

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 juin 2024

---

Composition : Mme PASCHE, juge unique  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 56 al. 1 LPGA ; art. 46 al. 1 PA ; art. 82 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_, née le [...] 196[...], assistante sociale, a déposé le 11 février 2019 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte : « dépression ». Elle avait présenté une incapacité de travail totale à compter du 28 juin 2018, qui était en cours. Auparavant, elle travaillait au taux de 60 %.

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 29 mars 2019, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 %.

Dans son rapport du 13 mai 2020 à l'OAI, la Dre M.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant probablement depuis l'adolescence, ainsi que depuis le printemps 2018 pour l'épisode actuel, ainsi que de trouble émotionnellement labile, type borderline (F60.31) depuis la fin de l'adolescence. La capacité de travail était nulle actuellement et à moyen terme. Il était difficile d'avoir des certitudes à plus long terme, mais les comorbidités psychiatriques, avec des troubles sévères et durables, et l'épuisement des ressources psychiques laissaient présager d'une incapacité de travail prolongée.

Le 24 novembre 20, la Dre M.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail de sa patiente demeurait nulle.

A la requête du Service médical régional de l'AI (SMR), la Dre M.\_\_\_\_\_ lui a fait savoir le 19 juillet 2021 que la capacité de travail de sa patiente était toujours nulle.

Le 5 août 2021, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au

R.\_\_\_\_\_, qui a examiné l'assurée le 29 mars 2022 et a adressé son rapport à l'OAI le 20 mai 2022. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Il a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'assistante sociale, mais entière avec une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*« Travail solitaire, répétitif, sans gestion d'informations simultanées, sans traitement d'informations multiples. Ces éléments doivent pouvoir permettre de favoriser la gestion du stress. »*).

Sur question du SMR, le Dr E.\_\_\_\_\_ a précisé le 4 août 2022 que la capacité de travail dans une activité adaptée était bien nulle de juin 2018 à octobre 2019, en raison d'un épisode dépressif sévère, puis de 70 % dès lors.

Par avis du 12 août 2022, le Dr V.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué ne pas avoir de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique et de son complément.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 26 janvier 2023 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a alors estimé qu'il convenait de retenir un statut d'active à 60 %, et de ménagère à 40 %, en observant que l'intéressée avait, depuis le début de sa vie active, toujours travaillé à des taux variables et qu'au moment de la survenance de l'atteinte à la santé, elle travaillait à 60 % et n'avait pas prévu d'augmenter ce taux. Selon l'enquêtrice, l'assurée ne présentait aucune invalidité pour la partie ménagère.

Par projet de décision du 13 avril 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à un trois-quarts de rente d'août à décembre 2019. Ce projet retenait un statut de 60 % active et une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée dès octobre 2019.

L'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a contesté ce projet le 31 mai 2023, en faisant valoir que son taux d'activité sans atteinte à la santé n'était pas de 60 %, mais de 80 %, et que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ se fondait sur une anamnèse incomplète et inexacte et sur un examen clinique insuffisant. Elle a ajouté que, contrairement à ce que l'enquêtrice avait retenu, elle n'était pas en mesure de tenir son ménage et avait dû demander le soutien d'une aide-ménagère deux heures par semaine. Elle a joint un rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023 qui contestait les conclusions du rapport d'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_.

Par avis du 1<sup>er</sup> septembre 2023, le Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'évaluation de la Dre M. \_\_\_\_\_ consistait en une évaluation différente d'une même situation médicale, et qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions médicales de l'avis SMR du 12 août 2022.

A la suite de la contestation de l'assurée, sa situation a été réexaminée le 24 novembre 2023 par le Service juridique de l'OAI, qui a estimé qu'un statut de 80 % active devait être retenu en lieu et place d'un statut de 60 % active, et que la mise en valeur de la capacité de travail médico-théorique de 70 % dans une activité adaptée retenue n'était pas exigible en application de la jurisprudence relative aux assurés proches de la retraite.

L'OAI a établi un nouveau projet de décision le 6 février 2024, reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2020, sans limitation dans le temps, et retenant un taux d'invalidité de 80 %, compte tenu d'un statut d'active à 80% et de ménagère à 20 %, et d'une capacité de travail nulle sur la part active.

Le 13 février 2024, Me Duc a accusé réception du projet de décision du 6 février 2024 en indiquant qu'il n'appelait pas de remarque de sa part, et en remerciant l'OAI de transmettre le dossier à la Caisse de compensation afin que la décision formelle soit rendue dans les meilleurs délais.

Le 14 février 2024, Me Duc a à nouveau écrit à l'OAI, en le priant de prendre en charge la facture de la Dre M.\_\_\_\_\_, « *qui a[vait] permis de remettre en cause les conclusions erronées de l'expertise du R.\_\_\_\_\_* », relevant que le rapport en question avait joué à l'évidence un rôle déterminant dans l'appréciation juridique de la situation, de sorte que les frais relatifs à ce rapport devaient être pris en charge par l'OAI. Il a joint une « *note d'honoraires* » établie le 13 février 2024, selon laquelle les frais du « *rapport médical dans le cadre d'un recours contre la décision de l'OAI* » s'élevaient à 1'000 francs.

Par courrier du 27 février 2024 au conseil de l'assurée, l'OAI a relevé que le droit à la rente avait été admis en raison de la reconnaissance d'un statut de 80 % active et de l'inexigibilité de la mise en valeur de la capacité de travail de 70 % retenue selon l'expertise du R.\_\_\_\_\_ en raison de son âge. Par conséquent, ce n'était pas à la suite de la réception du rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023 qu'il avait modifié sa position, si bien qu'il n'en prendrait pas en charge les frais d'établissement.

Le 14 mars 2024, l'assurée, par son conseil, a maintenu sa position. Elle a relevé que son âge était connu depuis le début, et que si la décision de l'OAI était fondée sur les motifs mentionnés, il n'aurait pas mis en œuvre une expertise. En outre, si le rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ n'avait pas été déterminant en l'espèce, le premier projet aurait dû avoir la même teneur que le projet de décision du 6 février 2024. Elle a demandé qu'une décision formelle soit rendue.

Par décision du 2 avril 2024, portant sur la période dès le 1<sup>er</sup> mai 2024, le droit à une rente entière a été reconnu à l'assurée.

Par décision incidente du 11 avril 2024, l'OAI a refusé de prendre en charge les frais relatifs à l'établissement du rapport de la Dre M.\_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023. Il a retenu en substance que le SMR n'avait pas jugé que le rapport était susceptible de modifier les

conclusions sur le plan médical, en particulier la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée. C'était la modification du point de vue purement juridique, et non médical, apportée à la suite de l'examen du dossier de l'assurée par le Service juridique à la suite de sa contestation qui l'avait amené à un changement de position. Faute pour le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023 de constituer un élément indispensable à l'examen du droit à la rente de l'assurée, les conditions de l'art. 45 LPGA n'étaient pas remplies, ce qui conduisait à refuser la prise en charge des frais relatifs à l'établissement du rapport médical en cause.

**B.** Par acte du 22 avril 2024, H. \_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens que l'OAI est condamné à lui verser un montant de 1'000 fr. pour les frais relatifs à l'établissement du rapport du 31 juillet 2023 de la Dre M. \_\_\_\_\_, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, la recourante fait valoir que le rapport en question a mis à mal la position du Dr E. \_\_\_\_\_ en conférant une « épaisseur déterminante aux objections » qu'elle avait émises et avait contraint l'intimé à « se pencher plus en avant, avec un certain esprit critique, sur l'expertise » contestée. Elle en déduit que le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ s'était avéré décisif.

L'OAI a, à la requête de la juge instructrice, produit son dossier le 23 mai 2024.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et

58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA).

La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1).

Un préjudice ne peut être qualifié d'irréparable que s'il cause un inconvénient de nature juridique ; tel est le cas lorsqu'une décision finale même favorable à la partie recourante ne le ferait pas disparaître entièrement, en particulier lorsque la décision incidente contestée ne peut plus être attaquée avec la décision finale, rendant ainsi impossible le contrôle par le Tribunal fédéral (ATF 143 III 416 consid. 1.3 ; 139 V 42 consid. 3.1 et les références). De ce point de vue, un dommage économique ou de pur fait n'est pas considéré comme un dommage irréparable (cf. ATF 140 V 282 consid. 4.2.2 ; 141 III 80 consid. 1.2 et les références). L'existence d'un tel préjudice s'apprécie en fonction des effets de la décision incidente sur la cause principale, respectivement de la procédure principale (ATF 141 III 80 consid. 1.2).

**b)** En l'occurrence, la recourante a requis la prise en charge de la facture litigieuse après avoir reçu le nouveau projet de décision du 6 février 2024. Dans la mesure où la recourante s'est déclarée d'accord avec le projet de décision précitée (cf. son courrier du 13 février 2024), laquelle fait droit à sa demande du 11 février 2019, il n'est pas certain qu'elle conserve la possibilité de contester le refus de prise en charge

litigieux avec la décision finale sur le fond. On retiendra donc que la décision incidente attaquée est susceptible de lui causer un préjudice irréparable.

Pour le reste, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]).

**2.** En l'espèce, le litige porte uniquement sur la question de savoir si les frais d'établissement du rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023 doivent être pris en charge par l'intimé.

**3.** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63).

En principe, il n'est pas nécessaire que les mesures indispensables à l'appréciation du cas apportent des éléments nouveaux, infirment ou confirment les informations déjà obtenues, mais uniquement qu'elles soient utilisables pour l'assureur social pour statuer sur le cas (Anne-Sylvie Dupont, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 14 ad art. 45 LPGA).

Dans son arrêt 9C\_395/2023 du 11 décembre 2023 (consid. 6.3), le Tribunal fédéral a rappelé que l'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question

de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par l'instance précédente. Il peut suffire qu'il donne lieu à des investigations supplémentaires qui n'auraient pas été ordonnées en son absence (TF 9C\_255/2022 du 3 mai 2023 consid. 3 et les arrêts cités ; 8C\_301/2016 du 7 juillet 2016 consid. 3.2).

**4. a)** En l'occurrence, il faut admettre, avec l'OAI, que le SMR a bien retenu que l'évaluation de la Dre M. \_\_\_\_\_ du 31 juillet 2023 ne constituait qu'une évaluation différente d'une même situation médicale, laquelle n'était pas de nature à modifier les conclusions médicales de l'avis SMR du 12 août 2022 (cf. avis du Dr V. \_\_\_\_\_ du SMR du 1<sup>er</sup> septembre 2023). Ce n'est donc pas le rapport du 31 juillet 2023 qui a conduit à la modification du projet de décision adressé initialement à la recourante. Ce rapport n'a pas non plus donné lieu à des investigations supplémentaires qui n'auraient pas été ordonnées en son absence.

**b)** A la suite des objections de la recourante au projet de décision du 13 avril 2023, le service juridique de l'OAI a repris l'examen de l'entier de la situation. C'est dans ce contexte qu'il a estimé qu'il convenait de faire application de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et 3.3 ; TF 9C\_195/2019 du 11 juin 2019 ; 9C\_774/2017 consid. 5.3), d'une part, et de tenir compte d'une capacité de travail nulle sur la part active, finalement arrêtée à 80 %, pour ce motif. Dans ce contexte, le rapport de la Dre M. \_\_\_\_\_ n'est et n'a pas été déterminant.

Il n'est au demeurant pas rare que les objections à un projet de décision conduisent à la modification de celui-ci.

**c)** L'OAI était donc légitimé à rendre la décision en cause.

**5. a)** Aux termes de l'art. 82 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après

celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1). Dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD).

**b)** En l'occurrence, c'est pour des motifs étrangers à l'appréciation des preuves médicales que l'OAI a nié le droit de la recourante à la prise en charge des honoraires de la Dre M. \_\_\_\_\_. La situation juridique est claire sur le vu du dossier AI et n'appelle aucune précision de quelque nature que ce soit (consid. 4b ci-dessus). La recourante ne requiert en outre aucune autre mesure d'instruction que la production du dossier AI (recours du 22 avril 2024, p. 6, ch. III), lequel a été produit le 23 mai 2024 par l'intimé.

Le recours étant manifestement mal fondé, il convient dès lors d'appliquer la procédure prévue par l'art. 82 LPA-VD, de renoncer à l'échange d'écritures et de rendre un arrêt rejetant le recours.

**6.** En conclusion, le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision incidente de l'intimé du 11 avril 2024 confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision incidente rendue le 11 avril 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :