

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juin 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mme Brélaz Braillard et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI ; 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. **a)** M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et au bénéfice d'un CFC d'assistante dentaire, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 février 2019, annonçant qu'elle était en incapacité de travail depuis octobre 2017 en raison d'une névrite vestibulaire, d'un *persistent postural perceptual dizziness* (PPPD) et de vertiges chroniques visuels et physiques. Elle a également indiqué être suivie pour une dépression et de l'anxiété.

A l'initiative du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), une expertise a été réalisée auprès d'A._____, par les Drs D._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par la Dre H._____ en tant que médecin superviseur. Dans leur rapport du 23 février 2021, les experts ont posé les diagnostics de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (*persistent postural perceptual dizziness* ; R42) et de trouble anxieux et dépressif mixte léger (F41.2). Les limitations fonctionnelles sur le plan otoneurologique préconisaient l'exercice d'une activité légère privilégiant la position assise, ainsi que l'absence de stimulation visuelle excessive. L'activité d'assistante dentaire, qui nécessite des positions statiques et pas toujours confortables visuellement pendant les soins aux patients, n'était plus adaptée à l'état de santé de l'assurée. Les experts ne retenaient pas de limitation fonctionnelle en lien avec la pathologie psychiatrique, qui n'était pas jugée incapacitante, ni avec la symptomatologie douloureuse et l'asthénie, compte tenu des ressources de l'assurée. Sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée depuis 2017. La poursuite de la physiothérapie vestibulaire était conseillée, les symptômes pouvant encore être améliorés.

Par décision du 21 juillet 2022, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité de l'assurée. Il a reconnu

qu'elle présentait une incapacité de travail durable dans son activité professionnelle depuis octobre 2017, mais qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis cette même date. Il a procédé au calcul du degré d'invalidité sur la base des données salariales statistiques et retenu que celui-ci était de 0 %.

Par arrêt du 23 mars 2023 (AI 222/22 - 84/2023), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours interjeté contre cette décision.

b) Par courrier du 28 juillet 2023, réceptionné par l'OAI le 31 juillet 2023, l'assurée a sollicité un nouvel examen de sa situation et transmis à l'OAI des rapports établis entre le 28 novembre 2022 et le 22 mars 2023 à l'E. _____, ainsi qu'une attestation du 28 décembre 2022 de sa psychiatre traitante, la Dre J. _____.

L'assurée a formellement adressé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 30 août 2023. Elle a joint un nouveau rapport de l'E. _____, daté du 14 juillet 2023, qui posait les diagnostics de syndrome de neige visuelle, de syndrome vestibulaire multifactoriel, de migraines épisodiques sans aura, de trouble dépressif et de kyste pinéal asymptomatique.

Par projet de décision du 19 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations au motif que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement de sa situation.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courriers des 16 octobre et 21 décembre 2023. Elle a produit un rapport de la Dre J. _____ du 18 décembre 2023, qui faisait état d'une aggravation de sa santé psychiatrique et posait les diagnostics d'épisode dépressif actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'état de stress post traumatique (F43.1) et de trouble panique (F41.0), atteintes qui la rendaient inapte au travail.

Dans un avis médical du 30 janvier 2024, le SMR a considéré que la description actuelle de la situation était compatible avec une modification de l'état de santé psychique, en comparaison avec les faits rapportés lors de l'expertise de février 2021. Il a estimé qu'une expertise bi-disciplinaire, psychiatrique et neurologique, devait être mise en œuvre afin de valider ou non l'aggravation, de la dater et d'estimer la répercussion des atteintes de l'assurée sur sa capacité de travail.

Cette expertise a été réalisée au B._____ (ci-après : B._____) par les Drs Q._____, spécialiste en neurologie, et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 5 juin 2024, ils ont posé les diagnostics suivants :

- « Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant (Z61.7).
- Privation de relation affective durant l'enfance (Z61.0).
- Agression sexuelle par la force (Y05).
- Perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0).
- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Somatisations (F45.0).
- Troubles vestibulaires fonctionnels (PPPB).
- Troubles visuels probablement fonctionnels (syndrome de neige).
- Céphalées mixtes (migraineuses et tensionnelle[s]) avec aura visuelle.
- Kyste pinéal asymptomatique.
- Suspicion non confirmée jusqu'ici de maladie de Lyme (absence de relation avec les plaintes). »

Les experts ont conclu à une capacité de travail médico-théorique nulle dans l'activité d'assistante dentaire depuis l'obtention du CFC et à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité sédentaire, généralement en position assise, sans exposition à des stimulations visuelles et vestibulaires particulièrement importantes.

Dans un avis du 18 juin 2024, le SMR a constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation des atteintes déjà prises en compte lors de la première demande, ni de nouvelles atteintes à la santé durablement incapacitantes.

Par décision du 19 juin 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 31 juillet 2023 (recte : 28 juillet 2023) avec la motivation suivante (sic) :

« En date du 21 juillet 2022, votre demande de prestations a été rejetée.

Le 31 juillet 2023, nous avons reçu une nouvelle demande. Dans le cadre de cette demande, vous devez rendre plausible par des documents adéquats que votre situation se soit notablement modifiée. L'examen du dossier n'a montré aucun changement.

Nous ne pouvons donc pas entrer en matière sur votre nouvelle demande. »

Dans un courrier à l'assurée du même jour, faisant partie intégrante de cette décision, l'OAI a indiqué que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, que son projet reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

Par courrier du 26 juin 2024, l'assurée a reproché à l'OAI d'avoir violé son droit d'être entendue en ne lui transmettant pas l'expertise du B._____ et en ne lui donnant pas la possibilité de se déterminer à ce propos.

B. Par acte de son mandataire du 26 août 2024, M._____ a recouru contre la décision du 19 juin 2024 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que l'OAI doit entrer en matière sur sa demande de prestations et la mettre au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} août 2024 au plus tard, subsidiairement à l'annulation de la décision rendue et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir que les changements dans sa situation avaient été clairement établis, en particulier sur le plan psychiatrique, en se prévalant du rapport de la Dre J._____ du 18 décembre 2023. Elle était d'avis que l'expertise du B._____ et l'avis du SMR du 18 juin 2024 étaient loin d'être clairs s'agissant de l'absence - prétendue - d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique. Elle a fait remarquer que l'OAI était implicitement entré en

matière sur la nouvelle demande de prestations puisqu'il avait mandaté le B._____ en vue d'une expertise et avait ainsi diligenté des mesures d'instruction. Elle a estimé que l'OAI aurait *a minima* dû lui adresser un nouveau projet de décision, qui prenne position sur sa capacité de travail exigible et son taux d'invalidité, ainsi que lui faire parvenir une copie du rapport d'expertise, respectivement lui signaler que ce rapport avait été établi, ou encore l'inviter à émettre d'éventuelles observations sur ce rapport, ce qui lui aurait permis d'instruire plus avant, sur le plan médical, les considérations émises dans le cadre de cette expertise. Elle s'est prévaluée d'une violation de son droit d'être entendue.

Dans sa réponse du 14 octobre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a admis qu'il était entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée puisqu'il avait mis en œuvre une expertise. Il a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux dans le sens d'une péjoration objective durable de l'état de santé de cette dernière, que les experts avaient pris connaissance et position sur le rapport établi en décembre 2023 par le psychiatre traitant de l'assurée, que la décision de refus d'entrer en matière devait être considérée comme une décision de refus de rente d'invalidité et que la violation du droit d'être entendu invoquée avait été corrigée dans le cadre de la procédure de recours.

Par réplique du 3 décembre 2024, la recourante a contesté que l'OAI puisse modifier la nature de sa décision en cours de procédure judiciaire et a estimé qu'un tel procédé était de nature à la priver de tout moyen de faire valoir ses droits en procédure administrative, et par conséquent la priver de la double instance. Elle a reproché à l'OAI de n'avoir pris position que sur l'aggravation de son état de santé et non sur son incapacité de travail. Elle a produit un rapport établi le 28 octobre 2024 par la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, oncologie médicale, psychiatrie et psychothérapie, et le Dr R._____, qui ont posé les diagnostics de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), de trouble de l'activité et de l'attention (F90.0), ainsi que de somatisation (F45.0). Ces médecins ont retenu l'existence d'une capacité de travail limitée à 50 % dans l'activité habituelle d'assistante dentaire et

de 60 % dans une activité adaptée, comprenant des interactions sociales limitées. L'assurée a également transmis une attestation médicale rédigée le 19 novembre 2024 en anglais par la Dre L._____, selon laquelle elle présentait un syndrome de maladie infectieuse multiple (« *Multiple Infectious Disease Syndrome* ») qui l'empêchait actuellement de travailler. Elle s'est finalement prévaluée des rapports médicaux figurant déjà au dossier, qui attestaient d'une incapacité de travail invalidante.

Dans sa duplique du 21 janvier 2025, l'OAI a rappelé qu'il convenait de déterminer si l'état de santé de la recourante avait subi un changement significatif depuis la décision du 21 juillet 2022 et a considéré que tel n'était pas le cas au vu de l'avis du SMR du 20 janvier 2025 qu'il a produit en annexe.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations

déposée par la recourante, respectivement si la décision de non-entrée en matière qu'il a rendue peut être considérée comme une décision de refus de prestations et, dans l'affirmative, si ce refus de prestations est fondé.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse fait suite à la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée en juillet 2023, si bien que les dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 sont applicables.

4. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

d) Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière

qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que 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).

5. En l'occurrence, l'intimé a rendu un projet de refus d'entrer en matière le 19 septembre 2023, puis une décision de même teneur le 19 juin 2024. Or, l'OAI est manifestement entré en matière puisqu'il a procédé à des mesures d'instruction dans le cadre de la procédure d'audition. Suivant l'avis du SMR du 30 janvier 2024, l'OAI a en effet mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du B._____. Ce faisant, il est implicitement entré en matière. Malgré cela, à la fin de la procédure d'audition, il a rendu une décision similaire à son projet du 19 septembre 2023, dans laquelle il indiquait (à tort) qu'il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Dans sa réponse au recours, l'intimé admet qu'il est entré en matière et qu'une décision de refus de prestations aurait dû être rendue. Il faut ainsi constater que le dispositif de la décision rendue est erroné. C'est également le cas de sa motivation, dans laquelle l'OAI reproche - à tort - à la recourante de ne pas avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé.

6. Dans ses écritures, l'OAI estime que cette décision doit être considérée comme une décision de refus de prestation.

a) Il est cependant douteux que la décision de non-entrée en matière rendue puisse simplement être considérée comme une décision de refus de prestation. 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). Il résulte de ce qui précède qu'il n'appartient en principe pas au Tribunal de modifier lui-même l'objet de la contestation qui lui est soumise.

b) Considérer la décision de non-entrée en matière rendue comme une décision de refus de prestations impliquerait en outre une violation du droit d'être entendu de la recourante à plusieurs égards.

La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; art. 42 LPG), en particulier, le droit de chaque personne de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 et les références).

aa) Considérer que la décision rendue constitue en réalité un refus de prestations aurait pour conséquence que l'énoncé et la motivation de la décision devraient être modifiés au stade de la procédure judiciaire, ce qui aurait pour conséquence que la recourante n'aurait pas obtenu, dans le cadre de la procédure administrative, une décision dûment motivée de refus de prestations, ce qui est constitutif d'une violation du droit d'être entendu.

En effet, aux termes de l'art. 49 al. 3 LPG, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit

mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Comme le relève la recourante, une modification de la décision rendue constituerait en l'occurrence une violation de la double instance.

bb) Modifier la décision rendue en une décision de refus de prestations au fond contreviendrait en outre à la procédure de préavis prévue par la loi.

L'art. 57a al. 1, première phrase, LAI prévoit que l'OAI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. Le préavis - soit la communication intégrale du projet de décision motivé, avec possibilité pour l'assuré de se déterminer - offre ainsi à l'intéressé le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA auquel renvoie l'art. 57a al. 1, deuxième phrase, LAI. A cette fin, les parties peuvent faire part à l'OAI

de leurs observations sur le préavis dans un délai de 30 jours (art. 57a al. 3 LAI).

Le sens et le but de la procédure de préavis est de permettre une discussion aisée des éléments de fait ("*eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts*") et d'améliorer ainsi l'acceptation de la décision par les assurés (ATF 134 V 97 consid. 2.7 et les références citées ; TF 8C_25/2020 du 22 avril 2020 consid. 3.1.1). L'omission de la procédure de préavis constitue une violation grave du droit d'être entendu et sa réparation, en procédure de recours, ne peut être admise qu'avec beaucoup de retenue (ATF 134 V 97 consid. 2.8.2 et 2.9.1 ; TF 9C_551/2022 du 4 mars 2022 consid. 4.3.2 et les références citées). Il n'est pas déterminant, dans le cas concret, que l'audition de la personne assurée puisse avoir une quelconque influence sur le contenu de la décision (TF 8C_577/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.6 et les références citées). En ce sens, la procédure de préavis est de nature impérative (Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 1 ad art. 57a LAI ; voir également Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 20 ad art. 42 LPGA).

Certes, ni l'art. 57a LAI ni les art. 73bis ss RAI ne prévoient d'obligation pour les offices AI de rendre un nouveau préavis à la suite d'une mesure d'instruction mise en œuvre dans le cadre d'une procédure d'observation contre un projet de décision (TF 9C_23/2021 du 25 octobre 2021 consid. 5.2). Cette jurisprudence concerne cependant le cas où la décision rendue est (et reste) semblable au préavis communiqué. Or, la situation est différente en l'occurrence. En effet, l'intimé n'a pas rendu de préavis sur la décision au fond, mais sur une décision de non-entrée en matière. Dans le cadre de la procédure d'audition, il a décidé d'entrer en matière et a instruit la cause, rendant sans objet son préavis de non-entrée en matière. Si l'on considère la décision rendue comme une décision de refus de prestations, cela signifierait que l'OAI aurait directement pris une décision sur le fond sans communiquer un projet de décision de refus de prestations, ce qui constitue une violation du droit

d'être entendu de la recourante, qui n'a pas pu bénéficier de son droit de faire des observations avant que la décision au fond ne soit rendue.

cc) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 147 IV 340 consid. 4.11.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références).

Les violations du droit d'être entendue de la recourante qui résulteraient de la modification de la décision de non-entrée en matière en une décision sur le fond de refus de prestations sont trop importantes en l'espèce pour pouvoir considérer qu'elles puissent être réparées par le biais de la procédure de recours. Il convient également de relever à cet égard que la recourante n'a pas eu la possibilité de se déterminer sur le rapport d'expertise du B. _____ avant que l'OAI ne rende sa décision. Cette violation du droit d'être entendu, certes d'une gravité moindre, s'ajoute cependant en l'occurrence aux violations précitées, ce qui exclut de procéder à une modification de la décision litigieuse au stade du recours.

c) Il convient donc d'annuler la décision litigieuse, qui est manifestement erronée, et de replacer la recourante avant le préavis afin

de lui garantir le droit de faire valoir tous ses moyens et de produire toutes les pièces utiles dans une procédure d'audition, avant que l'OAI ne rende une décision sur le fond.

7. a) Le recours est par conséquent admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour procéder dans le sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 19 juin 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour procéder dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour M. _____),
- 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 :