

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mai 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K._____, à **S.**_____, recourante, représentée par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 28a LAI ; 27, 27^{bis} et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, a travaillé de 2009 à 2014 en tant que vendeuse dans une confiserie au taux de 80 %. En arrêt de travail depuis le 19 avril 2012, elle a déposé, le 18 février 2013, une demande de prestations de l'assurance-invalidité en mentionnant des douleurs au dos et dans le membre inférieur droit. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation médicale de l'assurée. Après avoir bénéficié d'une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching à 50 % du 6 mai au 3 juin 2013, l'assurée a fait l'objet, le 17 juin 2013, d'une intervention chirurgicale au dos nécessitant une période de convalescence de deux mois au minimum.

Le 12 septembre 2013, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, alors qu'elle serait de 30 à 40 % cinq mois après l'intervention du 17 juin 2013. Interpellé par l'office AI sur l'évolution de l'état de santé depuis le 12 septembre 2013, ce médecin a répété que la capacité de travail demeurait nulle à ce jour même s'il était possible d'envisager la reprise d'une activité adaptée à 50 % au maximum (rapport du 20 décembre 2013).

Analysant les éléments médicaux au dossier, le Dr M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. En revanche, les données à sa disposition ne lui permettaient pas de se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans une activité adaptée. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise rhumatologique (avis médical du 17 juin 2014).

Pour ce faire, l'office AI a mandaté la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 12 novembre 2014, elle a retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de spondylodiscarthrose évoluée sur scoliose dorsolombaire avec discrètes séquelles de la maladie de Scheuermann sans myélopathie ni radiculopathie évolutive, de status après isthmothomie de L5 droite en septembre 2012, de status après TLIF (Transforaminal Lombar Interbody Fusion) L5-S1 droit en juin 2013 et d'important déconditionnement à prédominance axiale. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a posé les diagnostics suivants :

- fibromyalgie associée à une adiposité douloureuse,
- excès pondéral,
- diverticulose du colon et status après ablation d'un polype sessile du rectum en 2014,
- gonalgies non spécifiques (tendinite de la patte d'oie),
- insuffisance veineuse des membres inférieurs, status après plusieurs strippings de varices et phlébectomies (1988, 2006, 2014),
- ronchopathie,
- status après fracture du poignet droit, ostéosynthésée, puis ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2012.

S'agissant de la capacité de travail, la Dre D._____ a indiqué que l'activité habituelle n'était pas totalement inadaptée car elle était légère même si elle impliquait de rester debout de manière prolongée. Aussi a-t-elle estimé qu'elle n'était exigible qu'à titre occupationnel, au taux de 30 %, alors que, dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible était de 50 %. Selon l'experte, les discopathies évolutives ne permettaient pas d'envisager un travail pendant une journée complète, ce d'autant que l'insuffisance musculaire avait été difficile à rééduquer. Les limitations fonctionnelles étaient décrites en ces termes : « *[é]viter les charges et les positions statiques prolongées. Travail léger avec alternance des positions, semi-sédentaire. Eviter les porte-à-faux, le travail en zone haute ou en zone basse. Eviter l'exposition à des vibrations de faible fréquence et le travail en chaîne du froid.* »

Tout en faisant sienne l'appréciation de la Dre D._____, le Dr M._____ a relevé que l'interférence d'un syndrome douloureux et d'une fibromyalgie associée à des phénomènes d'amplification nécessitait une évaluation psychiatrique (avis médical du 26 novembre 2014).

Le 4 février 2016, l'office AI a confié au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 11 juin 2016, ce médecin a exclu tout diagnostic incapacitant, retenant une dysthymie ainsi que des somatisations, tout en faisant état de traits anancastiques, anxieux et histrioniques de la personnalité, sans toutefois que ceux-ci n'atteignent une expression clinique permettant de poser un diagnostic formel. Au regard du faible impact clinique des pathologies présentées et du caractère mineur de leur interaction, l'expert a conclu à une capacité de travail entière dans la profession de vendeuse, ajoutant qu'il n'existait pas de raisons psychiatriques de rechercher une autre activité correspondant aux aptitudes de l'assurée.

Dans un rapport du 23 juin 2016, le Dr M._____ a déclaré suivre les conclusions du Dr W._____. Sur le plan de la capacité de travail, il a retenu qu'elle était nulle dans l'activité habituelle depuis le 19 avril 2012 puis de 30 % dès le 1^{er} avril 2014. Dans une activité adaptée, elle était de 50 % dès le 6 mai 2013, de 0 % dès le 17 juin 2013 et de 50 % au moins dès le 1^{er} avril 2014.

Le 16 août 2016, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage compte tenu du statut mixte de l'assurée (part professionnelle à 80 %). Dans son rapport du 23 août 2016, l'enquêtrice a conclu à un empêchement de 28,8 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

Par décision du 2 mars 2017, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2013 au 30 juin 2014, puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.

b) Souffrant d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en mai 2017, l'assurée a déposé, le 9 juillet 2017, une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI à l'assurée du 3 août 2017).

Dans un rapport du 5 décembre 2017, le Dr M. _____ a relevé que les documents transmis ne contenaient pas d'éléments convaincants en faveur de l'existence d'un rhumatisme inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde. La situation demeurait donc inchangée, en sorte qu'il n'avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions précédentes.

Malgré les rapports communiqués dans le cadre de la procédure d'audition (rapports des 29 janvier et 28 février 2018 établis respectivement par les Drs C. _____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant, et T. _____, spécialiste en rhumatologie), l'office AI a, par décision du 6 avril 2018, refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée.

c) Dans le cadre d'une procédure de révision d'office engagée par l'office AI, l'assurée a indiqué, le 24 juin 2020, que son état de santé s'était aggravé depuis le printemps 2018. Elle a expliqué qu'elle souffrait, en sus d'une polyarthrite rhumatoïde, d'une perte de mobilité car sa jambe droite ne la soutenait plus.

Après une première intervention réalisée le 26 février 2020, l'assurée a fait l'objet d'une nouvelle opération, le 8 juillet 2020, sous la forme d'une stabilisation et d'une fusion unilatérale L4-L5 avec prolongation de la stabilisations L5-S1.

Dans un rapport du 8 septembre 2020, le Dr T. _____ a posé les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de fibromyalgie et de lombalgie chronique. Il n'a pas été en mesure de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, estimant qu'une telle évaluation était aléatoire au vu de la symptomatologie

douloureuse chronique présentée par sa patiente et qu'il convenait de soumettre cette question à un expert.

Dans un rapport du 25 septembre 2020, la Dre C._____ a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de fibromyalgie, de lombalgie chronique avec hernie discale et de sténose foraminale persistante à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité. Elle a joint différents documents médicaux dont un rapport du 23 juillet 2020 des Drs X._____ et J._____, respectivement médecin-chef de service et médecin assistant auprès de l'Hôpital B._____, établi à la suite du séjour de l'assurée auprès de cet établissement en vue d'une réadaptation à la marche et aux activités quotidiennes. Parmi les diagnostics secondaires mentionnés figurait celui de trouble dépressif chronique traité par différents antidépresseurs depuis plusieurs années.

Appelée à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, la Dre Z._____, médecin auprès du SMR, a conclu son avis du 23 novembre 2020 en ces termes :

Discussion :

Depuis l'octroi d'une rente la situation médicale s'est modifiée, avec comme nouvelle atteinte une polyarthrite rhumatoïde depuis 2017, dont le diagnostic (même si non retenu par le SMR en 2018) semble adéquat, stabilisée sous traitement de fond, avec une symptomatologie ostéoarticulaire actuelle plutôt en lien avec sa fibromyalgie ; ainsi qu'une aggravation de la symptomatologie lombo-radicaire nécessitant 2 interventions lombaires en 2020 avec évolution assez bonne selon le neurochirurgien (avec capacité de travail à réévaluer mais ne voit plus l'assurée depuis août 2020), mitigée selon la généraliste qui estime la capacité de travail nulle. Sur le plan psychiatrique est mentionnée une dépression chronique (traitement antidépresseur en lien avec la fibromyalgie), s'aggravant de manière réactionnelle aux douleurs, sans désirs de suivi spécialisé.

Conclusion :

L'état de santé s'est vraisemblablement modifié depuis les dernières évaluations de 2014 et 2016, pour autant les douleurs en lien avec les lombalgies et la fibromyalgie restent au premier plan, et il est difficile de comprendre pourquoi la capacité de travail, estimée à 50 % à l'époque, est désormais totalement nulle.

Se fondant sur cet avis, l'office AI a confié au Centre P._____ à R._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dr G._____, médecin praticien), rhumatologique (Dr N._____, spécialiste en rhumatologie) et psychiatrique (Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 19 mai 2021 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de lombalgie sans irradiation après quatre interventions chirurgicales lombaires, de douleurs articulaires d'origine dégénérative et très faiblement inflammatoire, de syndrome des apnées du sommeil modéré appareillé par CPAP nocturne depuis le 4 février 2021, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, de nodule thyroïdien de 15 mm à investiguer et de dysthymie. S'agissant de la capacité de travail, ils ont estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle, tandis que, dans une activité adaptée, elle n'avait pas changé depuis l'expertise du 12 novembre 2014, à savoir qu'elle était toujours de 50 %. De nature exclusivement rhumatologique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : *« pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste ou de rotation répétée du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg. Eviter le piétinement et les marches prolongées. Eviter les mouvements de flexion répétés du buste d'extension. Pas d'utilisation d'engins vibrants. Pas de travail dans le froid. Veiller à des changements de position réguliers. Pas de mouvement forcé de préhension et pro-supination des deux mains »*.

Sollicitée pour détermination, la Dre Z._____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale, à savoir que, depuis la demande initiale de prestations déposée en 2012 [recte : 2013] ayant abouti à l'octroi d'une demi-rente, la capacité de travail était restée de 50 % dans une activité adaptée ménageant le rachis et les mains. Les interventions chirurgicales de 2020 n'avaient entraîné que des arrêts de travail temporaires (avis médical du 14 juin 2021).

Par projet de décision du 15 septembre 2021, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait continuer de lui allouer une demi-rente d'invalidité.

Représentée par Me Flore Primault, avocate, l'assurée a, par courrier du 14 octobre 2021, formulé des objections. Dans un grief de nature formelle, elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue en tant que le projet de décision était insuffisamment motivé. Sur le fond, elle s'est référée à un rapport du 13 octobre 2021 du Dr T._____. D'après ce médecin, l'ensemble des problèmes de santé présentés par sa patiente la limitaient dans les gestes de la vie quotidienne de même que la symptomatologie douloureuse affectait son comportement et sa capacité de concentration, ce qui était incompatible avec tout travail régulier. Dans ces conditions, l'assurée estimait justifié de diligenter une nouvelle expertise rhumatologique indépendante afin d'évaluer sa capacité de travail. En outre, elle reprochait à l'office AI de ne pas avoir mentionné quelles activités concrètes elle pouvait encore exercer en mettant en valeur sa capacité de travail résiduelle. D'ailleurs, le Dr T._____ était d'avis qu'un travail adapté aux limitations de sa patiente n'existait pas. L'assurée inférait de ces éléments une aggravation de son état de santé, propre à lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité.

Par décision du 5 avril 2022, l'office AI a, conformément à son projet de décision, entériné son refus d'augmenter la demi-rente d'invalidité servie depuis le 1^{er} juillet 2014.

B. **a)** Par acte du 20 mai 2022, K._____, représentée par sa mandataire, a déféré la décision du 5 avril 2022 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux supérieur à la demi-rente actuelle et fixé à dires de justice, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI.

Dans un premier moyen, l'assurée critiquait la capacité de travail retenue en faisant valoir que c'était à tort que l'office AI n'avait pas examiné les raisons pour lesquelles les avis des Drs T._____ et C._____ s'écartaient de l'appréciation des experts. Dans la mesure où ces avis étaient en contradiction avec l'expertise réalisée par le Centre

P._____, il convenait de mettre en œuvre « *une nouvelle expertise rhumatologique indépendante permettant de déterminer la réelle capacité de travail.* » Dans un deuxième moyen, elle reprochait à l'office AI de ne pas avoir procédé à une nouvelle enquête économique sur le ménage dans le cadre de la procédure de révision de la rente. Or l'assurée estimait qu'une telle enquête se justifiait afin de constater si l'aggravation de son état de santé permettrait de retenir de nouvelles limitations dans la gestion de son ménage pouvant conduire à un taux d'invalidité supérieur à celui précédemment retenu et, par là, une augmentation de la rente. Dans un dernier moyen, l'assurée faisait grief à l'office AI d'avoir cité, à titre d'activités exigibles, des professions dont l'exercice impliquait l'utilisation des deux mains et une motricité fine alors même que les experts du Centre P._____ avaient exclu tout mouvement forcé de préhension et de pro-supination des deux mains. Par ailleurs, tant les rapports du Dr T._____ que de la Dre C._____ soulignaient que l'assurée n'était plus en mesure de retrouver un emploi adapté à son handicap. Au demeurant, son âge constituait un obstacle à un retour sur le marché du travail.

b) Dans sa réponse du 11 août 2022, l'office AI a relevé qu'il n'existait aucun élément médical objectif nouveau de nature à remettre en cause les conclusions du Centre P._____. En outre, rien ne permettait de penser que les limitations fonctionnelles retenues par les experts, d'une part, étaient incompatibles avec les professions évoquées dans le cadre de la première demande de prestations et, d'autre part, entravaient l'accomplissement des tâches du ménage au point d'influencer le degré d'invalidité de façon significative. Quant à l'âge, il n'avait aucune incidence sur le caractère exploitable de la capacité de travail retenue. En conséquence, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 13 octobre 2022, l'assurée a reproché à l'office AI de ne pas avoir répondu aux arguments soulevés concernant son état de santé, d'avoir préjugé de son cas en retenant que ses limitations fonctionnelles étaient sans incidence sur l'accomplissement des tâches ménagères et de ne pas avoir compris la jurisprudence citée dans

le mémoire de recours à propos de l'exigibilité d'une activité professionnelle chez les assurés proches de l'âge de la retraite.

d) Le 3 novembre 2022, l'assurée a produit un rapport établi le 29 septembre 2021 par la Dre C._____ dans lequel cette médecin relevait les difficultés de sa patiente en lien avec l'appareil locomoteur, auxquelles s'ajoutaient des douleurs affectant son sommeil et son moral, au point d'entraîner un état dépressif chronique. Dans l'incapacité d'utiliser ses mains, d'effectuer des mouvements et de gérer son ménage, elle nécessitait l'aide permanente de ses proches et d'une tierce personne pour les tâches domestiques. Si la compliance thérapeutique était excellente, la réponse au traitement demeurait mauvaise.

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. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 2 mars 2017, date de la dernière décision entrée en

force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, – ce qui n'est pas le cas de la décision du 6 avril 2018 – et le 5 avril 2022, date à laquelle l'office intimé s'est prononcé sur la demande de révision de la rente.

b) aa) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaires, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Cir. DT DC AI, chiffre 2002), les rentes d'invalidité des bénéficiaires appartenant au groupe « *Droits acquis* » (années de naissance de 1957 à 1966) restent dans l'ancien droit et conservent l'échelonnement des fractions obtenues jusqu'à l'extinction de la rente d'invalidité ou jusqu'au moment où une rente de vieillesse lui succède.

bb) Dans le cas présent, la décision de refus d'augmentation de la rente a été rendue le 5 avril 2022. La capacité de travail et de gain de la recourante, née en 1964, est diminuée depuis 2012. Aux termes de

la décision du 2 mars 2017, l'office AI a confirmé le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2013 au 30 juin 2014 puis à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. 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.

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).

c) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « *spécifique* » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 et 3 LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non

une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

d) aa) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

bb) Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

4. a) Pour 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) 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).

5. Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée en février 2013 et motivée par des atteintes ostéo-articulaires (douleurs au dos, à la jambe droite et au genou droit), l'office AI avait confié la réalisation d'une expertise rhumatologique à la Dre D._____. Dans son rapport du 12 novembre 2014, la Dre D._____ avait relevé que la recourante se plaignait de douleurs au niveau de l'appareil locomoteur (dos, membres inférieurs et supérieurs). Elle souffrait également de céphalées et de douleurs abdominales. Ce contexte polyalgique avait conduit à un arrêt de travail complet dès le mois d'avril 2012 et, compte tenu de l'origine multifactorielle des troubles, à retenir l'existence d'une fibromyalgie. Au terme de son examen clinique, cette médecin estimait que les éléments de médecine interne générale ne justifiaient pas de limitation fonctionnelle spécifique, hormis une baisse pondérale et une intensification des mesures de conditionnement par de la gymnastique active. La situation n'était pas non plus préoccupante au

niveau neurologique car il n'y avait qu'un déficit sensitif partiel localisé à la face externe de la jambe et à la plante du pied droit, lequel faisait l'objet d'une évaluation régulière par le médecin traitant. En revanche, la présence de graves discopathies sur un dos déconditionné expliquait la fatigue douloureuse à l'effort évoquée par l'assurée et imposait, d'après la Dre D._____, des limitations fonctionnelles. Il ne s'agissait toutefois pas de se coucher une demi-journée mais bien d'encourager l'intéressée à améliorer sa tonification axiale active et à reprendre le chemin d'une activité professionnelle adaptée, tout en continuant à marcher tous les jours au moins une heure et à pratiquer ses exercices de tonification. Aussi avait-elle conclu à l'existence d'une capacité de travail de 50 % permettant l'alternance de la position assise et de la position debout. En l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante (cf. rapport du Dr W._____ du 11 juin 2016), l'office AI avait retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle en toute activité depuis le 19 avril 2012 ; elle disposait en revanche, depuis le 1^{er} avril 2014, d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé.

6. Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire réalisée par le Centre P._____, lesquelles ne mettent pas en évidence une aggravation de l'état de santé de la recourante.

a) Le rapport du 19 mai 2021 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans rhumatologique et psychiatrique que sur celui de la médecine interne générale, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné la recourante, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options

thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et l'authenticité de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de la recourante, y compris dans le cadre de l'accomplissement des tâches ménagères. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

aa) Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique pratiqué par le Dr N. _____ a mis en évidence une scoliose lombaire droite avec une rectitude du rachis lombaire opérée quatre fois. S'agissant du rachis, la rotation globale était de 90° à droite et de 80° à gauche, tandis que la distance main-sol était de 11 cm ; l'examen cervical montrait une rotation de 80° à droite et à gauche, une distance menton-sternum de 5 cm et une extension globale du rachis à 40° sans douleur cervicale ; à la palpation, il existait une douleur entre l'omoplate droite et la ligne des épineuses, puis une douleur lombaire latéralisée à droite et dans la fesse droite. L'examen des épaules n'a pas révélé d'atteinte ligamentaire ou tendineuse ni de douleur acromio-claviculaire, de la même façon que celui des coudes a été qualifié de « *normal* », sans épicondylite ni épitrochléite. L'examen des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes distales et proximales n'a montré aucune augmentation de volume ; les amplitudes étaient parfaitement respectées ; la mobilisation des métacarpo-phalangiennes était douloureuse mais sans augmentation de volume ni limitation des amplitudes ; aucune déformation n'était visible ; l'expert n'a pas retrouvé de signe de Tinel, ni de douleur à la percussion du canal de Guyon ni de gouttières épitrochléo-oléocrâniennes ; les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques sans signe de Hoffmann. L'examen des hanches n'a pas révélé de douleur de l'aîne au mouvement de pétrissage des membres inférieurs ; s'il n'y avait pas de syndrome clinostatique, la mobilisation de la hanche droite déclenchait une douleur dans l'aîne et l'assurée présentait une douleur de cette zone à la marche. L'examen des genoux était « *parfaitement normal* » ; il n'y avait pas d'épanchement, les genoux étant froids et secs ; il n'y avait pas non plus de laxité latérale ni antéro-postérieure ; si l'expert a certes retrouvé une douleur au compartiment fémoro-tibial des deux côtés, il n'y avait toutefois pas d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. Tout comme

l'examen des genoux, celui des chevilles a été qualifié de « *parfaitement normal* » ; il n'y avait pas d'augmentation de volume, ni de douleur à la mobilisation et à la palpation, les amplitudes étant par ailleurs conservées ; il n'y avait pas de douleur des talons, du tendon d'Achille ni de ténosynovite des fibulaires ou du jambier postérieur ; il existait certes un hallux valgus bilatéral, l'assurée présentant une douleur à la palpation des articulations métatarso-phalangiennes des deux côtés sans toutefois qu'une augmentation de volume n'ait été observée ; il n'y avait pas de signe de Lasègue ni de signe de Léri ; il n'y avait pas d'hypoesthésie des membres inférieurs ; les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques ; le réflexe cutané plantaire était en flexion ; il n'y avait pas non plus de déficit moteur des membres inférieurs, l'assurée se mettant sur la pointe des pieds sans avoir mal aux orteils. Le reste de l'examen neurologique n'avait pas montré de syndrome vestibulaire ni cérébelleux, les paires crâniennes étant normales. Les constatations cliniques effectuées par le Dr N. _____ l'ont conduit à poser les diagnostics - incapacitants - de lombalgie sans irradiation après quatre interventions chirurgicales lombaires et de douleurs articulaires d'origine dégénérative et très faiblement inflammatoire. Il a expliqué avoir écarté le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde car il n'y avait aucune augmentation du volume des articulations. Bien que l'assurée présentât une douleur nocturne, un réveil et un dérouillage matinal de trente minutes, la symptomatologie devait être remise en doute devant l'absence de syndrome inflammatoire biologique, deux ans après le diagnostic et l'absence totale des marqueurs biologiques.

bb) Du point de vue psychiatrique, le Dr V. _____ a posé pour seul diagnostic celui de dysthymie. Il a exposé qu'il s'agissait d'une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité était insuffisante - ou dont la durée des différents épisodes était trop brève - pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. D'après ses constatations, l'assurée présentait habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquelles elle pouvait se sentir bien ; sinon, elle pouvait se sentir fatiguée et triste avec une perte de confiance. La dysthymie avait toujours été légère chez une

assurée qui n'avait du reste aucune plainte du point de vue psychique, hormis une tristesse fluctuante, et qui conservait en outre des ressources et des mécanismes adaptatifs qu'elle avait mis en œuvre tout au long de son existence. Aussi, l'expert estimait que l'atteinte diagnostiquée n'affectait pas la capacité de travail. Contrairement au Dr W._____, le Dr V._____ a écarté les traits de personnalité décrits par son confrère ainsi que les somatisations, faute d'avoir retrouvé les signes cliniques tels que décrits dans la CIM-10. Il n'a pas non plus retenu un trouble somatoforme, en l'absence de souffrance prédominante ; en effet, la douleur n'était ni persistante, ni sévère pas plus qu'elle n'était pénible ou n'entravait les activités de la vie quotidienne.

cc) Du point de vue de la médecine interne générale, le Dr G._____ a relevé que les antécédents étaient marqués par une varicectomie bilatérale en 1997, l'exérèse d'un polype sessile du rectum en 2013, une crossectomie de la saphène interne droite le 13 mars 2014 ainsi qu'une insuffisance mitrale de grade 1/4 en 2010. Un nodule thyroïdien de 15 mm TIRADS 5 avait par ailleurs été découvert sur l'échographie du 21 janvier 2021, qui devait faire l'objet d'une investigation complémentaire sous la forme d'une ponction. Quant au bilan sanguin, il avait mis en évidence une normo thyroïdie. Le 8 janvier, puis le 3 février 2021, un syndrome des apnées du sommeil modéré avait été découvert, lequel avait nécessité un appareillage avec d'excellents résultats : il n'y avait en effet pas d'endormissement diurne ni de ronflement. L'assurée avait par ailleurs remarqué une dyspnée à la montée d'un étage ou à la montée d'une côte après 200 à 300 mètres de marche. Il n'y avait cependant pas d'insuffisance cardiaque ni clinique ni biologique ; les examens de laboratoire s'étaient révélés normaux et il n'y avait pas de dyspnée au repos. Selon le Dr G._____, il s'agissait probablement de la conséquence d'une infection à la Covid-19 survenue en novembre 2020. Une amélioration progressive était attendue à court terme. Sur la base de son examen, il a posé les diagnostics suivants : syndrome des apnées du sommeil modéré appareillé par CPAP nocturne depuis le 4 février 2021 avec une efficacité clinique excellente et absence d'endormissement diurne (score d'Epworth à 1/24) ; insuffisance veineuse

des membres inférieurs pauci symptomatique (status après varicectomie bilatérale en 1997, status après une crossectomie le 13 mars 2014 de la saphène interne droite pour incontinence) ; nodule thyroïdien de 15 mm TIRADS 5 sur l'échographie du 21 janvier 2021 à investiguer par une ponction (normo thyroïdie) ; status après exérèse d'un polype sessile du rectum en 2013, sans malignité, et absence de polype sur la coloscopie de 2020 (contrôle à faire en 2025) ; diverticulose colique non compliquée ; insuffisance mitrale de grade 1/4 en 2010 (ultrason cardiaque sans autre anomalie). Sous l'angle de ses capacités et ressources, le Dr G. _____ a précisé que l'assurée continuait de jardiner, de s'occuper de ses deux canaris et d'effectuer les tâches ménagères, aidée de son époux et d'une aide-ménagère 2 heures par semaine pour l'aspirateur et le nettoyage des sols. Elle marchait en outre quotidiennement trente minutes, aimait lire et entretenait des contacts amicaux réguliers. En l'absence de limitation fonctionnelle relevant de la médecine interne générale, il a ainsi nié le caractère incapacitant des diagnostics posés.

dd) Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont exposé que le problème principal de l'assurée était d'ordre rhumatologique. En effet, elle présentait des douleurs diffuses depuis de très nombreuses années, notamment lombaires, traitées par médicaments et physiothérapie avant de subir quatre interventions chirurgicales (la dernière en juillet 2020) ayant conduit à une amélioration de la symptomatologie avec disparition des irradiations dans les membres inférieurs. Au cours de l'évolution et de la diffusion des douleurs, une fibromyalgie avait d'abord été évoquée puis une polyarthrite rhumatoïde, diagnostics tous deux écartés faute de signes cliniques. Si l'examen expertal n'a pas permis de retrouver de douleurs aux épaules, il a en revanche mis en évidence des lombalgies ainsi que des douleurs articulaires d'origine dégénérative au niveau des chevilles, des orteils et des mains plutôt à droite. Quant aux diagnostics de médecine interne et de psychiatrie, ils n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail. Selon les experts, la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

b) S'agissant des brefs avis médicaux rendus respectivement les 29 septembre et 13 octobre 2021 par les Drs C. _____ et T. _____, soit postérieurement à la réalisation de l'expertise, ils ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par les experts. Il convient tout d'abord de relever que ces médecins ne discutent à aucun moment du contenu de l'expertise. Ensuite, ils exposent des problématiques qui ont été discutées par les experts (diagnostics ; sommeil non réparateur) et décrivent des limitations qui ne correspondent que partiellement aux descriptions figurant dans l'expertise (limitations dans les activités de la vie quotidienne).

c) Il résulte de ce qui précède que l'office intimé n'a pas fait preuve d'arbitraire en estimant que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues. Aussi a-t-il nié à bon droit l'existence d'une aggravation de l'état de santé entre le 2 mars 2017 et la décision litigieuse du 5 avril 2022.

7. La recourante fait valoir qu'il n'existerait pas de travail concret adapté à son état de santé.

a) Sur le plan de l'exigibilité, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le corps médical – pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg ; pas de porte-à-faux du buste ou de rotation répétée du buste ; port de charge proche du corps limité à 5 kg ; éviter le piétinement et les marches prolongées ; éviter les mouvements de flexion répétés du buste d'extension ; pas d'utilisation d'engins vibrants ; pas de travail dans le froid ; veiller à des changements de position réguliers ; pas de mouvement forcé de préhension et de pro-supination des deux mains – ne présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail (sur cette notion : ATF 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2) offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière autre qu'une

mise au courant initiale. L'office intimé a notamment retenu que la recourante serait en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger (par exemple : montage de petits éléments, contrôle ou surveillance d'un processus de production ; ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ; ouvrière dans le conditionnement ; aide administrative [réception, scannage, autres]). Dans ce contexte, il n'est pas irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif d'activités qui peuvent être exercées par la recourante en dépit de ses limitations fonctionnelles.

b) Sur le plan personnel et professionnel, la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée apparaît également exigible. Âgée de 58 ans à la date de la décision litigieuse, la recourante n'a pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1, voir également TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2). Cet élément seul ne suffit donc pas à nier le caractère exigible d'une reconversion professionnelle. S'il apparaît certes que l'intéressée ne dispose d'aucune formation professionnelle, il ressort du dossier qu'elle a travaillé de nombreuses années dans plusieurs domaines pour le compte de différents employeurs. Elle a donc déjà été confrontée à plusieurs reprises à un changement d'activité au cours de son parcours professionnel et a su faire preuve d'adaptation et de flexibilité. Quant à la question du taux d'activité exigible, celui-ci reste suffisamment élevé pour ne pas constituer un frein en soi.

8. Dans un dernier grief, la recourante reproche à l'office intimé de ne pas avoir procédé à une nouvelle enquête économique sur le ménage.

a) Lors de l'enquête économique sur le ménage du 16 août 2016, l'assurée a indiqué qu'elle bénéficiait d'une aide à domicile pour le ménage (aspirateur, serpillère et nettoyage de l'une des trois salles de

bains) et le repassage. Seule, elle passait le chiffon à poussière dans toute la maison, rangeait les ustensiles de cuisine dans les armoires situées à sa hauteur, effectuait les courses légères, faisait les lessives, remplissait et vidait les machines à laver, utilisait le séchoir. De son côté, son mari avait toujours participé à certaines tâches domestiques et continuait de le faire dans tous les domaines (alimentation, entretien du logement, courses et emplettes ainsi que lessive et entretien des vêtements) ; depuis que son épouse était atteinte dans sa santé, il se chargeait plus particulièrement des tâches lourdes et de celles susceptibles de lui causer des douleurs.

b) Dans son rapport d'examen de médecine interne générale (cf. rapport d'expertise du Centre P. _____ du 19 mai 2021, p. 22), le Dr G. _____ a relevé que l'assurée pouvait préparer et cuire les aliments, servir les repas ainsi que nettoyer la cuisine au quotidien. Elle pouvait également ranger et épousseter. Elle ne passait toutefois pas l'aspirateur et n'entretenait pas les sols puisqu'elle demandait à une aide-ménagère de le faire, cette dernière se chargeant aussi de nettoyer les installations sanitaires. L'assurée pouvait faire le nettoyage léger alors que les grands nettoyages étaient effectués par l'aide-ménagère. De même, il incombait à cette dernière ou à l'époux de l'assurée de changer les draps des lits. L'assurée s'occupait des plantes, du jardin et de l'extérieur. Elle ne sortait toutefois pas les poubelles, cette tâche étant habituellement du ressort de son époux. Elle pouvait garder des animaux domestiques, tels que deux canaris, car ils ne nécessitaient quasiment aucun entretien. S'agissant des courses, l'époux de l'assurée l'aidait pour porter les sacs lourds, tandis qu'elle se chargeait elle-même des petites courses quotidiennes. Quant aux démarches administratives, elles étaient effectuées par le mari depuis toujours. Concernant la lessive et l'entretien des vêtements, l'assurée pouvait mettre les vêtements dans la machine, mais ne pouvait étendre le linge que sur un étendage situé à sa hauteur. Si elle pouvait plier le linge, le repassage était en revanche effectué par l'aide-ménagère. L'assurée pouvait raccommoder un bouton de chemise, de même qu'elle pouvait aussi éventuellement nettoyer des chaussures.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que la situation ne s'est à l'évidence pas péjorée depuis 2017 et que, partant, l'office intimé n'a pas fait preuve d'arbitraire en renonçant à mettre en œuvre une nouvelle enquête ménagère.

9. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient 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 5 avril 2022 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 mis à la charge de K._____.
- 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 :

- Me Flore Primault, avocate (pour K._____),
- 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 :