déjà présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail dès février 2021, à des taux variables, en raison d'une même atteinte malade et une rechute était survenue dans le courant du mois de janvier 2022. Dans ce contexte, cette assurance aurait même pu, conformément à l'art. 66 al. 1 RAI, déposer elle-même la demande de prestations au nom de la recourante si celle-ci s'y était refusé. En outre, l'assurance perte de gain était en droit de demander à l'intimé le remboursement des prestations avancées en vertu de l'art. 85^{bis} RAI, ce qu'elle a d'ailleurs fait en même temps qu'elle a transmis la demande de prestations de l'assurance-invalidité signée par la recourante.

En sollicitant auprès de l'OAI le retrait de sa demande de prestations, le 19 mars 2022, la recourante a indiqué qu'elle était toujours en arrêt de travail complet et qu'elle ne pourrait pas reprendre d'activité lucrative avant le mois d'avril 2023. Il ressort du dossier que cette incapacité de travail totale durait sans interruption depuis août 2022 et avait entraîné l'échec d'une mesure d'intervention précoce mise en place

par l'intimé. Durant cette période, la recourante a continué à percevoir des prestations de l'assurance perte de gain, versements qui se sont prolongé jusqu'au mois de mars 2023 inclus, comme en témoigne le décompte figurant dans la décision finalement rendue le 21 avril 2023, non contesté par l'intéressée. L'intimé ayant fixé, dans son projet de décision du 7 décembre 2022, la date du début du droit à la rente au 1^{er} janvier 2023, il en découle qu'un retrait de la demande de prestations était susceptible de léser les droits de l'assurance perte de gain en cas de maladie.

Par ailleurs, compte tenu des droits reconnus à P._____ dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, c'est en vain que la recourante plaide qu'elle n'aurait pas déposé de demande de prestations si elle avait été suffisamment renseignée à propos des conséquences de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité sur l'utilisation de son avoir de prévoyance professionnelle. Au demeurant, les conditions pour que la recourante obtienne un avantage auquel elle n'aurait pas pu prétendre en vertu du principe de protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) ne sont pas remplies dans le cas d'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, cinq conditions doivent être réunies, en particulier que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées ; 131 V 472 consid. 5). Or, la recourante n'a pas sollicité d'information particulière auprès de l'intimé au moment du dépôt de la demande, pas plus qu'elle ne semble en avoir demandé à P._____. Il faut également relever que la prévoyance professionnelle englobe obligatoirement les risques de vieillesse et d'invalidité, conformément à la Loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP ; RS 831.40). Toutefois, les modalités d'octroi et de versement, de même que les montants de ces prestations, dépendent des contrats d'affiliations passés entre l'employeur et l'institution de prévoyance ainsi que des

règlements de ladite institution, de sorte que l'intimé n'a aucune compétence pour renseigner sur ces questions. En conséquence, la recourante ne peut se prévaloir d'une violation du principe de la bonne foi pour obtenir le retrait de sa demande de prestations.

Dans ces circonstances, l'intimé était fondé à refuser de tenir compte d'une déclaration de retrait de la demande de prestation. Il reste encore à examiner si les conditions d'octroi d'une rente du 1^{er} janvier au 30 avril 2023 étaient remplies.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux

d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3) et un taux d'invalidité compris entre 40 % et 49 % donnant droit à une quotité de rente entre 25 % et 47,5 % (al. 4).

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). L'assuré cesse d'avoir droit à la rente d'invalidité dès qu'il peut prétendre la rente de vieillesse de l'AVS ou s'il décède (art. 30 LAI).

c) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let.b). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI précise que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour

impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

5. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. a) La recourante s'est étonnée du fait que l'intimé a statué sur le droit à la rente sans l'avoir entendue personnellement ni sollicité l'avis d'un médecin spécialiste. Ce grief relève du droit d'être entendu (cf. TF 9C_673/2014 du 2 avril 2015 consid. 3.1).

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'occurrence, le dossier de l'assurance perte de gain maladie a été produit par P. _____ en même temps que la demande de prestations. Cette demande a été déposée peu de temps avant qu'une reprise du travail ne soit tentée, de sorte que l'intimé a d'abord octroyé une mesure d'accompagnement du retour au travail en mai 2022. Cette reprise s'est soldée par un échec après quelques semaines et l'intimé a poursuivi l'instruction de la demande de prestations, ce dont l'intéressée a été informée par communication du 22 août 2022. L'intimé s'est alors fait remettre les nouvelles pièces du dossier de l'assurance perte de gain, laquelle avait de son côté obtenu un second rapport de la médecin traitante de la recourante incluant un rapport d'IRM, ainsi qu'un avis de son médecin-conseil, et avait des contacts téléphoniques réguliers avec l'intéressée, dont elle conservait des comptes-rendus. L'intimé a également reçu un rapport de l'entreprise chargée de la mesure d'accompagnement, dans lequel étaient résumées les explications données par la recourante à propos de ses douleurs et des limitations

fonctionnelles qui en découlaient selon elle. Une fois ces données collectées, l'intimé a rendu un projet de décision le 7 décembre 2022, dans lequel il a résumé ses constatations et imparti un délai à la recourante pour faire valoir d'éventuelles objections. Celle-ci n'a pas réagi à l'encontre de ce projet. Ce n'est que lorsqu'elle a été priée par la Caisse de compensation de fournir les renseignements nécessaires au calcul du montant de sa rente qu'elle a fait valoir son désaccord avec l'octroi d'une rente et sollicité le retrait de sa demande de prestations. Elle n'a cependant pas non plus requis, à cette occasion, de complément d'instruction.

Il découle de ces éléments que la recourante a eu tout loisir, avant qu'une décision formelle ne soit rendue sur son droit à la rente, de solliciter son audition par l'intimé ou la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires, mais qu'elle ne l'a pas fait. Cela étant, savoir si les pièces au dossier suffisent pour statuer sur le droit aux prestations ou si d'autres mesures d'instruction étaient nécessaires est une question qui n'a pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves. Cette problématique doit donc être traitée avec l'examen du droit aux prestations (cf. TF 9C_674/2014 du 2 avril 2015 consid. 3.2, et les références citées) et le grief de violation du droit d'être entendu soulevé par la recourante doit être écarté.

b) Sur le fond, l'intimé a constaté que la recourante présentait une incapacité de travail ininterrompue depuis le 21 janvier 2022, date qui faisait partir le délai d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI, et qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail était totale dans toute activité.

Selon la demande de compensation présentée par P._____ et le récapitulatif des incapacités de travail établi par la Dre S._____, il y avait déjà eu plusieurs périodes d'incapacité de travail durant l'année 2021. Les durées et taux ne permettent toutefois pas de retenir que la recourante aurait subi une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année à compter d'une date antérieure au 21

janvier 2022. Puis, à partir de cette date, la recourante a présenté une incapacité de travail continue, au taux de 100 % sous réserve de la tentative de reprise du travail à 30 % du 13 mars au 17 août 2022. Ainsi, compte tenu en outre du délai de l'art. 29 al. 1 LAI, la date à laquelle le droit à la rente pouvait prendre naissance au plus tôt était bien le 1^{er} janvier 2023.

Pour déterminer si, au 1^{er} janvier 2023, la recourante présentait une situation d'invalidité, l'intimé a disposé en particulier des pièces médicales recueillies par P._____. La Dre S._____, médecin généraliste traitante de la recourante, a exposé dans son rapport du 19 avril 2022 que les douleurs étaient apparues progressivement ces dernières années parce que l'activité de caissière exercée par sa patiente comportait régulièrement le port de charges dans les rayons. Désormais, les douleurs revenaient après deux heures dans l'activité habituelle de caissière et ne s'amélioraient plus avec le repos. Une IRM effectuée en février 2021 a montré des discopathies protrusives touchant les espaces C4-C5, C5-C6 et C6-C7, avec à ce dernier étage des signes inflammatoires pouvant être responsables d'une symptomatologie algique, voire irradiante. Le médecin-conseil de P._____ a estimé le 3 mai 2022 que la discopathie cervicale en C6-C7 expliquait la symptomatologie présentée par la recourante et qu'aucune amélioration ne pouvait être attendue compte tenu de son âge. En août 2022, après une tentative de reprise du travail sur plusieurs semaines sans parvenir à augmenter le taux de 30 %, la Dre S._____ a attesté à nouveau d'une incapacité de travail complète. A ce propos, la recourante a indiqué, durant la mesure d'intervention précoce de l'AI, que ses douleurs étaient devenues trop importantes pour continuer à travailler et qu'un avis chirurgical avait été demandé. La recourante a confirmé dans le courant de l'automne 2022 lors de ses contacts téléphoniques avec P._____ qu'une opération était prévue pour février 2023 et qu'elle ne pourrait pas reprendre le travail entre-temps. Durant cette période, la Dre S._____ a continué à attester d'une incapacité de travail complète et P._____ a versé des indemnités. Ainsi, il est constant qu'au 1^{er} janvier 2023, la recourante présentait une incapacité de travail complète dans son activité habituelle, laquelle n'était

pas adaptée à son état de santé. Devant des avis médicaux concordants et étayés, l'intimé pouvait légitimement s'y référer et l'on ne saurait lui reprocher un défaut d'instruction sur ce point.

Quant à la question de savoir si une capacité de travail existait à cette date dans une activité adaptée, cette question pouvait rester sans réponse. En effet, le revenu que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré malgré son atteinte à la santé doit être déterminé par rapport à un marché du travail équilibré, sans que la concrétisation des opportunités de travail et des perspectives de gain ne soit soumise à des exigences excessives. Bien qu'il s'agisse en soi d'un facteur étranger à l'invalidité, l'âge avancé est reconnu par la jurisprudence comme un critère qui, associé à d'autres circonstances personnelles et professionnelles, peut avoir pour conséquence que la capacité de gain résiduelle d'une personne assurée n'est plus requise de manière réaliste sur un marché du travail équilibré et que sa mise en valeur ne peut plus être exigée d'elle, même en vertu de l'obligation de l'auto-réadaptation. En l'absence d'une capacité de gain résiduelle économiquement exploitable, on est en présence d'une incapacité de gain totale qui donne droit à une rente d'invalidité entière. L'influence de l'âge sur la possibilité d'exploiter les capacités restantes sur un marché du travail équilibré ne peut pas être mesurée selon une règle générale, mais dépend des circonstances du cas d'espèce. Peuvent être déterminants le type et la nature de l'atteinte à la santé et de ses conséquences, l'effort prévisible de reconversion et d'adaptation et, dans ce contexte, la structure de la personnalité, les talents et aptitudes existants, la formation, le parcours professionnel ou l'applicabilité de l'expérience professionnelle acquise dans le domaine habituel (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées). Pour déterminer si la capacité de travail (résiduelle) est exploitable, la jurisprudence tient compte de l'âge de l'assuré au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative (partielle) était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_839/2017 du 24 avril 2017 consid. 6.2) et reconnaît en général qu'à partir de 60 ans, il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la

capacité résiduelle de travail sur le marché concret (cf. TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 et 4.4).

En l'occurrence, lorsque la recourante a déposé sa demande de prestations, il restait un an et un mois avant qu'elle n'atteigne l'âge légal de la retraite, circonstance qui met fin au droit à une rente d'invalidité au profit d'une rente de l'assurance-vieillesse. Au moment déterminant pour la naissance du droit à une rente d'invalidité, en janvier 2023, il ne restait plus que quelques semaines jusqu'à cette échéance. Selon les indications figurant dans la demande de prestations, la recourante a suivi l'école primaire dans son pays d'origine et ne dispose d'aucune formation professionnelle, ayant appris le métier de caissière en cours d'emploi. Il ressort de l'extrait de son compte individuel AVS qu'elle a travaillé pour le même employeur dès avril 2000, soit pendant plus de vingt ans, et qu'elle a exercé précédemment deux emplois dans la restauration, entre janvier 1998 et avril 2000. Un tel parcours montre qu'une réintégration dans un emploi adapté serait irréaliste, ce dès le dépôt de la demande de prestations. Tel était également le constat fait par la Dre S. _____ dans son rapport du 19 avril 2022, où elle a relevé qu'une capacité de travail existait en théorie dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, mais n'était pas envisageable compte tenu de l'âge de l'intéressée. Le Dr W. _____ partageait cette opinion puisqu'il a indiqué qu'il faudrait tabler sur un épuisement des prestations dans son avis du 3 mai 2022 à l'attention de P. _____.

Ainsi, en l'absence, d'emblée, d'exigibilité d'une activité adaptée, il pouvait être renoncé à instruire plus avant sur l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une telle activité. C'est donc à juste titre que l'intimé a admis le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2023, en raison d'un degré d'invalidité de 100 %. Enfin, compte tenu de la date à laquelle il a rendu son projet de décision puis sa décision, l'intimé devait préciser que le droit à la rente de l'assurance-invalidité prendrait fin automatiquement au 30 avril 2023 dès lors que la recourante atteindrait l'âge légal de la retraite durant ce mois et pourrait

revendiquer une rente de l'assurance-vieillesse et survivant dès le 1^{er} mai 2023.

c) La recourante a encore fait valoir que son état de santé s'était amélioré à la suite de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie en février 2023 et qu'elle pourrait reprendre le travail en avril 2023.

L'intimé n'a pas instruit sur ce point en expliquant que, conformément à l'art. 88^{bis} RAI, l'impact d'une éventuelle amélioration sur le droit à la rente ne prendrait effet que trois mois plus tard, soit à une date postérieure à l'extinction du droit à la rente d'invalidité au profit de la rente de l'assurance-vieillesse. Ce raisonnement ne peut qu'être validé.

7. Le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 avril 2023 étant confirmé, il faut encore constater que, pour les motifs déjà développés ci-dessus (cf. supra, consid. 3b), l'intéressée n'est pas en droit d'y renoncer.

On peut au surplus relever que la recourante a fait valoir que l'octroi de cette rente avait des conséquences délétères sur sa situation économique une fois qu'elle serait retraitée. Outre le fait que la recourante n'a aucunement étayé ses propos, le raisonnement tenu paraît contradictoire. En effet, elle a expliqué son souhait de renoncer à la rente pour pouvoir liquider certaines dettes en touchant une part de son capital de prévoyance, parce que sa rente AVS serait trop faible pour assainir ses finances en raison de lacunes de cotisation. Or, mathématiquement, la perception d'une partie de son avoir de prévoyance professionnelle doit entraîner une diminution de sa rente du 2^e pilier. Le projet qu'elle évoque l'exposerait donc à ne pas disposer de revenus suffisants pour subvenir à ses besoins durant sa retraite. Ces éléments ne permettent ainsi pas d'admettre que la recourante disposait d'un intérêt digne de protection à renoncer à sa rente, ce qui doit également amener à confirmer le refus de l'intimé.

8. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- U. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :