

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffière : Mme Hentzi

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...]), recourant, représenté par Me David Vaucher, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est au bénéfice d'une attestation d'ouvrier de menuiserie et d'un certificat d'auxiliaire de santé et travaillait en qualité de responsable de site, puis en qualité d'auxiliaire en soins et en accompagnement au sein de la Fondation de [...].

Le 25 janvier 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) en raison d'un « *burn-out* » depuis avril - mai 2018.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'Office AI s'est procuré un rapport d'expertise établi le 1^{er} avril 2019 par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et un rapport établi le 17 septembre 2019 par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré. Le premier rapport retenait le diagnostic d'épisode dépressif léger (CIM-10 F32.00) et d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1), avec une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} mai 2019 dans l'activité habituelle. Le second rapport mettait en évidence le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (CIM-10 F32.00), avec une capacité de travail dans l'activité habituelle auprès d'un autre employeur de 100 %.

Dans un rapport du 2 mars 2020, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a précisé que l'assuré, au-delà de son état dépressif, se plaignait également de multiples douleurs somatiques (lombalgies avec irradiations dans la jambe, épaules, bras droit, bras gauche), lesquelles n'avaient jamais été explorées médicalement. En outre, il estimait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle exercée par l'assuré.

Lors d'un entretien téléphonique du 25 mars 2020, l'assuré a informé l'Office AI avoir tenté de reprendre une activité professionnelle

auprès d'un ami menuisier. Toutefois, les douleurs au niveau du dos et des deux bras étaient trop importantes après une journée de travail. Il s'inquiétait de ne pas pouvoir envisager la reprise d'une activité professionnelle dans le domaine manuel.

Par décision du 28 mai 2020 confirmant un projet de décision du 30 mars 2020, l'Office AI a informé l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, estimant que celui-ci ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

B. Le 23 août 2021, l'assuré a adressé à l'Office AI une nouvelle demande de prestations, exposant souffrir de douleurs articulaires au niveau des coudes et du genou droit, de douleurs dans la nuque et dans le dos ainsi que d'une dépression.

A la suite d'un avis du 17 avril 2023 de son Service médical régional, l'Office AI a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire comportant des volets en rhumatologie et en psychiatrie au centre d'expertises [...] Sàrl. Dans un rapport du 17 février 2024, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont mis en évidence les diagnostics incapacitants, sur le plan somatique, de lombalgies chroniques sur discopathies aux vertèbres L4-L5 et de cervicalgies chroniques sur sténose foraminale aux vertèbres C5-C6 droit avec conflit radiculaire à la vertèbre C6 droite et sténose aux vertèbres C6-C7 avec conflit radiculaire à la vertèbre C7 gauche. Sur le plan psychique, il a été retenu le diagnostic non incapacitant d'état dépressif léger avec détresse anxieuse (CIM-10 F32.0). Selon eux, la capacité de travail de l'assuré était - pour des raisons somatiques - nulle dans son activité habituelle dès le 13 avril 2020. Dès le 23 avril 2022, la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % dans son activité habituelle, laquelle devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge de 15 kilos, alternance des positions, pas de travail à genoux ou accroupis prolongé, pas de position contrainte prolongée du rachis lombaire (porte-à-faux ou

réclinaison), pas de travail sur des échelles ou des échafaudages et pas de travail en terrain irrégulier.

Par projet de décision du 16 avril 2024, l'Office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2022 au 31 juillet 2022. Dans sa motivation, il a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 10 % depuis le 23 avril 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'assuré, représenté par Me David Vaucher, s'est opposé à ce projet le 16 mai 2024. Il a notamment fait valoir qu'il avait déposé, le 23 août 2021, une demande de révision de la décision du 28 mai 2020. Or le projet de décision du 16 avril 2024 tenait, à tort, cette demande de révision pour une nouvelle demande de prestation. Il a indiqué que dans l'hypothèse où l'Office AI persisterait à considérer l'acte déposé le 23 août 2021 comme une nouvelle demande de prestations, il requérait la révision de la décision du 28 mai 2020. En tout état de cause, il estimait que le droit à la rente devait prendre naissance le 13 avril 2020 (recte : 2021).

Par projet de décision du 3 décembre 2024, l'Office AI a informé l'assuré qu'il entendait rejeter la demande de révision procédurale du 16 mai 2024. Il considérait que l'atteinte somatique retenue dans l'expertise du 17 février 2024 depuis le 13 avril 2020 aurait pu être invoquée par l'assuré dans le cadre d'une contestation du projet de décision du 30 mars 2020, respectivement dans un recours contre la décision du 28 mai 2020. Dès lors, l'expertise du 17 février 2024 ne pouvait pas constituer un motif de révision procédurale.

Le 16 janvier 2025, l'assuré a contesté le projet de décision du 3 décembre 2024. Selon lui, le rapport d'expertise du 17 février 2024 n'était pas disponible au moment de la possible contestation par voie de recours de la décision du 28 mai 2020 de sorte qu'il constituait un moyen de preuve nouveau.

Par décision du 20 janvier 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 16 avril 2024.

Par décision du 10 mars 2025, l'Office AI a rejeté la demande de révision procédurale formulée par l'assuré le 16 mai 2024.

C. **a)** Par acte du 21 février 2025 (cause AI 38/25), Z._____, sous la plume de son mandataire, a recouru à l'encontre de la décision du 20 janvier 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée dès le 13 avril 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause devant l'Office AI pour nouvelle décision révisant la décision du 28 mai 2020. Il faisait valoir que la problématique somatique dont il souffrait était connue de l'Office AI dans le cadre de la procédure ayant abouti à la décision du 28 mai 2020. En effet, la question des douleurs au niveau du dos et des bras avait été mentionnée dans le rapport du 2 mars 2020 du Dr C._____ ainsi que dans la note d'entretien du 25 mars 2020. L'Office AI aurait dû par conséquent ordonner des mesures d'instruction à cet égard avant de rendre sa décision du 28 mai 2020. Dans ces circonstances, l'expertise pluridisciplinaire du 17 février 2024 était un moyen de preuve nouveau justifiant la révision de la décision du 28 mai 2020, laquelle se basait sur un état de fait erroné.

b) Par acte du 14 avril 2025 (cause AI 110/25), Z._____, toujours représenté par son mandataire, a recouru à l'encontre de la décision du 10 mars 2025 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme en ce sens que la demande de révision de la décision du 28 mai 2020 est admise et qu'il est constaté que la date du début du droit à rente d'invalidité entière est le 13 avril 2021, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause devant l'Office AI pour nouvelle décision révisant la décision du 28 mai 2020. Il faisait valoir que la demande déposée le 23 août 2021 était une demande de révision, de sorte que l'Office AI était déjà entré en

matière sur la procédure de révision. Pour le surplus, il a fait valoir les mêmes arguments que dans son recours du 20 janvier 2025.

c) Par ordonnance du 17 avril 2025, le juge instructeur a informé les parties du fait que les causes AI 38/25 et AI 110/25 étaient jointes pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

d) Par réponse du 29 avril 2025, l'Office AI a conclu au rejet des recours.

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, déposés 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), les recours sont recevables.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si les faits constatés dans le rapport d'expertise du 17 février 2024 peuvent donner lieu à une révision procédurale de la décision du 28 mai 2020.

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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, bien que la présente affaire résulte d'une (nouvelle) demande de prestations déposée le 23 août 2021, situation donnant généralement lieu à l'application du nouveau droit, la position du recourant repose sur la révision procédurale de la décision du 28 mai 2020 et sur l'ouverture d'un droit à la rente avant le 31 décembre 2021, tombant ainsi sous le coup de l'ancien droit.

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. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

c) 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 (art. 29 al. 1 LAI).

5. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la 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). 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 31 décembre 2021), 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, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

6. a) En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues. Toutefois, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement,

mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 s. ; 143 V 105 consid. 2.3).

c) La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision, ainsi qu'à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. art. 67 al. 1 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA ; cf. TF 8C_434/2011 du 8 août 2011 consid. 3, in SVR 2012 UV n° 17 p. 63).

7. A titre liminaire, il convient de relever, sur le plan procédural, qu'il n'y avait aucun motif qui justifiait de rendre deux décisions séparées concernant, d'une part, la question du droit à la rente et, d'autre part, la question de la révision procédurale. Dans la mesure où la problématique soulevée par le recourant concernait le droit à une rente d'invalidité, singulièrement la naissance du droit à la rente, elle aurait dû être résolue dans le cadre d'une seule et même décision. En rendant deux décisions, l'intimé a par conséquent compliqué de manière inutile la procédure.

8. Sur le fond, le recourant ne conteste pas la fin du droit à la rente d'invalidité mais uniquement la naissance de celui-ci, en lien avec la révision procédurale de la décision du 28 mai 2020 qu'il requiert. Il fait valoir que l'expertise du 17 février 2024 apporterait des éléments de faits nouveaux propres à remplir les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et justifiant de fixer la naissance du droit à la rente au 13 avril 2021.

a) Tout d'abord, il convient de préciser qu'on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il prétend que la deuxième demande de prestations déposée le 23 août 2021 doit être considérée comme une demande de révision. En effet, celui-ci se fonde sur le rapport d'expertise du 17 février 2024 pour justifier la révision procédurale de la décision du 28 mai 2020. Or la demande du 23 août 2021 ayant été introduite antérieurement à l'établissement dudit rapport, elle ne saurait, par définition, constituer une demande de révision fondée sur ce document.

b) Ensuite, il y a lieu de constater que les faits déterminants sur lesquels le recourant se fonde pour justifier une révision procédurale étaient connus au moment où l'intimé a rendu sa première décision le 28 mai 2020. En effet, il ressort du dossier que le Dr C._____, dans un rapport du 2 mars 2020, avait évoqué l'existence de multiples douleurs somatiques (lombalgies avec irradiations dans la jambe, épaules, bras droit, bras gauche) qui n'avaient « *jamais été explorées médicalement* ». De même, le recourant avait expliqué, dans le cadre d'un entretien téléphonique s'étant déroulé le 25 mars 2020, avoir fait une tentative de reprise professionnelle, laquelle s'était soldée par un échec en raison de douleurs trop importantes au niveau du dos et des deux bras après une journée de travail. Pour autant, le recourant n'a pas adressé de déterminations à l'encontre du projet de décision du 30 mars 2020, lequel constatait, sur la base des conclusions des deux expertises psychiatriques diligentées par l'assurance perte de gain en cas de maladie, que le recourant était apte à reprendre son activité habituelle sans aucune limitation fonctionnelle, si bien que le projet de décision a été confirmé par décision du 28 mai 2020. On relèvera encore qu'aucun élément au dossier ne permet d'établir que le recourant aurait été empêché de se déterminer, contrairement à ce qu'il prétend.

c) Dans les faits, le recourant cherche, au travers de son argumentation, à remettre en cause la manière dont l'intimé a apprécié sa capacité de travail et évalué son degré d'invalidité dans le cadre de l'examen de sa première demande de prestations. Or, à ce moment précis, le recourant n'ignorait pas qu'il présentait des symptômes de nature somatique qui avaient une influence sur sa capacité de travail. Dans la mesure où les faits déterminants étaient connus à l'époque, le rapport d'expertise du 17 février 2024 ne constitue pas, dans ce contexte, un moyen de preuve nouveau, mais bien plutôt une nouvelle appréciation médicale (cf. TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 5.2). S'il n'était pas d'accord avec la manière dont l'intimé a apprécié sa capacité de travail et évalué son degré d'invalidité, en particulier lorsqu'il lui a fait grief d'avoir violé la maxime inquisitoire, il lui appartenait de recourir

contre la décision du 28 mai 2020, en demandant notamment que l'instruction soit complétée. Dans la mesure où il ne l'a pas fait et que cette décision est entrée en force, il est forclos à en remettre en cause le bien-fondé.

d) Sur le vu de ce qui précède, on ne peut que constater que l'expertise du 17 février 2024 ne peut pas être prise en considération pour reconnaître l'existence d'un motif de révision procédurale.

9. En définitive, les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

10. a) 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) 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
p r o n o n c e :**

I. Les recours sont rejetés.

II. Les décisions rendues les 20 janvier et 10 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Z._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me David Vaucher (pour Z._____),
- 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 :