

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 novembre 2023

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseure  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), à Carouge (GE),

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1, 53 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI**

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

**A.** Ressortissante portugaise, P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, est la mère d'une enfant née en [...]. Sans formation, l'assurée a travaillé, de septembre 1999 à février 2018, en tant qu'employée de restauration pour le compte de l'K.\_\_\_\_\_ de [...].

Le 28 avril 2016, 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), en raison de fibromyalgie, tendinite, épicondylite calcifiante pré-ménopause et hernie discale remontant à plusieurs années.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'assurée a notamment été examinée le 6 novembre 2018 par les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), lesquels ont rendu leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 21 janvier 2019.

Par décision du 13 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'un degré d'invalidité de 30,35 %, inférieur à 40 %, n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assurée. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Emargeant à l'aide sociale depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, P.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations le 12 février 2020 auprès de l'OAI, en raison de « maladie spondylarthropathie HLA-B27 - Tendinite + épicondylite calcifiante ». En annexe à sa demande, elle a joint un rapport du 4 février 2020 de la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, consultée par l'assurée depuis le 13 septembre 2019. Cette médecin a notamment indiqué qu'une IRM du rachis complet et des sacro-iliaques du 25 septembre 2019 objectivait un tableau d'allure mixte en présence de troubles dégénératifs sous forme

d'une discarthrose C6-C7, d'une discopathie pincée grade Pfirmann V au niveau L5-S1, d'une décompensation congestive interfacettaire postérieure à ce niveau ; il existait toutefois une enthésopathie inflammatoire antéroinférieure de L3 et une importante enthésite avec inflammation de la portion ligamentaire des sacro-iliaques des deux côtés et prise de contraste de l'interligne articulaire symphysaire antérieur prédominant du côté droit par rapport au côté gauche. Cette médecin a diagnostiqué une spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique HLA-B27 négative. Pour la Dre H.\_\_\_\_\_, l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail dans n'importe quelle activité.

Le rapport d'IRM du rachis complet et des articulations sacro-iliaques du 25 septembre 2019 a été transmis à l'OAI le 25 mars 2020. Cette imagerie a révélé que l'assurée présentait des signes de discrètes inflammations sacro-iliaques des deux côtés non spécifiques, non érosives, des altérations dégénératives cervicales et lombaires basses. Le tout évoquait plutôt un tableau dégénératif mais il était difficile d'exclure une pathologie inflammatoire enthésitique sacro-iliaques.

Dans un rapport du 9 avril 2020 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé les diagnostics incapacitants de spondylarthrite auto-immune mal diagnostiquée probablement présente depuis 2003 et de discarthrose cervicale. Indiquant que la pathologie était présente depuis des années mais avait été confondue avec une probable fibromyalgie, ce médecin a attesté une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Dans un rapport du 11 juin 2020 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique (depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007), d'état dépressif réactionnel (depuis le 17 septembre 2015) et de tendinite à l'épaule droite (depuis le 30 novembre 2016). Selon ce médecin, la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle était de 0 % du 9 décembre 2014 au 31 mars 2015, de 75 % du 1<sup>er</sup> avril

2015 au 30 novembre 2016, puis à nouveau de 0% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016 ; sa capacité de travail était de 0 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 27 août 2020 retenant qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue plausible avec un nouveau diagnostic orientant vers une maladie rhumatologique d'allure inflammatoire et proposant de réactualiser les informations médicales), l'OAI a complété l'instruction en recueillant les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'une entéro-IRM effectuée le 17 septembre 2020, imagerie qui n'a révélé aucune anomalie chez l'assurée hormis un probable myome utérin de quarante-cinq millimètres, en particulier aucun signe en faveur d'une entéropathie inflammatoire ;

- un rapport du 6 novembre 2020 de la Dre H. \_\_\_\_\_ faisant part d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée, avec la persistance d'une importante activité de la spondylarthrite générant de nombreuses limitations fonctionnelles. Cette médecin a indiqué que le traitement immunosuppresseur avait été modifié, que des investigations digestives étaient en cours et qu'un suivi psychiatrique avait été mis en place à la demande de la patiente dont l'état anxiodépressif s'accroissait. Pour la Dre H. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée était nulle en toute activité ;

- un rapport du 9 décembre 2020 de la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, consultée par l'assurée depuis le 13 août 2020 à la fréquence d'une séance toutes les deux semaines. Posant les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, fluctuant, d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F33.10 ; depuis 2017) et de personnalité à trait dépendant (F60.7), cette médecin a estimé la capacité de travail de l'assurée comme étant « très réduite, peut-être dans le futur de 20 % » ;

- un rapport du 14 décembre 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, annonçant une aggravation de l'état de santé de sa patiente, laquelle présentait une capacité de travail de 50 % depuis 2016 et nulle depuis 2019, ceci dans toute activité ;

- un rapport du 14 janvier 2021 de la Dre H.\_\_\_\_\_, faisant état d'une évolution défavorable de l'état de santé de l'assurée malgré l'introduction du nouveau traitement immunomodulateur et évaluant sa capacité de travail comme nulle en toute activité depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 1<sup>er</sup> février 2021), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au C.\_\_\_\_\_ SA, de [...] (ci-après : C.\_\_\_\_\_). Les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, et W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 27 juillet 2021. Au moment d'apprécier la situation, ces experts ont émis l'appréciation consensuelle suivante (évaluation consensuelle du rapport d'expertise, pp. 3 - 5) :

**“4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail**

Fibromyalgie, M79.7

Lombalgies sur troubles dégénératifs, M54.5 (DD [diagnostic différentiel] : possible spondylarthrite axiale et périphérique HLA-B27 négatif, M45)

Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, M54.2

Périarthrite scapulo-humérale droite chronique sur tendinopathie et lésion de la coiffe des rotateurs. (M75.3)

Talalgies bilatérales (M79.6)

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, F33.0. (DD trouble douloureux somatoforme persistant, F45.4)

Prédisposition génétique à la thrombose (thrombophilie HTZ pour facteur 2 et PAI-1), 068.5.

Deux nodules thyroïdiens de volume stable sur la dernière échographie du 21.07.2020. à bas risque échographique, à surveiller annuellement, sans dysthyroïdie associée, E04.1.

Myome utérin de 45 mm d'aspect bénin, 026.1.

Troubles fonctionnels intestinaux, K59.9.

**4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles**

Limitations fonctionnelles : changements de position possibles ; pas de mouvements itératifs en porte à faux du rachis dorso-lombaire ; pas de travail en position accroupie ni agenouillée ; pas de travail répétitif et/ou impliquant de la force physique des articulations ; travail du membre supérieur dans le plan horizontal ; pas de port de charge itératif > 5 kg ; pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence.

Il n'y a pas de limitations cognitives sur le plan psychique. Un emploi sans relations nombreuses au public mais en collaboration serait envisageable ; en effet une collaboration de travail par exemple en binôme pourrait avoir un effet stimulant du fait du manque d'entrain de l'expertisée.

#### **4.4. Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence**

Traits de personnalité dépendante.

#### **4.5. Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

Madame P. \_\_\_\_\_ s'adapte à des règles et à des routines. Elle peut structurer ses rendez-vous et ses tâches. Sa flexibilité n'est pas majeure, mais elle peut mobiliser compétences et connaissances. Elle est capable de discernement, d'initiatives. Elle peut tenir très largement une conversation et établir un contact avec des tiers. Elle peut lier des relations, prendre soin d'elle-même, subvenir à ses besoins, se déplacer. Elle est aidée par sa fille et sa belle-soeur. Elle a des difficultés à gérer ses émotions. Madame P. \_\_\_\_\_ a les capacités et les ressources sur le plan ostéoarticulaire pour réaliser toutes ses activités de la vie quotidienne, hormis les travaux physiquement lourds et/ou mettant à importante contribution le rachis dorso-lombaire et/ou les articulations, et exercer une activité professionnelle adaptée. Elle a un sentiment d'injustice concernant sa maladie qui lui occasionne beaucoup de douleurs et qui la limite fortement dans sa vie quotidienne.

#### **4.6. Contrôle de cohérence**

Cohérence conservée sur le plan rhumatologique si on tient compte à la fois du syndrome fibromyalgique que de la possibilité d'une composante inflammatoire ; cohérence sur le plan de la médecine interne et psychiatrique.

#### **4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici**

Incapacité de travail 100% depuis le 01.12.2016 dans l'activité d'employée de restauration/dans l'hôtellerie, comme déjà admis lors de l'évaluation rhumatologique au SMR/Vevey du 21.01.2019.

#### **4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée**

En raison de la suspicion qui demeure d'une spondylarthropathie axiale et périphérique et de la symptomatologie douloureuse nous retenons une capacité de travail de 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %) dès septembre 2019, soit depuis la prise en charge de l'expertisée par la Dre H. \_\_\_\_\_.

#### **4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)**

L'incapacité de travail de 60 % retenue depuis septembre 2019 l'est pour des raisons rhumatologiques.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 90 % (100 % avec une diminution de rendement de 10 %) seulement depuis le 27.10.2019 (aggravation d'un état anxiodépressif).

En consensus. les incapacités de travail ne s'additionnent pas.

#### **4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail**

Pas de proposition spécifique à faire sur le plan rhumatologique, Madame P. \_\_\_\_\_ est parfaitement prise en charge sur le plan rhumatologique par la Dre H. \_\_\_\_\_.

La capacité de travail pourrait être améliorée au plan psychiatrique par un traitement antidépresseur qui peut être exigé sur le plan médical.

Traitement de type antispasmodique au long cours, et un traitement à base de charbon activé afin de diminuer les sensations de ballonnements et de spasmes abdominaux liés aux troubles fonctionnels intestinaux.”

Dans un avis SMR 20 août 2021, la Dre J. \_\_\_\_\_ a suivi les conclusions des experts retenant une aggravation de l'état de santé de l'assurée en septembre 2019, avec une capacité de travail de 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %) depuis lors dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Par projet de décision du 15 septembre 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> août 2020, au motif d'une péjoration de son état de santé depuis le 13 septembre 2019 et qu'à partir de cette date, sa capacité de travail résiduelle était de 100 %, avec une diminution de rendement de 40 %, dans un travail adapté simple du domaine industriel léger (par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière conditionnement) et respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « changements de position possibles, pas de mouvements itératifs en porte-à-faux du rachis dorso-lombaire, pas de travail en position accroupie ni agenouillée, pas de travail répétitif et/ou impliquant de la force physique des articulations, travail du membre supérieur dans le plan horizontal, pas de port de charge itératif de plus de cinq kilos et pas de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence ». De la comparaison du revenu sans (71'802 fr. 90) et avec invalidité (33'104 fr.) en 2019, il résultait un degré d'invalidité de 53.90 %, arrondi à 54 %,

ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. Au vu du précédent degré d'invalidité de 30.35 % présenté, l'OAI a procédé à un calcul de l'« invalidité moyenne » sur une année ; le degré d'invalidité atteignant 40 % en moyenne le 9 février 2019, le droit à un quart de rente était ouvert à partir du 1<sup>er</sup> février 2020, soit au terme du délai d'attente d'une année ; après trois mois d'aggravation de la capacité de travail et de gains, le quart de rente était remplacé par une demi-rente (54 %) à partir du 1<sup>er</sup> mai 2020 ; la demande de prestations du 12 février 2020 étant tardive, la rente ne pouvait toutefois être versée à l'assurée qu'à compter du 1<sup>er</sup> août 2020, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande.

Le 18 octobre 2021, l'assurée, désormais représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS), a contesté le projet de décision susmentionné en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2021.

Par complément du 27 octobre 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a produit un rapport établi le 26 octobre 2021 par la Dre H. \_\_\_\_\_ qui, compte tenu de la résistance aux traitements de fond, avait réévalué la situation en mettant en œuvre une scintigraphie osseuse avec spect-CT le 16 août 2021, objectivant, « sur un terrain de troubles dégénératifs en C6-C7 et en L5-S1 déjà connus, la présence d'enthésopathies multifocales, axiales et périphériques : épicondyle d'Achille droit, périrochantérite gauche, insertionite de l'ischion droit, de la crête iliaque et de l'épine iliaque supéro-postérieure, insertionite des processus épineux et supra-épineux de L1 à L5 ainsi que de la pointe de l'omoplate droite ». Pour la Dre H. \_\_\_\_\_, la situation médicale n'était pas stabilisée tant sur les plans somatique que psychiatrique et la décision de l'OAI devait être réexaminée sur la base des dernières investigations mettant en évidence un rhumatisme inflammatoire incapacitant.

Par courrier du 4 novembre 2021 adressé à ASSUAS, faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a estimé que son projet reposant sur une instruction complète sur le plan médical et économique

et conforme en tous points aux dispositions légales devait être entièrement confirmé.

A l'issue de deux décisions des 7 décembre 2021 et 7 janvier 2022, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice des prestations envisagées dans son projet de décision du 15 septembre 2021. Il lui a ainsi alloué une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020.

**C.** Par acte déposé le 26 janvier 2022, P.\_\_\_\_\_, représentée par ASSUAS, a déféré la décision rendue le 7 décembre 2021 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2020 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Ce faisant, elle met en doute le calcul de l'OAI d'une « invalidité moyenne » sur une année le 9 février 2019 lui ouvrant le droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> février 2020 de même que l'aggravation de l'état de santé retenue au 1<sup>er</sup> août 2020. Elle reproche également à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante tant de l'expertise C.\_\_\_\_\_ que de l'avis SMR du 20 août 2021, leur opposant les compétences de sa médecin traitante la Dre H.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 12 mai 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. A cet égard, il observe que le début du droit à la rente correspond au 1<sup>er</sup> août 2020, la demande de prestations ayant été déposée tardivement et la date de l'aggravation de l'état de santé étant le 13 septembre 2019. Détaillant son calcul de l'« invalidité moyenne », il relève que le degré d'invalidité de 53,90 %, pas contesté par la recourante, lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité. Enfin, l'OAI souligne le caractère probant de l'expertise C.\_\_\_\_\_, sans que les critiques de la recourante ne permettent de modifier sa position.

Dans sa réplique du 16 juin 2022, la recourante a modifié les conclusions de son recours en réclamant la révision de la décision du 13

mai 2019 pour constatation manifestement erronée des faits en application de l'art. 53 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et l'octroi d'un quart de rente, sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % dès le 9 février 2019, ainsi que la constatation de l'aggravation de son état de santé à partir de septembre 2019 impliquant la révision et l'augmentation de la rente dès décembre 2019.

Dans sa duplique du 28 juillet 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Les 13 juillet et 8 août 2023, la recourante s'est déterminée à la demande de la juge instructrice des 3 et 14 juillet 2023 en lien avec l'éventuel caractère tardif de son recours, produisant notamment une attestation de la Poste suisse du 14 juillet 2023 certifiant la mutation de deux recommandés en colis portant le numéro [...], au motif que la dimension des lettres recommandés était trop grande, les enveloppes ayant ensuite été traitées comme colis.

Le 31 août 2023, au vu des pièces produites, l'OAI est d'avis que le recours a été déposé à la Poste suisse le 25 janvier 2022, soit le dernier jour du délai de recours mais traité le lendemain. L'intimé s'en remet toutefois à la décision de la Cours de céans.

Une copie de cette dernière écriture a été communiquée à la recourante le 5 septembre 2023 par le tribunal, pour son information.

**D.** Par décision du 5 avril 2022, P.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 janvier 2022. Elle était exonérée s'agissant du paiement d'avances et des frais judiciaires. Elle était tenue au paiement d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> mai 2022.

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

**1. a)** La LPGA 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, l'attestation du 14 juillet 2023 de la Poste suisse permet d'admettre que le recours a été déposé en temps utile compte tenu des feries (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser

rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si un recours n'est déposé que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

**b)** En l'espèce, l'intimé a rendu deux décisions. La première, datée du 7 décembre 2021, fixe le montant de la demi-rente d'invalidité allouée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. La seconde, datée du 7 janvier 2022, fixe les arrérages de rente, soit une demi-rente pour la période antérieure allant du 1<sup>er</sup> août 2020 au 31 décembre 2021. Cela étant, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de la part de l'intimé à la suite de la nouvelle demande déposée le 12 février 2020, singulièrement sur la fixation de son taux d'invalidité.

**c)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

**3. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si comme en l'espèce, 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA

(dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

**b)** 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**5. 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 (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)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**6. a)** En l'occurrence, à l'époque de sa décision de refus de prestations du 13 mai 2019, entrée en force, l'OAI a considéré que si l'activité habituelle était compromise depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'assurée était capable d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De la comparaison du revenu sans (70'808 fr. 40) et avec invalidité (49'319 fr. 51) il résultait un degré d'invalidité s'élevant à 30,35 %, inférieur à 40 %, n'ouvrant pas le droit à une rente. Cette décision se base sur les constatations et conclusions du rapport du 21 janvier 2019, des médecins-examineurs du SMR (les Drs G. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_), lesquels ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après tendinopathie calcifiante du susépineux avec bursopathie de la coiffe des rotateurs droite, arthropathie acromioclaviculaire, de rachialgies diffuses dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs du rachis lombaire avec petite hernie discale L5-S1 médiane et de syndrome rotulien bilatéral. Ils ont également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie, d'obésité, de nodules thyroïdiens avec euthyroïdie biologique, de prédisposition génétique à la thrombophilie, d'utérus fibromateux avec kyste ovarien à droite, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte. Pour le Dr G. \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de l'assurée avait été de 60 % du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2016, puis de 100 % à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016 dans son activité habituelle. Sa capacité de travail était toutefois complète depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout et l'absence de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, d'exposition à des vibrations, d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 70°, de genuflexion répétée, de franchissement régulier d'escabeau, échelles ou escaliers). Selon la Dre Q. \_\_\_\_\_, il n'existait pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

**b)** Dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestations du 12 février 2020, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie) au C.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 27 juillet 2021, les experts ont unanimement admis sur la base des rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ notamment et des rapports d'analyses figurant au dossier, une aggravation de l'état de santé de la recourante intervenue en septembre 2019 ; ainsi, en raison de la suspicion d'une spondylarthropathie axiale et périphérique et de la symptomatologie douloureuse, les experts ont retenu une capacité de travail résiduelle de l'intéressée de 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %) depuis septembre 2019.

Les experts ont motivé leurs diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail.

**aa)** Au plan rhumatologique, l'expertise pluridisciplinaire confiée au C.\_\_\_\_\_ a fait état des diagnostics incapacitants de fibromyalgie, de lombalgies sur troubles dégénératifs (diagnostic différentiel : possible spondylarthrite axiale et périphérique HLA-B27 négatif), de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs, de périarthrite scapulo-humérale droite chronique sur tendinopathie et lésion de la coiffe des rotateurs, et de talalgies bilatérales. En présence d'un tableau clinique dominé par un syndrome fibromyalgique et en l'absence d'anti-inflammatoires/traitements efficaces, avec cependant la suspicion d'une spondylarthropathie axiale et périphérique de type inflammatoire et de la symptomatologie douloureuse, la capacité de travail de l'assurée était évaluée à 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %) depuis le mois de septembre 2019, soit dès la prise en charge par la Dre H.\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles supposaient des changements de position, l'absence de mouvements itératifs en porte-à-faux, l'absence de travail en position accroupie ou agenouillée, l'absence de travail répétitif et/ou impliquant de la force physique des articulations, travail du membre supérieur dans le plan horizontal, l'absence de port de charge supérieur à cinq kilos, et l'absence de travail avec des engins émettant des vibrations à basse fréquence.

Sous l'aspect de la médecine interne, aucun diagnostic incapacitant, ni limitation fonctionnelle, n'ont été retenus chez l'assurée qui prenait un antihistaminique en raison d'une rhino-conjonctivite allergique saisonnière au pollen et dont le traitement des troubles fonctionnels intestinaux était efficace.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, l'expertise C.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble dépressif, épisode actuel léger (diagnostic différentiel : trouble douloureux somatoforme persistant) en raison des angoisses, d'une perte de plaisir, des attitudes d'évitement des rencontres sociales, d'un pessimisme, d'une anhédonie et d'un sentiment de victimisation quasi sensitif. La capacité de travail résiduelle de l'assurée était de 90 % depuis le 27 octobre 2020, à savoir depuis une aggravation d'un état anxio-dépressif signalé par la Dre H.\_\_\_\_\_ dans son rapport à l'OAI enregistré le 6 novembre 2020. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle et la capacité de travail pouvait être améliorée par la prise d'un traitement antidépresseur.

**cc)** Pour le reste, les experts ont tenu compte des plaintes de l'assurée au regard de leurs propres constatations cliniques. Ils ont en effet dressé une anamnèse complète et rapporté, puis apprécié chaque élément du dossier. Ils ont expliqué les motifs médicaux qui les ont conduits à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres. Les experts ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle, ont distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et leurs propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail résiduelle, de manière claire, d'une seule voix.

**dd)** Sur le vu de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire concluant, on peut, en présence d'éléments inflammatoires et de cervicalgies chroniques sur des troubles dégénératifs mis en évidence, admettre l'aggravation de l'état de santé de la recourante intervenue depuis septembre 2019 en raison d'un état de santé somatique diminué sous l'angle rhumatologique, comme l'atteste du reste la rhumatologue

traitante dans ses avis successifs. Malgré les atteintes qu'elle présente, la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle de 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues depuis sa prise en charge auprès de la Dre H.\_\_\_\_\_, soit dès le 13 septembre 2019.

**c)** L'argumentation de la recourante par le biais de l'ASSUAS ne permet pas de considérer que les rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ fourniraient plus d'éléments médicaux que ce qu'ont retenu les experts, lesquels ont admis finalement que, malgré l'absence de certains critères en faveur de la spondylarthrite auto-immune diagnostiquée par la rhumatologue traitante, et les doutes quant à la pertinence du diagnostic, qu'il convenait de tenir compte de la symptomatologie douloureuse. En revanche, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle diffère entre les experts et les médecins traitants. A cet égard, dans la mesure où l'expertise pluridisciplinaire du C.\_\_\_\_\_ se voit attribuer valeur probante, il n'y a aucun motif justifiant de douter de l'appréciation de la capacité de travail résiduelle effectuée de manière consensuelle par les experts. Au demeurant, la Dre H.\_\_\_\_\_ n'indique pas pour quel motif médical objectif, la capacité de travail résiduelle de sa patiente serait nulle en toute activité, même adaptée.

L'avis divergeant de la Dre H.\_\_\_\_\_ n'entache en rien la qualité de l'expertise pluridisciplinaire au regard du mandat confié par l'OAI au C.\_\_\_\_\_ ; en effet, les rapports dont se prévaut la recourante s'entendent tout au plus en tant que des avis divergents, qui n'entament pas le crédit que l'on est amené à porter à l'expertise pluridisciplinaire au fil de la lecture du rapport et de ses annexes.

**d)** Par ailleurs, si les experts admettent certes une capacité de travail totale résiduelle avec une diminution de rendement de 40 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, il y a lieu de rappeler que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail (TF 8C\_122/2019 du 10

septembre 2019 consid. 4.3.1.2 ; TF 9C\_759/2018 du 18 février 2019 consid. 2 et les références) – et la Cour de céans ne voit aucune raison pertinente de s'écarter de cette appréciation.

**7.** En ce qui concerne le droit à la rente, l'OAI s'est livré au calcul d'une « invalidité moyenne », et en a fixé le début au 1<sup>er</sup> août 2020. Or, si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). En revanche, l'art. 28 al. 1 let. c LAI détermine l'étendue du droit à la rente en se référant au taux d'invalidité existant au moment où le délai arrive à échéance. Il n'est pas question à ce stade d'un taux moyen d'incapacité de travail, et encore moins d'un taux moyen d'invalidité, sur une année. A l'évidence, le raisonnement de l'intimé ne peut être suivi, dès lors qu'il se fonde sur une notion d'invalidité moyenne dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral (cf. AI 29/20 - 337/2020 du 5 octobre 2020 consid. 5).

Contrairement à ce qu'a estimé l'intimé, dans la mesure où la précédente décision consistait en un refus du droit, le délai d'attente d'une année devait débuter au moment de l'aggravation de l'état de santé en septembre 2019 dès lors que c'est à partir de ce moment-là que la capacité de travail de la recourante, y compris dans une activité adaptée, est réduite à 60 % (100 % avec une diminution de rendement de 40 %). Partant, l'incapacité de travail débutée en septembre 2019 constitue un nouveau cas d'assurance et fait courir un nouveau délai de carence au sens entendu par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI pour l'ouverture du droit à la rente. Ledit délai est ainsi arrivé à échéance en septembre 2020, non pas en août 2020 comme le soutient l'intimé. Aucune prestation sous forme de rente ne pouvait donc être versée à l'assurée avant le 1<sup>er</sup> septembre 2020.

En l'occurrence, l'OAI a admis le début de la rente au 1<sup>er</sup> août 2020. Cela est favorable à la recourante. Dans la mesure où il s'agit d'un mois, on peut renoncer à procéder à une *reformatio in pejus* de la décision attaquée.

**8.**           **a)** Enfin, dans sa réplique du 16 juin 2022, la recourante prend des conclusions tendant à la révision de la décision du 13 mai 2019 pour « constatation manifestement erronée des faits » en concluant à l'octroi d'un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % dès le 9 février 2019, puis de la révision et de l'augmentation de la rente en raison de l'aggravation de l'état de santé constatée à partir de septembre 2019.

**b)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision procédurale 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. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit

être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 9C\_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1 ; TF 9C\_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

**c)** En l'occurrence, il est exact que la Dre H. \_\_\_\_\_ indique le 26 octobre 2021 que l'atteinte à la santé existe probablement depuis de nombreuses années et qu'un diagnostic erroné a été posé (confusion avec une probable fibromyalgie). A la lecture du rapport du 4 février 2020 de cette rhumatologue on constate toutefois que les examens qui la conduisent à diagnostiquer une spondylarthrite inflammatoire, notamment ceux complémentaires de laboratoire, n'ont été effectués qu'au mois de septembre 2019. Dès lors rien ne permet d'objectiver la présence de ces éléments avant la décision du 13 mai 2019. Ces éléments ne constituent pas des faits nouveaux importants ou des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant, soit des faits « nouveaux » qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Il apparaît dès lors que les conclusions de la recourante tendant à la révision de la décision du 13 mai 2019 pour « constatation manifestement erronée des faits » ne sont pas fondées.

**9. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**d)** La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**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 7 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'état.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- ASSUAS (pour P. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :