

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 octobre 2021

Composition : M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 1 Cst ; art. 56 LPG

E n f a i t :

A. M._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 octobre 2013, en raison d'une incapacité de travail liée à un carcinome lobulaire invasif du sein droit, par décision du 29 avril 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée).

B. Dans un courrier du 15 février 2017 à l'OAI, S._____, précisant intervenir en soutien de l'assurée, a notamment indiqué qu'il serait important d'évaluer l'invalidité résiduelle de l'assurée, qui rencontrait des difficultés à accomplir son travail en raison des effets secondaires de l'hormonothérapie qu'elle suivait. S._____ a joint à sa lettre un rapport du 16 janvier 2017 des Drs F._____ et X._____, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès de V._____ posant le diagnostic principal de troubles cognitifs dans un contexte d'effets secondaires de la chimiothérapie, et mentionnant différents diagnostics secondaires.

Par courrier du 6 mars 2017, l'OAI a invité l'assurée à déposer un formulaire de demande de prestations dûment complété afin de pouvoir traiter le courrier précité comme une nouvelle demande.

Le 3 avril 2017, S._____ a adressé à l'OAI un rapport du 31 mars 2017 du Dr L._____, médecin traitant de l'assurée, mentionnant notamment qu'elle présentait une fatigabilité accentuée mentale et psychique, une diminution de sa résistance physique et psychique au stress et des troubles attentionnels, qui avaient des répercussions sur sa capacité de travail et son rendement.

Après avoir été de nouveau invitée à transmettre une demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée a déposé, le 8 décembre 2017, une demande de prestations auprès de l'OAI, en mentionnant un cancer du sein diagnostiqué en 2012 et beaucoup d'effets secondaires liés aux traitements.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a notamment envoyé des questionnaires aux médecins consultés par l'assurée et a dû parfois envoyer des relances pour qu'il soit donné suite à ses demandes de renseignements. L'assurée en a été informée pour qu'elle intervienne auprès de ses médecins.

Dans un rapport du 4 juin 2018 à l'OAI, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de troubles neurocognitifs dans un contexte d'effets secondaires de la chimiothérapie depuis mars 2012. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné un besoin d'environnement de travail calme et sans stress, pas de travail mental continu de plus de 30 à 45 minutes, un besoin de faire des pauses fréquentes, voire une sieste, pour favoriser la récupération (fractionnement de l'activité), et une incapacité de travailler, même de manière fractionnée, plus d'une demi-journée et uniquement le matin. L'activité qu'exerçait l'assurée (travail à domicile, horaires fractionnés à sa guise en fonction de l'état du moment, pauses fréquentes, peu ou pas de facteurs perturbateurs externes) était déjà adaptée selon lui. Pour le surplus, il a renvoyé aux médecins du V. _____.

Le 11 juin 2018, la Dre C. _____, médecin associée au Service d'oncologie médicale du V. _____ a établi un rapport dans lequel elle a posé le diagnostic de carcinome lobulaire invasif du sein droit, stade IIIA, existant depuis janvier 2012. Elle a indiqué que l'assurée présentait des troubles de la concentration et une fatigabilité depuis la chimiothérapie en 2012. La patiente poursuivait un traitement antihormonal, d'une durée totale de dix ans, qui entraînait notamment des troubles du sommeil, des bouffées de chaleur et des troubles de l'humeur. La Dre C. _____ estimait que la capacité de travail de l'assurée était de 60 % avec une diminution de rendement de 40 % en raison des difficultés de concentration et d'une fatigabilité.

Dans un courrier du 9 juillet 2018, l'OAI a demandé à l'assurée si elle était suivie par d'autres médecins que ceux exerçant au V. _____ afin de pouvoir obtenir des renseignements sur son état de santé actuel.

Dans une communication du 8 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que l'instruction de la demande de prestations se poursuivait.

Dans un avis du 7 mai 2019, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé qu'il était nécessaire d'obtenir les bilans neuropsychologiques réalisés et un rapport médical de la consultation spécialisée de neuro-oncologie du V._____, afin d'objectiver de manière plus précise les troubles neurocognitifs de l'assurée.

Le 9 mai 2019, l'OAI a ainsi demandé au V._____ une copie des bilans neuropsychologiques réalisés jusqu'alors et a sollicité un rapport du service de neuro-oncologie de cet établissement.

Le 5 juin 2019, il a reçu un rapport du V._____ daté du 15 septembre 2016 relatif à un examen neuropsychologique réalisé le 6 septembre 2016 qui mettait en évidence une fatigabilité intellectuelle et un fléchissement attentionnel en fin d'examen.

Dans un courrier du 5 août 2019, l'OAI a informé l'assurée de sa demande d'informations du 9 mai 2019 au V._____, qui était demeurée sans suite malgré des relances. L'assurée était invitée à interpeller son médecin pour qu'il y soit donné une suite.

Dans un rapport du 30 août 2019, le Dr K._____, médecin associé au Service d'oncologie médicale du V._____ a indiqué que l'assurée était suivie depuis sept ans pour un cancer du sein en rémission complète. Il avait vu l'assurée à une seule reprise lors du dernier contrôle effectué le 15 avril 2019. Un examen détaillé par rapport à une demande AI n'avait pas été fait et il le conseillait pour évaluer une incapacité de travail. Les limitations possibles de la capacité de travail étaient en

relation avec le traitement d'hormones lequel était responsable d'une ostéoporose traitée, de bouffées de chaleur et de fatigue.

Le 17 septembre 2019, le SMR a accusé réception du rapport précité et demandé au V._____ des renseignements médicaux complémentaires, notamment au sujet des troubles cognitifs de l'assurée. Le même jour, l'OAI a demandé à P._____ une copie des bilans neuropsychologiques réalisés jusqu'alors.

Dans un courrier du 23 octobre 2019, la Dre D._____, médecin associée au Service d'oncologie médicale du V._____, a confirmé que l'assurée présentait toujours des troubles cognitifs, tels que des troubles de la concentration, de l'attention ainsi qu'une fatigue importante suite au traitement oncologique, en précisant qu'aucun bilan neuropsychologique n'avait été réalisé après celui de septembre 2016 et que l'assurée n'avait plus été revue par la consultation de neuro-oncologie depuis 2016.

Dans un avis du 4 novembre 2019, le SMR a relevé que les bilans réalisés en 2016 n'objectivaient pas de troubles cognitifs d'une grande sévérité. Il préconisait une évaluation neuropsychologique auprès de H._____ afin d'évaluer de manière objective les troubles neuropsychologiques de l'assurée et leur possible influence sur sa vie professionnelle.

Le 11 novembre 2019, l'OAI a demandé à H._____ d'examiner l'assurée, ce qui a été fait le 28 janvier 2020 par la neuropsychologue J._____.

Dans son rapport d'examen du 29 janvier 2020, Mme J._____ a estimé qu'en raison des troubles cognitifs et de la fatigabilité, l'assurée était capable de travailler à 50 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 20 % puisqu'il était préférable que l'assurée n'effectue qu'une tâche à la fois.

Se déterminant le 25 février 2020 sur le rapport précité, le SMR a estimé que la capacité de travail globale de 40 % était vraisemblablement exigible depuis 2015, date à laquelle l'assurée avait repris son activité habituelle après la fin des traitements oncologiques, et que l'activité habituelle était adaptée puisqu'elle permettait à l'assurée de gérer au mieux les répercussions de ses troubles cognitifs sur son activité.

Dans un projet de décision du 30 mars 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer le droit à trois quarts de rente dès le 1^{er} juin 2018.

Par courrier du 12 mai 2020, l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a formé des objections contre ce projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} août 2017.

Le 14 mai 2020, l'OAI a écrit à l'assurée que les arguments avancés dans l'objection allaient être examinés et que des mesures d'instruction seraient peut-être nécessaires.

Le 19 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui reconnaissait le droit à une rente entière depuis le 1^{er} juin 2018. Un nouveau projet de décision lui a été envoyé le même jour par courrier séparé.

Le 25 juin 2020, l'assurée a contesté la date retenue par l'OAI pour l'octroi de la rente, en alléguant que le courrier du 15 février 2017 de S. _____ devait être considéré comme une demande de révision de la décision de rente du 29 avril 2014 et non comme une nouvelle demande. Elle a conclu à la modification de la décision du 29 avril 2014 en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être reconnue postérieurement au 31 octobre 2013.

Par courrier du 29 juin 2020, l'OAI a accusé réception des objections de l'assurée, en l'informant que des mesures d'instruction complémentaires seraient peut-être nécessaires.

Le 24 août 2020, l'OAI a posé des questions complémentaires à H. _____, notamment sur la date du début de la capacité de travail de 50 % retenue dans le rapport d'examen. Par courrier du même jour, l'OAI a informé l'assurée de ses démarches.

Dans un rapport du 29 août 2020, la neuropsychologue J. _____ a répondu aux questions de l'OAI.

Le 13 octobre 2020, l'OAI a rendu un projet de décision annulant et remplaçant la décision d'octroi de rente limitée dans le temps du 29 avril 2014 ainsi que ses projets de décision des 30 mars et 19 mai 2020, estimant qu'une rente entière, basée sur un taux d'invalidité de 70 %, pouvait être réintroduite depuis le 1^{er} novembre 2013. L'OAI a précisé que l'instruction de la demande du 8 décembre 2017 avait révélé que l'assurée n'avait pas pu reprendre son activité habituelle à 100 % le 17 juillet 2013 pour des raisons de santé et que s'il avait eu connaissance des troubles cognitifs à l'époque, il aurait statué différemment. Les conditions applicables à la révision procédurale lui semblaient ainsi remplies.

Le 19 octobre 2020, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'avait pas de remarque à formuler à l'encontre du projet d'acceptation de rente du 13 octobre 2020 et a demandé le transfert de son dossier à la caisse de compensation en vue du versement de la rente.

Dans un courrier du 22 octobre 2020, l'OAI a informé l'assurée que la motivation de la décision serait envoyée à G. _____ (ci-après : la Caisse de compensation) après l'écoulement du délai de trente jours.

Le 13 novembre 2020, l'assurée a réitéré sa demande tendant au transfert du dossier à la Caisse de compensation.

L'OAI a accusé réception de ce courrier le 16 novembre 2020 et a transmis le 23 novembre 2020 la motivation à la Caisse de

compensation, en vue de la notification de la décision relative au projet d'acceptation de rente du 13 octobre 2020.

Dans une lettre du 25 janvier 2021, l'OAI a demandé à la Caisse de compensation de lui adresser une copie de la décision notifiée ou de lui indiquer les motifs du retard afin de lui permettre de renseigner l'assurée.

Par courrier du 26 février 2021, l'assurée a sommé l'OAI de rendre une décision sur la rente avant le 15 mars 2021, en précisant qu'à défaut, elle agirait par voie judiciaire pour déni de justice.

Il ressort d'une notice téléphonique figurant au dossier que l'OAI a contacté téléphoniquement la Caisse de compensation en date du 1^{er} mars 2021, sans réussir à joindre le gestionnaire du dossier, puis a appelé l'étude de l'avocat de l'assurée pour l'informer de sa démarche. Le même jour, l'OAI a transmis le courrier de l'assurée du 26 février 2021 à la Caisse de compensation en lui demandant d'y donner suite au plus vite. L'assurée était en copie de ce courrier.

C. Par acte de son conseil du 15 mars 2021, M. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour déni de justice, en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'intimé soit condamné à rendre sans délai une décision sur son droit à une rente entière postérieurement au 31 octobre 2013.

Dans sa réponse du 27 avril 2021, l'intimé a indiqué que le recours était devenu sans objet, une décision d'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2013 ayant rendue le 24 mars 2021. Il a produit cette décision.

Par avis du 3 mai 2021, le juge instructeur a informé la recourante que, sauf avis contraire motivé de sa part, la cause serait rayée du rôle et qu'il serait statué sur les frais et dépens.

Dans une écriture du 18 mai 2021, la recourante a répondu qu'elle n'avait aucune remarque ni avis contraire à formuler, en demandant que les frais de justice soient mis à la charge de l'intimé et qu'il soit condamné à lui verser des dépens. Elle a produit la liste des opérations et débours de son conseil.

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]). Selon l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut être formé lorsque malgré la demande de l'intéressé, l'assureur ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le recours doit être interjeté devant le tribunal qui serait compétent pour statuer sur un recours contre la décision attendue (ATF 130 V 90).

b) En l'espèce, le recours pour déni de justice a été interjeté auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le recours, qui tend à la condamnation de l'intimé à rendre une décision sur le droit de la recourante à une rente, est devenu sans objet, dès lors que l'intimé a rendu la décision requise en cours de procédure. Il y a donc lieu de rayer la cause du rôle, étant précisé que la compétence de rendre une telle décision relève de la compétence d'un juge unique (art. 94 al. 1 let. c LPA-VD).

3. Concernant les frais et dépens, il convient de statuer en prenant en considération, sur la base d'un examen sommaire, l'issue probable du litige si un jugement avait dû être prononcé. Le juge peut

également tenir compte de l'attitude des parties en procédure administrative et dans la procédure de recours (ATF 142 V 551 consid. 8.2 ; 125 V 373 consid. 2a).

a) L'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) dispose que toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Cette disposition consacre le principe de la célérité, autrement dit prohibe le retard injustifié à statuer. L'autorité viole cette garantie constitutionnelle lorsqu'elle ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prescrit par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 ; 130 I 312 consid. 5.1 ; TF 9C_140/2015 du 26 mai 2015 consid. 4).

Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre ce qui est en son pouvoir pour que l'autorité fasse diligence, que ce soit en l'invitant à accélérer la procédure ou en recourant, le cas échéant, pour retard injustifié. On ne saurait par ailleurs reprocher à une autorité quelques temps morts ; ceux-ci sont inévitables dans une procédure. Une organisation déficiente ou une surcharge structurelle ne peuvent en revanche justifier la lenteur excessive d'une procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.2 ; TF 9C_448/2014 du 4 septembre 2014 consid. 4.1).

b) En l'espèce, il n'apparaît pas qu'un retard injustifié à statuer aurait été constaté s'il avait fallu statuer sur le recours. L'intimé a reçu une lettre de S._____ le 15 février 2017, qui précisait que « la raison de la présente demande est de vous exposer la situation de Madame M._____ actuellement » et qui demandait une évaluation de l'invalidité résiduelle de cette dernière. L'intimé a invité la recourante à remplir un formulaire de nouvelle demande, qui ne lui a finalement été

communiqué qu'en décembre 2017. L'intimé a ensuite instruit la cause de manière relativement continue, hormis entre novembre 2018 et avril 2019, devant procéder à plusieurs rappels des médecins traitants à leur obligation de collaborer. La recourante ne soutient d'ailleurs pas que l'intimé aurait tardé dans ce contexte.

Après avoir obtenu un rapport décisif de H._____, daté du 29 janvier 2020, l'intimé a notifié le 30 mars 2020 un projet de décision d'allocation de trois quarts de rente dès le 1^{er} juin 2018. Il a ensuite rapidement donné suite à la contestation de la recourante, qui soutenait que la date déterminante pour le dépôt de la nouvelle demande, en relation avec la fixation du début du droit à la rente, était le 15 février 2017, de sorte que le droit à la rente avait pris naissance six mois plus tard, soit le 1^{er} août 2017. La recourante contestait également le calcul du taux d'invalidité et demandait l'octroi d'une rente entière. L'intimé a réexaminé sa position et notifié un nouveau projet de décision le 19 mai 2020, annonçant son intention d'allouer à la recourante une rente entière dès le 1^{er} juin 2018 ; il a en revanche maintenu son point de vue concernant le point de départ du droit à la rente et la date de dépôt de la nouvelle demande.

La recourante a derechef contesté ce nouveau projet de décision, en faisant cette fois valoir, pour la première fois, que la lettre de S._____ était une demande de révision procédurale. L'intimé a accepté d'entrer en matière et d'analyser le cas sous l'angle de la révision procédurale, ce qui a nécessité une demande de rapport complémentaire à H._____. Au vu des constatations figurant dans ce rapport, l'intimé a admis la demande de révision procédurale et notifié, le 13 octobre 2020, un nouveau projet de décision d'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2013.

Il est douteux que la lettre du 15 février 2017 de S._____ aurait dû être identifiée d'office comme une demande de révision procédurale. L'avocat de la recourante n'a d'ailleurs soulevé cette argumentation que dans sa contestation contre le projet de décision du 19

mai 2020. Il avait auparavant soutenu que la lettre du 15 février 2017 était une nouvelle demande. Quoiqu'il en soit, l'intimé a réagi sans délai à cette argumentation, est entré en matière et a complété l'instruction avant de notifier un projet de décision le 13 octobre 2020. Rien ne permet de considérer qu'il aurait tardé à instruire et à notifier le projet de décision.

En réalité, l'argumentaire de la recourante se concentre exclusivement sur le délai écoulé entre le projet de décision du 13 octobre 2020 et le dépôt du recours pour déni de justice. L'intimé a toutefois attendu, à juste titre, la fin du délai de contestation pour communiquer, sans retard, son prononcé à la caisse de compensation compétente, le 23 novembre 2020, étant précisé que l'institution de prévoyance de la recourante aurait pu contester le projet. Trois mois plus tard, soit le 26 février 2021, le conseil de la recourante a adressé une « sommation » à l'intimé en lui impartissant un délai particulièrement bref pour notifier une décision, soit « avant le 15 mars prochain ». Là encore, l'intimé a rapidement réagi en cherchant à joindre la caisse de compensation par téléphone, le 1^{er} mars 2021, sans toutefois parvenir à atteindre le gestionnaire en charge du dossier, et en téléphonant à l'étude du conseil de la recourante pour l'informer de sa démarche. L'intimé a, le même jour, transmis la sommation à la Caisse de compensation, avec copie à l'avocat de la recourante. Le 15 mars 2021, celui-ci a néanmoins déposé un recours pour déni de justice, sans attendre davantage le résultat des démarches de l'intimé auprès de la Caisse de compensation. Au final, dix jours ouvrables se sont écoulés entre la sommation adressée à l'intimé et le dépôt du recours pour déni de justice, et à peine quatre mois depuis la fin du délai de contestation du projet de décision. Un tel délai n'est pas constitutif de retard injustifié à statuer, quand bien même les directives administratives prévoient un délai de soixante jours « en règle générale » (ch. 9402 Directives concernant les rentes de l'assurance vieillesse, survivants et invalidité fédérale). On pouvait par ailleurs attendre de l'avocat de la recourante, dans ce contexte, qu'il donne davantage que dix jours ouvrables à l'intimé pour notifier une décision après l'avoir relancé, au vu notamment de la réaction immédiate de l'intimé à cette sommation.

Le principe voulant qu'un assuré fasse ce qui est en son pouvoir pour relancer l'administration avant de déposer un recours pour déni de justice ne doit pas être vidé de son sens en se limitant à une sommation formelle assortie d'un délai excessivement bref pour y donner suite. Pour un avocat, ce principe découle également des règles de bonne foi et de courtoisie réciproques qu'il lui appartient de respecter dans ses rapports avec les autorités. Au vu de ce qui précède, n'est pas pertinent le reproche de la recourante selon lequel l'intimé aurait pu d'emblée rendre une décision de rente pour la période future, puis, dans un deuxième temps, une seconde décision pour la période passée, étant précisé que la recourante n'avait pas demandé à l'OAI de statuer en deux temps.

En conclusion, la recourante n'a pas droit à de dépens.

c) Quand bien même la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), il est renoncé à la perception de frais de justice au vu des circonstances (en application de l'art. 50 LPA-VD).

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

- I.** La cause, devenue sans objet, est rayée du rôle.
- II.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

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,
- 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 :