

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 novembre 2013

---

Présidence de        Mme     RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffier                :        M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Nyon, recourante,

et

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

---

**Art. 25 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1968, a déposé, à la suite d'un accident vasculaire cérébral survenu à fin 1993, une demande de prestations AI le 9 février 1994 auprès de l'agence communale d'assurances sociales de [...]. Par décision du 18 avril 1995, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a retenu un degré d'invalidité de 100 % du 27 novembre 1994 au 31 janvier 1995 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 1995, l'assurée ayant repris son activité professionnelle (représentante de commerce pour la société W. \_\_\_\_\_ SA à [...]) à 50 % depuis le 9 janvier 1995.

Au terme d'une première procédure de révision d'office du droit à la rente, débutée en 1999, l'OAI a, par prononcé du 17 juin 2002, réduit ses prestations à un quart de rente versé à compter du 1<sup>er</sup> août 2002. Après comparaison des revenus exigibles, il en résultait un degré d'invalidité de 42 %.

A l'occasion d'une seconde révision d'office du droit à la rente entamée en 2005, l'OAI a relevé, par communication du 28 septembre 2006, que le degré d'invalidité de 42 % précité n'avait pas changé, de sorte que l'assurée continuait à bénéficier de la même rente.

Une nouvelle révision d'office du droit à la rente a été mise en œuvre au début 2008. Dans un questionnaire complété le 23 février 2008, l'assurée a fait mention d'une légère aggravation de son état de santé (augmentation des tremblements). Elle précisait en outre travailler en qualité d'indépendante à mi-temps depuis septembre 2007. Dans un complément à la demande daté du même jour, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % pour des raisons financières et d'intérêt personnel.

Le 10 juin 2008, l'OAI a demandé à l'assurée de lui fournir les pièces comptables relatives à l'année 2007 (bilans et comptes

d'exploitation, déclarations fiscales, avis de taxation fiscale et ses annexes). En annexe à sa réponse du 28 octobre 2008, l'assurée a transmis copie des pièces demandées et a indiqué que son activité avait généré une perte d'exploitation, de sorte qu'il n'y avait pas de taxation fiscale pour 2007.

Dans un avis médical du Service Médical Régional (SMR) de l'AI du 7 février 2011, les Drs N. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont confié la réalisation d'une expertise neurologique de l'assurée au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Au terme de son rapport d'expertise du 8 avril 2011, consécutif à un examen clinique et une étude du dossier médical de l'assurée, le Dr T. \_\_\_\_\_ a notamment observé ce qui suit:

"4. Diagnostic:

4.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Status après atteinte ischémique dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure gauche avec une atteinte neurologique résiduelle comportant une quadranopsie inférieure temporale droite, des troubles sensitifs superficiels et profonds hémicorporels droit à prédominance du membre supérieur droit, une ataxie hémicorporelle droite et des mouvements dyskinétiques brachio-cruraux droits à prédominance brachiale.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

--

5. Appréciation du cas et pronostic:

Mme O. \_\_\_\_\_ est une sympathique patiente en bonne santé habituelle jusqu'au 27.11.1993 où elle a été victime d'un accident vasculaire cérébral dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure gauche d'origine indéterminée dont elle garde comme séquelles une quadranopsie temporale inférieure droite, un hémisyndrome sensitif superficiel et profond à prédominance du membre supérieur droit, des troubles de la coordination de l'hémicorps droit et enfin et surtout des mouvements dyskinétiques hémicorporels droits à prédominance brachiale. La patiente se plaint en outre d'une fatigue et d'un manque de concentration.

En raison des troubles susmentionnés, Mme O. \_\_\_\_\_ a éprouvé des difficultés importantes de reconversion professionnelle. Néanmoins, après échec de ses tentatives de reprise d'une activité dépendante, elle s'est tournée vers une activité d'indépendante en tant que relation de presse (interface entre les entreprises qui souhaitent faire passer un message dans les médias et les médias eux-mêmes). Cette activité est exercée aux dires de la patiente à un taux de 50 %.

Mme O. \_\_\_\_\_ mentionne des difficultés importantes dans le cadre de son activité professionnelle et dans les activités de tous les jours,

se comportant de facto comme une monomanuelle du membre supérieur gauche chez une droitnière. En effet, elle écrit de la main gauche, tape sur l'ordinateur de la main gauche, effectue la plupart des activités de tous les jours à l'aide du membre supérieur gauche.

[...]

L'EEG ne révèle pas d'activité cérébrale anormale. L'écho-Doppler des vaisseaux pré cérébraux confirme l'absence d'atteinte au niveau des vaisseaux pré cérébraux et notamment de dépôts athéromateux même modérés au niveau des deux bifurcations carotidiennes et sur les artères vertébrales.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il ne fait aucun doute que Mme O. \_\_\_\_\_ a été victime d'une atteinte ischémique dans le territoire de l'artère cérébrale postérieure gauche expliquant parfaitement les déficits dont se plaint la patiente et observés tels que ceux présentés par Mme O. \_\_\_\_\_ interviennent tardivement lors de lésions de l'artère cérébrale postérieure ceci s'expliquant par l'atteinte thalamique.

[...]

En ce qui concerne la capacité de travail, il ne fait aucun doute que la capacité de travail de Mme O. \_\_\_\_\_ dans l'activité actuelle ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible ne dépasse pas 50 % en raison de l'importance des phénomènes dyskinétiques observés lors du présent bilan. Comme mentionné plus haut, il s'agit en fait d'une droitnière devenue monomanuelle du membre supérieur gauche étant donné l'impossibilité d'utilisation fonctionnelle du membre supérieur gauche [recte: droit] en raison d'une part des mouvements dyskinétiques et d'autre part des troubles de la sensibilité profonde et même de la faiblesse persistante au niveau de la main droite.

Il faut relever l'adaptation remarquable de la patiente à ses handicaps. Bien que Mme O. \_\_\_\_\_ ait travaillé à un moment donné à 100 %, il est évident que la capacité de travail de la patiente n'a jamais dépassé 50 % dans quelque activité que cela soit. On relèvera également qu'il est peu probable que des mesures thérapeutiques additionnelles éventuelles soient de nature à améliorer significativement la capacité de travail résiduelle."

Dans un avis médical SMR du 20 avril 2011, les Drs N. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ont partagé les constatations de l'expert T. \_\_\_\_\_. Ils ont ainsi retenu que la capacité de travail résiduelle était de 50 % dans l'activité habituelle, déjà adaptée, ceci depuis le 9 novembre 1995. Les incapacités de travail intermittentes (100 % du 24 novembre 2004 au 30 juillet 2005) étant liées à l'état thymique ainsi qu'aux difficultés rencontrées par l'assurée sur son lieu de travail. Partant, les médecins du SMR retenaient une capacité de travail de 50 % sans que des mesures de réadaptation ne puissent être indiquées, l'assurée ayant effectué cette démarche d'elle-même spontanément.

Par courriers des 4 mai, 24 juin, 27 juillet, 27 septembre et 5 décembre 2011, l'OAI a demandé en vain à l'assurée, la fourniture des pièces comptables relatives aux années 2008, 2009 et 2010 (bilans et comptes d'exploitation, dernière déclaration de cotisation AVS et déclarations fiscales relatives aux années 2007 à 2010). Aux termes de sa lettre du 5 décembre 2011, il lui impartissait un délai au 20 décembre 2011 en attirant l'attention de l'assurée sur le fait qu'en l'absence de réponse de sa part à cette date, il serait statué sur la base du dossier en possession de l'office. Il précisait en outre expressément que cette procédure était susceptible d'aboutir à la suspension, voire à la suppression, des prestations.

Par prononcé du 6 février 2012, l'OAI a suspendu le droit à la rente avec effet immédiat et ce, jusqu'à nouvel avis.

Le 27 juin 2012, l'Office AI s'est adressé en ces termes à l'assurée:

"En date du 4 mai 2011, nous vous avons demandé de nous faire parvenir différentes pièces économiques. Compte tenu de votre silence malgré nos multiples rappels et sommations, nous avons été contraints de suspendre le versement de votre rente, nous sommes à ce [jour] toujours sans nouvelles de votre part.

Dès lors, afin de pouvoir avancer dans votre dossier, nous nous permettons de vous relancer afin de nous faire parvenir les pièces suivantes:

- Copie des bilans et compte d'exploitation pour les années 2008 à 2011
- Copie des déclarations fiscales pour les mêmes années
- Copie de la dernière décision de cotisations AVS"

Par projet de décision du 8 novembre 2012, intégralement confirmé selon décision rendue le 19 décembre 2012, l'OAI a supprimé le versement de la rente avec effet rétroactif au 20 décembre 2011, date d'échéance de sa sommation du 5 décembre 2011. Ses constatations étaient les suivantes:

"Résultat de nos constatations

Un degré d'invalidité de 42 % vous a été reconnu dès le 1<sup>er</sup> août 2002, ce qui vous a donné droit à un quart de rente.

Dans le cadre de l'actuelle révision d'office, ouverte en date du 1<sup>er</sup> janvier 2008, vous avez indiqué exercer une activité en tant qu'indépendante à 50 %.

Dès lors, des pièces économiques nous sont indispensables afin de déterminer le préjudice économique et, de ce fait, le droit à la rente.

Nous tentons depuis juin 2008 d'obtenir des renseignements économiques de votre part. Malgré plusieurs rappels et sommations, vous n'avez jamais répondu à notre demande de transmission de vos pièces comptables.

C'est pourquoi, le 5 décembre 2011, nous avons attiré votre attention sur les conséquences d'une violation de l'obligation de coopérer si vous ne répondiez pas à notre demande d'ici au 20 décembre 2011. Vous persistez pourtant à vous opposer aux mesures exigibles."

Par décision du 25 février 2013, l'Office AI a demandé à l'assurée, la restitution d'un montant de 1'160 fr. (2 x 580 fr.) versé à tort par sa caisse de compensation pour les mois de janvier et février 2012, compte tenu de la suppression de son droit à la rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**B.** Par acte du 9 avril 2013 adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, O.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de restitution de rente précitée. Elle relevait à ce propos avoir également fait recours contre la décision de suppression de rente rendue le 19 décembre 2012 en précisant que l'ensemble des pièces demandées seraient transmises au tribunal dans le délai imparti au 25 avril 2013 pour la production de pièces complémentaires.

Au terme de sa réponse du 14 mai 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il proposait alors la jonction des causes AI 32/13 (décision de suppression) et AI 95/13 (décision de restitution) en relevant que la seconde décision était liée à la première.

Le 16 juillet 2013, le juge instructeur de la cour de céans a prononcé la suspension de la présente cause jusqu'à droit connu sur la cause divisant les parties ouverte sous référence AI 32/13.

Par arrêt du 29 juillet 2013 (CASSO AI 32/13 - 186/2013), la cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée et confirmé la décision de suppression de rente du 19 décembre 2012 de l'OAI. La cour a notamment considéré qu'en ne donnant aucune suite aux multiples interpellations de l'assureur social - et en particulier celle qui lui avait été adressée le 5 décembre 2011 -, l'assurée n'avait pas communiqué les renseignements utiles dont l'Office AI avait besoin afin de déterminer son préjudice économique et partant, son droit à la rente. Les excuses ainsi que les pièces produites en instance de recours (copie d'une fiche de salaire 2012 et de certificats de salaire 2010-2011) n'étaient d'aucun secours à l'intéressée. Dans ces circonstances, la cour de céans a estimé que l'OAI était bien fondé, dans sa décision, à supprimer le droit à la rente de l'assurée avec effet rétroactif au 20 décembre 2011. Faute de recours des parties dans le délai légal, cet arrêt est ensuite entré en force.

Le 24 octobre 2013, le juge instructeur a informé les parties qu'une copie de l'arrêt rendu le 29 juillet 2013 dans la cause AI 32/13, était versé au présent dossier, la présente cause (AI 95/13) étant alors reprise.

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

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA et 69 al. 1 let. a LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du

19 juin 1959, RS 831.20, cf. art. 93 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse de 1'160 fr., inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Compte tenu des fêtes pascales 2013 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** La question à examiner en l'espèce consiste à savoir si l'intimé était fondé à demander la restitution à la recourante, de la rente ordinaire versée à tort en janvier et février 2012, soit pour un montant total de 1'160 francs.

**3. a)** Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1 LPGA).

L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une reconsidération (caractère sans nul doute erroné de la décision, importance notable de la rectification) ou d'une révision procédurale de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012, consid. 5.1).

La reconsidération et la révision sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. A teneur de cette disposition, 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 (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). La rectification d'une décision antérieure par voie de la reconsidération entraîne en principe l'obligation de restituer la prestation de l'assurance-invalidité touchée à tort.

Si l'erreur porte sur un aspect ayant spécifiquement trait au droit de l'assurance-invalidité – on pense en particulier à tous les facteurs qui régissent l'évaluation du degré d'invalidité –, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro, de sorte qu'il n'y a pas lieu à restitution (TF 9C\_185/2009 du 19 août 2009, consid. 4.3), sauf en cas de violation de l'obligation de renseigner (art. 77 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201]); dans ce dernier cas, la modification de la prestation d'assurance a un effet rétroactif (TFA I 842/2002 du 4 juillet 2003, consid. 3.2). La différenciation en ce qui concerne les effets de la reconsidération dans le temps en fonction de la qualification "spécifique au droit de l'assurance-invalidité" ou "analogue au droit de l'assurance-vieillesse, invalidité et survivants" des aspects sur lesquels porte l'erreur justifiant la reconsidération, telle que posée par la jurisprudence dans l'ATF 110 V 298, résulte des art. 85 RAI en relation avec l'art. 88bis al. 2 let. a et b RAI et reste valable malgré l'abrogation de l'art. 47 aLAVS (loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946, RS 831.10) auquel renvoyait l'art. 49 aLAI (MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2<sup>ème</sup> éd., 2010, ad art. 30/31 p. 406). Aux termes de l'art. 85 al. 2 deuxième phrase RAI, l'application de l'art. 88bis al. 2 let. a (effet ex nunc) et b RAI (effet ex tunc en raison de la violation

de l'obligation de renseigner) suppose en effet que la prestation doit être supprimée (ou diminuée) à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, ce qui implique un examen des aspects spécifiques du droit de l'assurance-invalidité (TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 op. cit.).

Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence y relative, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1 première phrase LPGA et des dispositions particulières et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1 2<sup>ème</sup> phrase LPGA (cf. art. 3 et 4 OPGA [ordonnance fédérale du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]; KIESER, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., 2009, ad art. 25 LPGA, n° 8 p. 354).

**b)** Le droit de demander la restitution de prestations indûment touchées s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA). Il s'agit là d'un délai de péremption (TF 8C\_616/2009 du 14 décembre 2009, cf. pour l'ancien droit, ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5a, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités). Le point de départ du délai n'est pas celui de la commission de son erreur par l'administration, mais celui où elle aurait dû, dans un deuxième temps, s'en rendre compte (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1, 122 V 270 consid. 5b/aa, 119 V 431 consid. 3a et les arrêts cités; arrêt PS.2005.0027 du 20 avril 2005 consid. 2). Si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption selon l'art. 25 al. 2 première phrase LPGA ne peut commencer à courir qu'avec le versement

effectif de la prestation, la créance en restitution de rentes mensuelles versées à tort n'étant pas sujette à péremption aussi longtemps que la prestation périodique n'a pas encore été versée (TF 9C\_473/2012 du 9 novembre 2012, consid. 3, 9C\_363/2010 du 8 novembre 2011, consid. 2.1 et les références citées). Le délai de péremption d'une année commence à courir dans tous les cas aussitôt qu'il s'avère que les prestations en question étaient indues (TFA K 70/2006 du 30 juillet 2007, consid. 5.1). En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement de l'indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour une administration de réclamer le remboursement de prestations versées à tort en cas de faute de sa part (ATF 110 V 304). La demande de restitution interrompt les délais de péremption de l'art. 25 al. 2 LPGA, si elle est déposée à temps mais ne peut être demandée que si les prestations visées ont été indûment touchées. Toutefois, rien n'oblige l'assurance sociale à attendre que la décision constatant le caractère indu du versement soit définitive (TF 9C\_564/2009 du 22 janvier 2010, consid. 5.3).

**c)** Le destinataire d'une décision de restitution qui entend la contester dispose en réalité de deux moyens qu'il convient de distinguer de façon claire: s'il prétend qu'il avait droit aux prestations en question, il doit s'opposer à la décision de restitution dans un délai de trente jours; en revanche, s'il admet avoir perçu indûment les prestations mais qu'il invoque sa bonne foi et les difficultés économiques qu'il rencontrerait en cas d'un remboursement, il doit présenter une demande de remise au sens des art. 3, 4 et 5 OPGA. Dans la mesure où cette requête ne peut être traitée sur le fond que si la demande de restitution est entrée en force, la remise et son étendue font donc l'objet d'une procédure distincte (cf. art. 4 al. 2 OPGA).

**d)** En l'espèce, la recourante n'avait pas droit au versement de la rente postérieurement à la suppression rétroactive de celle-ci au 20 décembre 2011 compte tenu de la violation de l'obligation de renseigner au sens de l'art. 77 RAI selon l'arrêt de la cour de céans du 29 juillet 2013 (CASSO AI 32/13 - 186/2013) confirmant en ce sens, la décision de

suppression de prestations rendue le 19 décembre 2012 par l'OAI. En l'absence de recours formé à son encontre, l'arrêt précité est désormais définitif. Une fois que l'intimé a eu connaissance de l'erreur en lien avec le versement par la caisse de compensation de la rente pour les mois de janvier et février 2012, l'Office AI a réagi, par décision du 25 février 2013, en exigeant la restitution du montant indu (1'160 fr.). Dans ces circonstances, le droit de l'autorité intimée de demander la restitution des prestations indûment touchées n'était donc pas périmé (cf. consid. 3b supra).

L'OAI était en définitive bien fondé à demander la restitution du montant total de 1'160 fr. indûment versé à la recourante.

Demeurent en revanche ouvertes la condition de la bonne foi de la recourante, de même que celle de sa situation financière, qui devront, le cas échéant, être examinées à l'occasion d'une demande ultérieure de remise de la prestation à restituer au sens des art. 25 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase, LPGA et 3 ss OPGA (cf. consid. 3c supra). La décision qui sera rendue sur la demande de remise pourra cas échéant faire l'objet d'un recours.

**4.** Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

En dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure est onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI). Il est cependant renoncé à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD). La recourante – au demeurant non assistée des services d'un mandataire professionnel – n'obtient pas gain de cause et ne peut donc pas prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- O. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :