

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral, et M. Pittet, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Pully, recourante,

et

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

Art. 87 RAI

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé en 1992 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une première demande de prestations, en faisant état de hernies discales. A la suite de cette demande, elle a bénéficié d'un reclassement professionnel pour une formation d'assistante médicale et a obtenu le 12 février 1996 un diplôme de secrétaire médicale.

b) Le 5 mai 1998, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, sollicitant l'octroi d'une rente, en mentionnant des hernies discales à répétition et la pose de deux prothèses dorsales lombaires. Cette demande a été rejetée par décision du 17 décembre 2001, au motif que l'assurée ne présentait pas de préjudice économique et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Cette décision est entrée en force.

c) Le 19 septembre 2006, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait à nouveau état de hernies discales (3 prothèses), ainsi que de by-pass thérapeutique, d'ablation de la vésicule biliaire, de poche stomacale, d'infiltration au genou, de rhumatisme, d'incontinence et de dépression. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande.

Dans un rapport du 21 décembre 2006, le Dr U. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie, a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies, de douleurs lombaires chroniques après opérations multiples, d'une méniscose postéro-interne gauche ainsi que d'une calcification sous-acromiale de l'épaule gauche, entraînant une importante impotence fonctionnelle. Il a estimé la capacité de travail à 25%, éventuellement à 40% au maximum.

L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au Service médical régional AI (ci-après: le SMR). Dans son rapport du 8 août 2008, ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: périarthrite scapulo-humérale droite avec déchirure partielle tendineuse du muscle sus-épineux, conflit sous acromial et status après opération de l'épaule droite, périarthrite scapulo humérale gauche calcifiante avec status après opération de l'épaule gauche, lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après opérations rachidiennes multiples, dont pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1, douleurs abdominales, diarrhées et incontinence fécale dans le cadre d'un status après trois opérations bariatriques, dont un bypass gastrojéjunal ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de deux éventrations, et d'un status après nombreuses opérations neurochirurgicales, notion anamnestique d'anévrisme de l'aorte abdominale, douleurs du genou gauche avec limitations fonctionnelles dans le cadre d'un status après ostéotomie de valgisation pour gonarthrose. Il a également notamment posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'incontinence urinaire à l'effort. Le Dr X._____ a retenu une capacité de travail de 70% comme opératrice-réceptionniste ou dans une activité adaptée. L'incapacité de travail de 30% s'expliquait par une baisse de rendement en raison des nombreuses limitations fonctionnelles, qui ont été décrites comme suit:

"Rachis: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs: pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg.

Diarrhées et incontinence: avoir des toilettes à proximité du poste de travail, où l'assurée peut se rendre.

Eventration et notion anamnestique d'anévrisme de l'aorte abdominale: pas d'effort important, pas de lever de charges de plus de 5 kg.

Membres inférieurs: pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier".

Par projet de décision du 5 janvier 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente, en retenant que l'intéressée présentait une capacité de travail de 70% dans l'activité d'opératrice-réceptionniste et dans une activité adaptée, ce qui excluait tout préjudice économique.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a notamment déposé une attestation du 13 février 2008 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie, traumatologie et chirurgie viscérale, selon laquelle elle avait récemment bénéficié d'une intervention chirurgicale qui contre-indiquait désormais tout effort ou port de charges lourdes.

Dans un rapport du 27 avril 2011, la Dresse S._____, psychiatre traitante, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de grave trouble de la personnalité (personnalité borderline), de trouble des conduites alimentaires non spécifié, de troubles dysthymiques, de trouble dépressif majeur récurrent, de trouble douloureux et de multiples antécédents chirurgicaux. Au vu de la chronicité et de la gravité des troubles, de l'importance de la comorbidité et des atteintes physiques et psychiques, l'incapacité de travail était totale.

A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2011, ce médecin a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité abandonnique (dépendante) avec traits histrioniques. Il a retenu l'absence de véritable comorbidité psychiatrique, de cristallisation psychique et d'isolement social, en ajoutant que l'assurée avait des ressources psychologiques. Du point de vue psychiatrique, l'assurée était capable de travailler à 100% dans une

activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un avis médical du 23 novembre 2011, le Dr Q. _____ du SMR a relevé que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique susceptible d'influencer durablement la capacité de travail, observant que la capacité de travail exigible était inchangée.

Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, en retenant notamment qu'elle présentait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

L'intéressée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle instruction.

Par arrêt du 17 septembre 2013 (cause AI 27/12 - 380/2012), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision du 6 décembre 2011. En substance, elle a retenu que l'intéressée ne présentait pas de limitation de sa capacité de travail sur le plan psychique au vu de l'examen clinique effectué par le Dr G. _____. Sur le plan somatique, elle a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen du Dr X. _____, qui avait procédé à un examen complet des atteintes présentées par l'intéressée (notamment pour l'incontinence). L'assurée présentait dès lors une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée et n'avait donc pas droit à une rente d'invalidité.

d) Dans un courrier du 1^{er} janvier 2013 à l'OAI, l'assurée a expliqué qu'elle avait subi 30 opérations, dont 10 au niveau du dos et 3 d'éventration, qu'elle était incontinente à 80%, que sa jambe gauche était insensible et qu'elle souffrait d'anorexie. Elle a demandé l'octroi d'une rente.

Le 19 février 2013, l'OAI a invité l'assurée à lui remettre tout document médical permettant le cas échéant de rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision, lui impartissant un délai de 30 jours à cet effet. L'assurée n'a adressé aucun document à l'OAI.

Par projet de décision du 2 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Dans un rapport du 22 avril 2013 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de status après de nombreuses interventions orthopédiques, de séquelle de hernie, d'incontinence urinaire mixte et d'incontinence fécale. Il a indiqué que l'assurée, souffrant d'incontinence, devait aller très régulièrement aux toilettes et devait parfois y rester 10 à 20 minutes pour expulser ses selles. Il a retenu une incapacité de travail de 100% ainsi qu'un pronostic défavorable.

Le 30 avril 2013, l'OAI a relevé que la précédente demande de prestations avait déjà fait l'objet d'une instruction pour les problèmes d'incontinence, de sorte que le rapport du Dr J._____ ne faisait pas état d'un problème nouveau.

Dans ses observations du 7 mai 2013, l'assurée a expliqué que son état de santé s'était modifié depuis le dépôt de sa demande d'octobre 2006, dès lors qu'elle avait subi 14 opérations avec 14 narcoses complètes, avec comme conséquence le port d'un appareil orthopédique à la jambe gauche. Elle avait actuellement deux éventrations et une instabilité ventrale et elle souffrait d'incontinence urinaire et fécale. Elle a en outre expliqué qu'elle était bipolaire depuis 2012 et totalement dépressive et a proposé que l'OAI se renseigne auprès de ses médecins traitants.

Par décision du 16 mai 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, en retenant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Dans une lettre d'accompagnement du 16 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée de ce qui suit:

"Comme indiqué précédemment dans notre courrier du 30 avril 2013, les affections dont vous faites mention ont déjà fait objet d'une instruction, et d'une prise de position de notre part (cf. décision du 6.12.2011, confirmée par jugement du 27.11.2012).

Comme précisé dans la lettre du 19 février 2013, votre nouvelle demande ne peut être examinée, en application des articles 17 LPGA et 87 et ss RAI, que s'il est établi de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

Attendu que dans ce type particulier de procédure, il n'appartient pas à l'Office AI, mais à l'assuré de fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, vous devez produire, à vos frais, un rapport médical détaillé précisant entre autres:

- le diagnostic,
- la description de l'aggravation de votre état de santé par rapport à l'état antérieur et la date à laquelle elle est survenue,
- le nouveau degré de votre incapacité de travail,
- le pronostic et d'autres renseignements utiles.

Actuellement, avec les éléments nouvellement amenés, vous n'avez pas établi que l'invalidité s'est modifiée depuis notre précédente décision.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons notre projet de décision du 2 avril 2013".

B. Par acte du 23 mai 2013, H._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle soutient notamment qu'elle est incontinente, qu'elle ne peut rester assise ou debout plus de 30 minutes d'affilée, qu'elle doit aller aux toilettes environ 3 heures par jour, qu'elle ne doit pas porter de charges, qu'elle marche avec une canne, que son genou gauche ne se plie pratiquement pas, qu'elle a deux prothèses lombaires et enfin qu'elle est bipolaire, suicidaire et anorexique. Elle fait

en outre valoir qu'elle a subi 14 opérations sous narcose complète entre le 13 mars 2007 et le 23 janvier 2008.

Dans sa réponse du 9 juillet 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, en précisant ne rien avoir à ajouter par rapport à la décision attaquée et à sa lettre d'accompagnement.

Par réplique du 20 juillet 2013, la recourante soutient que son état de santé s'est très largement détérioré et répète qu'elle a subi de nombreuses opérations chirurgicales. Elle a produit les pièces suivantes:

- Une convocation de l'Hôpital [...], annonçant qu'elle allait subir une intervention chirurgicale le 12 août 2013, ainsi qu'une consultation préalable avec un médecin anesthésiste le 25 juillet 2013.

- Une convocation du 28 mai 2013 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, annonçant que sa date d'entrée à l'Hôpital [...] est fixée au 12 août 2013, l'opération ayant lieu le lendemain.

Dans sa duplique du 31 juillet 2013, l'intimé a confirmé ses conclusions, en faisant valoir que les pièces médicales produites par la recourante ne pouvaient être prises en compte dans le cadre de la présente procédure de recours.

Le 9 août 2013, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

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

auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} janvier 2013 par la recourante. Cela étant, la présente procédure porte uniquement sur le point de savoir si l'intéressée a rendu plausible, au regard des pièces produites devant l'intimé, une péjoration significative de son état de santé.

3. Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement l'art. 87 al. 2 et 3 RAI) 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 l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2).

A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références citées), ne s'applique pas à la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (actuellement: art. 87 al. 2 RAI). Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 (ATF 130 V 64; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1).

4. **a)** Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 6 décembre 2011, entrée en force suite à l'arrêt de la Cour de céans du 27 novembre 2012, 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. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assurée le 1^{er} janvier 2013. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. En d'autres termes, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'intimé, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en oeuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations - en l'occurrence le rapport du 22 avril 2013 du Dr J. _____ - justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) En l'occurrence, dans le cadre de la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 1^{er} janvier 2013, le Dr J. _____ a adressé un rapport le 22 avril 2013 à l'OAI. Il y fait état de status après interventions orthopédiques, de séquelle de hernie et d'incontinence urinaire et fécale. Il indique que l'assurée doit aller très régulièrement aux toilettes et doit parfois y rester 10 à 20 minutes.

De telles atteintes ne sont pas nouvelles par rapport aux constatations médicales faites lors des précédentes demandes déposées par l'assurée. En effet, dans son rapport d'examen du 8 août 2008, le Dr X._____ a indiqué que l'assurée avait subi une opération de l'épaule droite en relation avec un conflit sous-acromial, une opération de l'épaule gauche en relation avec une périarthrite scapulo-humérale, des opérations rachidiennes multiples relatives à des lombalgies chroniques persistantes (dont des prothèses discales), trois opérations bariatriques consécutives à des douleurs abdominales, et de nombreuses opérations neurochirurgicales. Le Dr X._____ a en outre mis en évidence d'importants problèmes dorsaux, et l'assurée elle-même s'est prévaluée de hernies discales dans ses précédentes demandes de 1992, 1998 et 2006. Ce médecin a également retenu que l'assurée souffrait de diarrhées et d'incontinence fécale, ainsi que d'incontinence urinaire à l'effort. Comme limitations fonctionnelles, il a notamment retenu qu'en raison des diarrhées et de l'incontinence, l'assurée devait avoir des toilettes à proximité de son poste de travail. On rappellera que la Cour de céans, dans son arrêt du 7 novembre 2012, a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen du Dr X._____. Dès lors, les constatations et l'avis du Dr J._____ ne permettent pas de justifier une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 6 décembre 2011.

Au demeurant, les pièces produites par la recourante en procédure, soit tardivement dans la mesure où seules les pièces produites en procédure administrative doivent être examinées (ATF 130 V 64), émanant de l'Hôpital [...] et du Dr F._____, se bornent à indiquer une convocation pour une consultation préalable avec un médecin anesthésiste le 25 juillet 2013 et pour une intervention chirurgicale le 12 août 2013. Outre que ces convocations se rapportent à une date postérieure à celle de la décision attaquée - rendue le 16 mai 2013 - elles n'indiquent pas que l'assurée présenterait une aggravation de son état de santé avec une répercussion sur sa capacité de travail.

Enfin, la recourante fait état de ses problèmes de santé, en particulier en relatant ses opérations subies et en décrivant ses limitations fonctionnelles, lesquels sont toutefois largement décrits et étayés dans les pièces médicales figurant au dossier dans le cadre de ses précédentes demandes de prestations. Au demeurant, il appartient au médecin de se prononcer sur l'état de santé d'un assuré (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1) et non à l'assuré lui-même. Or, la recourante ne s'appuie sur aucune pièce médicale pour démontrer qu'elle souffrirait d'une nouvelle atteinte (somatique ou psychique), avec répercussion sur sa capacité de travail et donc sur son degré d'invalidité.

c) Il y a donc lieu de retenir que la recourante n'a pas établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations. C'est donc à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 1^{er} janvier 2013. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée.

5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe.

b) Vu l'issue du litige, la recourante – par ailleurs non assistée – n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante H._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- H._____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurance sociales

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :