

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 septembre 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Durussel, juge, et M. Monod, assesseur  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**E.** \_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, originaire de Somalie, réside en Suisse depuis 1993. Sans formation, l'assurée a assumé le rôle de femme au foyer. Le 7 septembre 2016, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant de l'arthrose à la hanche droite, présente depuis le mois de mai 2009.

Dans un rapport médical du 20 décembre 2016, la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a retenu en tant que diagnostics avec effet sur la capacité de travail une coxarthrose droite, une fibromyalgie ainsi qu'une surdité sévère de perception bilatérale. Ce médecin retenait que, d'un point de vue médical, l'activité de femme au foyer n'était exigible qu'à 50% en raison de son état algique.

Poursuivant l'instruction, l'OAI a requis du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) l'établissement d'un examen clinique rhumatologique. Dans son rapport du 9 février 2018, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a retenu le diagnostic principal de coxarthrose bilatérale avec ostéochondromatose droite secondaire dans le cadre d'une coxa profunda et d'un conflit fémoro-acétabulaire bilatéral, associée à des rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, à une périarthrite scapulo-humérale droite avec conflit sous-acrominal, à une discrète gonarthrose droite ainsi qu'à une surdité sévère de perception bilatérale. En tant que diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail, le Dr J.\_\_\_\_\_ a mentionné une fibromyalgie, une obésité, une hypertension artérielle traitée avec cardiopathie hypertensive et petite insuffisance mitrale, une anosmie d'origine idiopathique ou post-infectieuse, un probable kyste arachnoïdien sellaire ainsi qu'une allergie aux pollens, aux œufs, au poulet et au maïs. Ce médecin a conclu à une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de femme au foyer et à une capacité nulle dans une activité de femme de ménage, de

vendeuse ou d'aide de cuisine. Dans une activité adaptée, le Dr J. \_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée était capable de travailler à 70% depuis 2012. A l'appui de ses conclusions, ce médecin a retenu les éléments suivants :

Dans ce contexte clinique, nous retenons des LF qui ne sont pas respectées dans une activité de femme au foyer. Ainsi, dans une telle activité, nous retenons une CT de 50 % comme la Dre Z. \_\_\_\_\_.

Par ailleurs, l'assurée nous a dit que si elle était en BSH, elle travaillerait à 100 % depuis 2013, date depuis laquelle sa plus jeune fille va à l'école. Si elle était en BSH, l'assurée nous dit qu'elle travaillerait comme aide de cuisine ou femme de ménage. Évidemment, dans de telles activités, la CT doit être considérée comme nulle. Elle doit être également considérée comme nulle dans une activité de vendeuse dans un magasin d'alimentation et d'habits, travail qu'elle a effectué auprès du magasin de sa mère en Somalie.

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une CT de 70 %. Effectivement, nous retenons tout de même une IT de 30 % dans une activité adaptée, au vu des nombreuses LF qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Nous ne retenons cependant pas une IT supérieure à 30 % dans une activité adaptée, car il n'y a aucune raison biomécanique à le faire. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne et pendant l'entretien, elle ne s'est pas montrée du tout algique, ceci contrastant donc avec des douleurs qu'elle cote à 10/10 à l'EVA. Le fait qu'elle puisse faire la cuisine et mettre la vaisselle dans le lave-vaisselle contraste également avec ses douleurs à 10/10.

Par ailleurs, malgré ses douleurs cotées à 10/10, l'assurée a été capable de partir en avion en Somalie en 2016. Par ailleurs, malgré que l'assurée a dit qu'elle ne pouvait pas rester assise plus de 1 heure, elle restée assise en cours d'entretien 2 heures consécutivement sans gêne particulière. Ainsi, il existe, chez cette assurée, certaines incohérences.

Par ailleurs, l'assurée nous a paru euthymique.

Elle garde par ailleurs une bonne intégration sociale.

Elle a d'autres bonnes ressources disponibles ou mobilisables, puisqu'elle est bien soutenue par son réseau social, ses connaissances somaliennes, son mari et ses enfants.

Malgré que l'assurée a parfois quelques difficultés à s'exprimer en français, on comprend tout à fait son discours en français, qui est assez bon, et ceci malgré un accent important.

Cependant, l'assurée n'est pas motivée par la reprise d'une activité professionnelle. Elle a par contre bien adhéré à la thérapie.

On note cependant, chez cette assurée, d'importants motifs d'exclusion. Elle se montre effectivement très démonstrative en cours d'examen, notamment du rachis, des épaules, des hanches et

du genou D. Elle pousse notamment des grognements et des cris lors de l'examen de ces diverses régions articulaires. Elle développe également une importante résistance volontaire, avec contrepulsions à la mobilisation passive du rachis cervical, lombaire, de l'épaule D, des 2 hanches et du genou D. Elle présente au total 4 signes de non organicité selon Waddell sur 5 sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une importante discordance entre la DDS et la DDO sur le lit d'examen et surtout d'une importante démonstrativité à l'examen du rachis lombaire. L'assurée présente également un signe de non organicité selon Kummel.

Par ailleurs, nous avons pu confirmer le diagnostic de fibromyalgie posé par la Dre Z. \_\_\_\_\_ en tenant compte des critères ACR 2010 révisés en 2016 par Wolf et collaborateurs.

Cependant, comme signalé plus haut, l'assurée a de bonnes ressources.

L'assurée ne souffre par ailleurs pas de maladies addictives. Elle n'a jamais consommé d'OH, de drogues ou n'a jamais fumé.

L'assurée ne présente donc aucun syndrome de dépendance, ayant conduit à un trouble irréversible.

La personnalité actuelle de l'assurée face à sa maladie est plutôt passive, puisqu'elle ne recherche pas une activité légère, compatible avec ses problèmes de santé.

La thérapie suivie jusqu'à présent a été conduite dans les règles de l'art. On peut cependant regretter que l'assurée n'ait pas bénéficié de plus de physiothérapie active et notamment de physiothérapie ayant consisté en une tonification de la musculature rachidienne, ce qui aurait permis peut-être une amélioration plus conséquente des douleurs rachidiennes.

Comme signalé plus haut, nous notons chez cette assurée des incohérences, liées probablement à la présence d'importants motifs d'exclusion et notamment d'une importante démonstrativité, ainsi que de nombreux signes de Waddell et un signe de Kummel sur 2. Effectivement, malgré que l'assurée cote ses douleurs à 10/10 à l'EVA de la douleur, l'assurée a été capable de rester assise sans gêne particulière consécutivement pendant l'entretien qui a duré 2 heures, alors qu'elle nous a dit qu'elle ne pouvait rester assise qu'une heure.

Par ailleurs, l'assurée a été capable de partir en Somalie, en 2016, en avion.

Elle est également capable de faire le repas de midi, avec une petite aide de son mari. Elle est également capable de mettre la vaisselle dans le lave-vaisselle. Elle est également capable de faire les petites commissions.

Elle se promène également 10-15 minutes avec son mari pendant le week-end.

L'assurée ne conduisant pas, elle utilise les transports publics, accompagnée de son mari ou de ses enfants, probablement pour des raisons plutôt culturelles, l'assurée portant d'ailleurs un habit traditionnel.

Par ailleurs, l'assurée garde une bonne intégration sociale, malgré ses douleurs qu'elle cote si haut.

### **Limitations fonctionnelles**

*MI*: pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de 30 minutes, pas de marche de plus de 10-15 minutes.

*Rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.

*MSD alors que l'assurée est droitière* : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule D à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le MSD.

*Surdité sévère de perception* : travail dans une atmosphère peu bruyante, même si l'assurée obtient des appareils acoustiques.

### **Début de l'IT durable**

Depuis 2012, date de la 1<sup>ère</sup> IRM ayant mis en évidence une importante coxarthrose D sur coxa profunda, avec conflit fémoro-acétabulaire.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

Depuis 2012.

### **Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?**

L'IT est restée de 50 % dans l'activité habituelle de femme au foyer depuis 2012. Par contre, dans une activité de vendeuse, de femme de ménage ou d'aide de cuisine, l'IT doit être considérée comme totale.

Par ailleurs, dans une activité strictement adaptée aux **LF** requises par la pathologie ostéoarticulaire, la CT est de 70 %.

**Concernant la capacité de travail exigible**, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la coxarthrose bilatérale, accessoirement par les rachialgies, par la PSH D, par le syndrome rotulien D dans le cadre d'une discrète gonarthrose D fémoropatellaire.

### **Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation**

Depuis 2012.

### **Pronostic**

Les troubles dégénératifs des hanches, du genou, et du rachis risquent de s'aggraver à long terme. Des infiltrations des hanches pourraient améliorer la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, il serait tout à fait possible de mettre une PTH à l'assurée, ce qui permettrait probablement une amélioration substantielle des douleurs.

Par projet de décision du 4 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, au motif

que le degré d'invalidité, fixé à 33%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée, par l'intermédiaire de la CAP Protection juridique, s'est déterminée le 6 novembre 2018 quant au projet de décision précité. Elle a produit un rapport du 2 novembre 2018 établi par la Dre Z.\_\_\_\_\_, retenant que les activités adaptées telles que décrites dans le projet de décision, soit notamment un travail léger à l'établi ou en usine à un taux d'occupation de 70%, n'étaient pas envisageables en raison de ses limitations de mobilité, de sa capacité à l'effort et du fait que l'assurée ne tolérait pas la position assise prolongée. La Dre Z.\_\_\_\_\_ indiquait qu'aucune activité adaptée n'était envisageable, l'assurée n'étant actuellement pas réadaptable. L'intéressée a également produit un rapport médical du 6 novembre 2018 émanant de la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chiropratique, dont la teneur est la suivante :

Mme souffre de polyarthrose, avec une chronicisation de ses douleurs depuis que je la connais malgré les divers essais thérapeutiques. Elle est très embêtée par ses douleurs de hanche qui la limite dans les tâches ménagères, et rendait difficile d'amener sa fille à l'école.

Au vu du contexte socio-culturel de la patiente, il semble difficile de faire mieux sur le plan rééducatif et conservateur que de la maintenir dans un état fonctionnel pour ses tâches de maison, cependant je ne vois pas sa fonctionnalité lui permettre de tenir une activité professionnelle en plus, même avec un petit pourcentage.

Il est nécessaire de bilancer de façon plus précise ses douleurs multiples avec un status rhumatismal et orthopédique complet, et de statuer sur l'éventualité d'une cure chirurgicale pour sa coxarthrose, qui était prévue par le Dr K.\_\_\_\_\_ depuis une année, mais cependant pas encore effectuée.

Le 7 décembre 2018, l'assurée a produit un rapport médical du 29 novembre 2018 émanant du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin expliquait que la situation de l'assurée était aggravée par une obésité avec un BMI de 31,2 kg/m<sup>2</sup> ainsi que par une fibromyalgie. Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr K.\_\_\_\_\_ évoquait un périmètre de marche limité à 15 minutes, l'impossibilité de soulever de manière répétitive des poids de plus de 7 kilos, de demeurer en station verticale et en station assise plus de 30 minutes ainsi que de s'accroupir ou de s'agenouiller ; il estimait que la capacité de travail était nulle.

Après consultation de son service médical (avis médical du 26 novembre 2018 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 25 janvier 2019.

**B.**           **a)** Par acte du 21 février 2019, T.\_\_\_\_\_, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance à son annulation. Elle faisait valoir qu'on lui avait diagnostiqué une arthrose à la hanche et que, depuis, son état de santé avait décliné. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un rapport médical du 21 février 2019 émanant du Dr K.\_\_\_\_\_, qui confirmait l'aggravation de l'état de santé de l'assurée avec l'apparition de douleurs au poignet, respectivement à la main, ainsi qu'aux deux pieds. Ce médecin retenait les diagnostics d'arthrose métacarpo-phalangiennes des 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> rayons de la main droite, une arthrose articulaire lisfranc du pied droit ainsi qu'une arthrose médio-tarse, tarso-métatarsienne et métatarso-phalangienne du 1<sup>er</sup> rayon.

Dans sa réponse du 24 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours déposé par l'assurée, renvoyant à un avis médical SMR du Dr S.\_\_\_\_\_ du 9 avril 2019, dont la teneur est la suivante :

Tant la Dre Z.\_\_\_\_\_ que le Dr K.\_\_\_\_\_ dans leurs RM respectivement du 02.11.2018 et 29.11.2018 concluent aux mêmes pathologies que ce qui avait été retenu lors de l'examen clinique SMRSR et aux mêmes limitations fonctionnelles ; le fait que ces médecins décrètent de manière souveraine qu'un tel état n'est pas compatible avec une activité adaptée ne diminue pas la valeur des conclusions fondées de l'examen clinique SMRSR du 24.01.2018.

Les données fournies par le cardiologue et l'ORL n'ont pas de conséquence quant à la CT exigible dans une activité adaptée.

Les lésions dégénératives au niveau de la main droite et des pieds sont objectivement mineures et ne sont pas susceptibles d'entraver l'exercice de l'activité professionnelle légère définie au terme de l'examen clinique SMRSR.

Il n'a donc pas été apporté la preuve que des pathologies significatives aient été ignorées ou sous-évaluées lors de l'examen clinique rhumatologique SMRSR du 24 01.2018 et il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de ses conclusions.

Répliquant le 19 mai 2019, l'assurée a confirmé les conclusions prises à l'occasion de son 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, déposé 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), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

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).

**b)** Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie 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 (art. 28 al. 2 LAI).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner

objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En l'espèce, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions prises par le Dr J.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 février 2018, ce dernier remplissant toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions formulées résultent d'une analyse complète de la situation médicale, tant objective que subjective. Ce médecin détaille de manière convaincante d'éventuels motifs d'exclusion, soulignant notamment un manque de cohérence entre les plaintes rapportées par la recourante et les constatations objectives. En effet, à en croire la recourante, les douleurs dont elle souffrirait seraient si intenses qu'elle en vomirait, cette dernière décrivant également des piqûres au pli inguinal et à la fesse droite. Cependant, comme le relève le médecin du SMR, la recourante n'a de loin pas épuisé tous les traitements susceptibles d'améliorer son état de santé, dès lors que des infiltrations et l'implantation d'une prothèse entraîneraient une amélioration substantielle des douleurs. Il sied en outre de relever que durant l'examen réalisé par le Dr J.\_\_\_\_\_, la recourante a été capable de rester assise pendant deux heures sans formuler une quelconque plainte. Le Dr J.\_\_\_\_\_ souligne également les différentes ressources dont

continue à disposer la recourante, notamment sa capacité à tenir son ménage et à maintenir un cercle social et familial satisfaisant, trouvant notamment les ressources nécessaires afin de se rendre récemment en Somalie.

**b)** Rien au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions prises par le Dr J.\_\_\_\_\_. Tant dans le rapport du 2 novembre 2018 établi par la Dre Z.\_\_\_\_\_ que dans les rapports établis par le Dr K.\_\_\_\_\_ (rapports des 29 novembre 2018 et du 21 février 2019), l'appréciation concernant la capacité de travail demeure très succincte et principalement axée sur les plaintes de la recourante, insuffisante pour emporter la conviction. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 novembre 2018 correspondent par ailleurs largement à celles mentionnées par le Dr J.\_\_\_\_\_. Or, il ne suffit pas de mentionner la présence de limitations fonctionnelles. Encore faut-il démontrer qu'elles mènent à une incapacité de travail dans toute activité, ce que le Dr K.\_\_\_\_\_ ne fait pas. Quant au rapport établi par la Dre D.\_\_\_\_\_, il n'apporte rien de nouveau, ce médecin ne dressant pas une appréciation définitive de la situation médicale de l'intéressée, soulignant au contraire la nécessité de dresser un bilan plus précis des différentes douleurs rapportées et de statuer sur l'éventualité d'une cure chirurgicale.

**c)** Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est fondé sur le rapport établi le 9 février 2018 par le Dr J.\_\_\_\_\_, selon lequel la recourante présente effectivement une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Fort de ce constat, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

**7. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase

LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**c)** Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant 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.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 25 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- T.\_\_\_\_\_,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :