

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mai 2020

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Durussel, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a exercé la profession d'auxiliaire de santé. A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010, elle a travaillé pour [...] à raison de 5,79 heures par jour.

**b)** Le 15 mai 2012, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), se prévalant de douleurs au niveau de son genou gauche.

                  Selon un rapport établi le 1<sup>er</sup> mai 2012 par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, elle présentait des douleurs tibiales antérieures de l'insertion du ligament rotulien. Cette insertionite était d'évolution récurrente et entraînait des répercussions fonctionnelles en position debout, au piétinement, et lors de la marche.

                  Dans un rapport du 31 août 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin praticien, a quant à lui retenu les diagnostics de chondropathie rotulienne gauche, de tendinopathie distale gauche et de déformation des membres inférieurs avec des genu valgus et des pieds plats. Il a attesté d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et indiqué que l'assurée ne pouvait se fléchir, se pencher, porter ou soulever des charges, monter des escaliers ou encore marcher en terrain irrégulier. Par rapport du 5 novembre 2013, il a néanmoins fait état d'une amélioration des douleurs et d'une reprise de la capacité de travail dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, notant à titre de limitations fonctionnelles, la montée des escaliers, le travail à genou, le soulèvement et le port de charges.

                  Selon une note d'entretien du 18 mars 2014, l'assurée ne rencontrait aucun obstacle à l'exécution de ses tâches depuis la reprise de son activité professionnelle.

Par projet de décision du 20 mars 2014, confirmé par décision du 16 mai 2014, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 23 %, étant rappelé que selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 octobre 2013, un statut 80 % active et 20 % ménagère était retenu avec un empêchement de 9 % sur la part ménagère.

**c)** Le 27 février 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, faisant valoir une arthropathie et une tendinopathie rachidienne, avec des grosses articulations, ainsi qu'une coronopathie et une cardiopathie.

Selon le Dr R.\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée n'était plus compatible avec une activité professionnelle imposant des efforts ou une marche prolongée, notamment avec des montées d'escaliers (cf. certificat médical du 5 novembre 2018 adressé à l'assurance perte de gain maladie de l'assurée).

L'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien qui s'est tenu le 12 avril 2019. A teneur du rapport initial y relatif, l'intéressée souffrait de douleurs au niveau des cervicales et au genou gauche. Elle était en outre rapidement essoufflée, mais pouvait récupérer avec un peu de repos.

Interpellé par l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, lui a fait parvenir un rapport qu'il avait adressé le 20 mars 2019 au Dr R.\_\_\_\_\_. Selon ce document, l'échocardiographie n'avait pas montré de cardiopathie hypertensive ni d'éléments expliquant la dyspnée dont se plaignait l'assurée.

Par rapport du 3 mai 2019, le Dr R.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée souffrait de gonalgies et lombalgies chroniques depuis 2016, ainsi que d'une dystrophie endométriale. Elle était confrontée à des douleurs lors de la flexion antérieure du rachis, de la flexion des genoux ou lors de la marche en escalier ou sur terrain accidenté. Sa capacité de travail s'élevait à 40 % dans l'activité habituelle depuis le 7 janvier 2019

et probablement à 70 % dans une activité adaptée. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a notamment joint à son rapport un protocole opératoire du 30 novembre 2018 relatif à une hystéroscopie avec résection endométriale réalisée le 29 novembre 2018.

Dans un avis du 17 mai 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que les rapports médicaux produits dans le cadre de cette deuxième demande n'apportaient aucun élément propre à justifier une péjoration durable de l'état de santé de l'assurée ou une nouvelle atteinte durable et incapacitante.

Par projet de décision du 20 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

L'assurée s'est opposée à ce projet au travers d'une correspondance du 11 juin 2019 rédigée par le Dr R.\_\_\_\_\_, sur laquelle elle a apposé sa signature. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a quant à lui soulevé les éléments suivants :

« Je suis très régulièrement cette patiente depuis un peu plus de 10 ans et dans ce cadre j'ai eu à prendre en charge plusieurs pathologies dont certaines n'étaient pas présentes ou pas documentées en 2014 lorsqu'elle avait déposé sa précédente demande classée sans suite.

Ainsi, les cervicalgies chroniques avec cervico-brachialgies de plus en plus incapacitantes, au-delà des douleurs, la patiente a souvent du mal à serrer fortement les objets qu'elle déplace entraînant maladresse et chute d'objet.

Par ailleurs, sont apparues des tendinopathies ne cédant pas sous traitement usuel d'anti-inflammatoire et d'infiltration touchant le tendon achylien gauche et plus récemment les deux tendons rotuliens et une gonarthrose débutante bilatérale générant de grandes difficultés à se déplacer, notamment en escaliers, à se fléchir, à travailler à genoux ou accroupie, à tenir une position verticale prolongée.

Enfin on note que ses problèmes rhumatologiques ont généré une obésité par la réduction de l'activité, obésité qui a un impact certain sur les lésions articulaires et tendineuses, l'insuffisance cardiaque

avec dyspnée d'effort et hypertension artérielle présentée par la patiente.

Dans ces conditions, il est évident que la patiente ne peut continuer à plein rendement et à pleine activité ses fonctions d'aide-soignante auprès de personnes âgées dépendantes à domicile.

Je note enfin que ces avis sont corroborés par le Docteur N. \_\_\_\_\_ et la Doctoresse [...] qui ont eu à prendre en charge la patiente.

Par ailleurs ce dossier n'a jamais été expertisé par les médecins du SMR, et qu'il s'agit à l'évidence d'un dossier plus complexe que ce que laisse entendre votre lettre ci-dessus référencée ».

Le Dr R. \_\_\_\_\_ a en outre fait parvenir à l'OAI les documents suivants :

- un rapport d'examen d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 9 avril 2019, objectivant une cervico-discarthrose C4-C5, C5-C6, ainsi qu'un étage cervical dorsal haut prédominant en D1-D2 à droite ;
- un rapport d'examen d'IRM pelvienne du 18 décembre 2018 ;
- un rapport d'examen d'échographie abdomino-pelvienne du 12 juin 2017.

Par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 27 février 2019.

**B.** Par acte du 29 août 2019, B. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant implicitement à son annulation.

A l'appui de son recours, elle a produit un rapport établi le 23 août 2019 par le Dr R. \_\_\_\_\_, lequel retenait les diagnostics de cervicalgies chroniques avec cervico-brachialgies aiguës sur cervico-discarthrose C4-C5, C5-C6 et D1-D2, de dorsalgies hautes sur troubles dégénératifs sévères de C7 à D4, avec ostéophytose postérieure faisant protrusion dans les trous de conjugaison du côté droit, de lombalgies

chroniques avec lombosciatiques aiguës récurrentes sur cervico-discarthrose étagée, de gonalgies bilatérales sur gonarthrose débutante, syndrome fémoro-patellaire et tendinopathie rotulienne et de tendinite achilléenne. Compte tenu de ces diagnostics, l'assurée n'était pas en mesure de porter des charges de plus de 5 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs réguliers, de se pencher en avant ou latéralement, de travailler accroupi ou à genoux, de travailler les bras au-dessus de la tête ou de marcher en terrain décliné ou en escaliers. L'exercice de l'activité habituelle était possible en respectant ces limitations et à un taux maximal de 50 %. Un rapport de CT-Scan thoracique du 27 mars 2014 objectivant les troubles dégénératifs au niveau du rachis dorsal était en outre annexé au rapport du Dr R.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 27 novembre 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, se référant à un avis établi le 12 novembre 2019 par le Dr W.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

« **1- Ainsi, le Dr R.\_\_\_\_\_ annonce successivement différentes douleurs du rachis.** Ainsi en moins de trois mois, le Dr R.\_\_\_\_\_ indique successivement des douleurs au bas du rachis (lombalgies), puis en haut du rachis avec irradiation dans un ou deux bras (cervico-brachialgies) avec notamment une perte de force aux mains faisant suspecter un déficit neurologique aux membres supérieurs...

Aucun de ces diagnostics n'est assorti d'une anamnèse telle que le début de l'IT n'est jamais indiqué. Ces rapports ne recèlent pas de status même sommaire. De plus, ces douleurs rachidiennes n'ont pas motivé d'examen de laboratoire ni de conseil spécialisé. Le seul examen demandé est un IRM du rachis cervical d'avril 2019, produit après le refus d'entrer en matière. Cet examen montre des troubles dégénératifs mais le lien avec la symptomatologie décrite ou une incapacité durable n'est jamais précisé ou argumenté. Tous les autres examens médicaux soutenant à cette demande remontent à 2012-2014 soit avant même la première demande. Sur le plan thérapeutique, nous ne trouvons pas de traitements spécifiques ni d'intensification du traitement antalgique.

**2- Concernant l'atteinte au genou,** depuis la première demande, il est mentionné que cette assurée souffre de gonarthrose associée à une malformation des deux genoux (genu valgum). Toutefois, là non plus, le Dr R.\_\_\_\_\_ ne donne aucun élément rendant compte d'une péjoration significative. Ainsi, il n'y a pas d'anamnèse ni de status ni examen radiologique ou conseil orthopédique décrite l'atteinte ou son évolution.

**3- Concernant les atteintes viscérales,** gynécologiques (dystrophie endométriale) ou cardiaques, leur caractère incapacitant n'est pas étayé. Nous nous étonnons que le Dr R. \_\_\_\_\_ mentionne une insuffisance cardiaque dans son rapport du 11 juin 2019 alors que le consilium du Dr Q. \_\_\_\_\_, cardiologue, ne signalait aucune atteinte cardiaque. Ainsi l'échocardiographie de mars 2019 ne montrait pas d'éléments pouvant laisser suspecter ce diagnostic (RM 3.5.19). Nous observons que ce diagnostic n'est finalement plus mentionné dans son dernier rapport.

**CONCLUSION :** le Dr R. \_\_\_\_\_ cite de nouveaux diagnostics mais ne donne pas d'éléments pour les rendre plausibles ni pour soutenir une péjoration objective de l'état de santé ».

### **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 porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 27 février 2019.

**3. a)** 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)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**c)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**5. a)** A titre liminaire, il y a lieu de retenir que nonobstant l'intitulé et la teneur de la décision entreprise, l'intimé est concrètement entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante déposée le 27

février 2019, ce qu'il a au demeurant reconnu dans sa réponse du 27 novembre 2019. En effet, après réception de cette demande, l'intimé a mis en œuvre des mesures d'instruction complémentaires en organisant un entretien le 12 avril 2019, puis en interpellant les médecins traitants de la recourante.

**b)** Cela étant dit, il convient d'examiner si entre la dernière décision de refus de rente du 16 mai 2014 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante, et donc son droit à la rente, s'est produit.

S'agissant des atteintes au niveau des genoux, on relève qu'à l'époque de la première demande, la recourante souffrait déjà d'une chondropathie rotulienne gauche, d'une tendinopathie distale gauche et de déformations des membres inférieurs avec des genu valgus et des pieds plats. Ces atteintes avaient conduit le Dr R. \_\_\_\_\_ à retenir les limitations fonctionnelles suivantes : impossibilité de se fléchir, se pencher, porter ou soulever des charges, monter des escaliers ou encore marcher en terrain irrégulier (cf. rapports des 31 août 2012 et 5 novembre 2013). Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, le médecin traitant a posé les diagnostics de syndrome fémoro-patellaire, de tendinopathie rotulienne et de tendinite achilléenne (cf. rapport du 23 août 2019). Il a également expliqué que les tendinopathies ne cédaient pas sous traitement usuel d'anti-inflammatoire et d'infiltration et qu'une gonarthrose bilatérale débutait (cf. rapport du 11 juin 2019). A l'instar du Dr W. \_\_\_\_\_, on relève toutefois que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'objective pas ces nouvelles atteintes au moyen d'une anamnèse, d'examens radiologiques ou d'un consilium orthopédique. Par ailleurs, il a estimé que la recourante n'était pas en mesure de porter des charges de plus de 5 kg, d'effectuer des mouvements répétitifs réguliers, de se pencher en avant ou latéralement, de travailler accroupi ou à genoux, de travailler les bras au-dessus de la tête ou de marcher en terrain décline ou en escaliers. Or on constate que ces limitations fonctionnelles - à l'exception de celle empêchant le travail les bras levés au-dessus de la tête qui ne résulte à l'évidence pas d'une atteinte au genou - se superposent avec celles

précédemment retenues dans le cadre de la première décision de refus de rente, au terme de laquelle la recourante avait repris son activité habituelle sans rencontrer d'obstacle dans l'exécution de ses tâches (cf. note d'entretien du 18 mars 2014). Ainsi, les nouveaux diagnostics relatifs aux membres inférieurs - non objectivés - retenus par le Dr R. \_\_\_\_\_ n'entraînent en tout état de cause pas de nouvelles ou de plus amples limitations fonctionnelles.

S'agissant des lombalgies chroniques, le Dr R. \_\_\_\_\_ les évoque sans toutefois amener d'éléments susceptibles de les objectiver. Les examens radiographiques réalisés les 27 mars 2014 et 9 avril 2019 ont certes mis en évidence une cervico-dysarthrose C4-C5, C5-C6, ainsi qu'un étage cervical dorsal haut prédominant en D1-D2 à droite. On distingue cependant mal la relation qui pourrait exister entre ces atteintes et les lombalgies, le Dr R. \_\_\_\_\_ ne l'expliquant au demeurant pas. Par ailleurs, tel que relevé par le Dr W. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ ne précise pas quel serait le lien entre les troubles dégénératifs au niveau cervico-dorsal précités et le déficit neurologique des membres supérieurs qu'il suggère dans son rapport du 11 juin 2019, de même que l'impact de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante, étant rappelé les similitudes entre les limitations fonctionnelles retenues l'époque de la décision du 16 mai 2014 et celles mentionnées dans le cadre de la nouvelle demande. La seule nouvelle restriction dont fait état le Dr R. \_\_\_\_\_ est l'impossibilité pour la recourante de travailler les bras au-dessus de la tête. Or il n'apparaît pas que l'activité d'auxiliaire de soin exige d'effectuer de tels mouvements, si bien que cette nouvelle limitation fonctionnelle - si elle était avérée - n'apparaît également pas influencer la capacité de travail de la recourante. Pour le surplus, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'évoque ni traitement spécifique ni intensification du traitement antalgique.

Au niveau cardiologique, il ressort du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ qu'une cardiopathie hypertensive a été exclue, de même que toute autre atteinte propre à expliquer la dyspnée dont se plaint de la recourante. Par ailleurs, à part l'instauration d'un traitement médicamenteux pour l'hypertension artérielle, le cardiologue ne préconise aucune autre

mesure. Il ne recommande pas non plus un allègement des activités, ce qui est significatif de l'absence d'atteinte incapacitante.

Enfin, s'agissant de la dystrophie endométriale avec ménométrorragies persistantes, le Dr R. \_\_\_\_\_ la classe dans la catégorie des diagnostics incapacitants dans son rapport du 3 mai 2019 sans aucune justification ni mention de limitations fonctionnelles correspondant à cette atteinte. L'hystérocopie réalisée le 29 novembre 2018 n'a été à l'origine que de quatre jours d'arrêts de travail (cf. protocole opératoire du 30 novembre 2018) et aucun élément du dossier ne permet de retenir que le diagnostic retenu par le médecin traitant serait à l'origine d'une incapacité durable de travail.

**c)** Force est ainsi d'admettre que les éléments médicaux au dossier ne permettent pas d'établir une péjoration de l'état de santé de la recourante ni un changement important des circonstances propres à influencer son degré d'invalidité depuis la dernière décision de refus de rente du 16 mai 2014. Il s'ensuit que le droit à la rente ne saurait lui être accordé.

**6. a)** En définitive, le recours doit être rejeté. La décision attaquée doit cependant être réformée en ce sens que la recourante n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause et n'est au demeurant pas assistée d'un mandataire professionnel, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 1<sup>er</sup> juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée d'office en ce sens que B. \_\_\_\_\_ n'a pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B. \_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_ ;
- 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 :