

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2025

---

Composition : M. TINGUELY, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI.**

**E n f a i t :**

**A.** O.\_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née [...] en [...], est domiciliée à [...]. Elle est séparée de son mari, avec lequel elle a eu un fils né en [...].

Titulaire d'un CFC d'[...] et d'un diplôme de [...], l'assurée a exercé comme [...] au Centre N.\_\_\_\_\_ (ci-après : le N.\_\_\_\_\_), à 50 %, depuis janvier 2000. Elle s'est trouvée en incapacité de travail à compter du 20 juillet 2015.

**B. a)** Le 30 mars 2016, O.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). À cette occasion, elle a indiqué subir les atteintes suivantes : « insuffisance rénale chronique », « problème pulmonaire (asthme) » et « arthrite psoriasique », affirmant par ailleurs être « affectée de douleurs et de brûlures dans tout le corps ».

**b)** Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a ordonné, le 20 septembre 2018, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie), qu'il a confiée au Centre d'expertises médicales de J.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : le J.\_\_\_\_\_).

Le 22 janvier 2019, les experts du J.\_\_\_\_\_ - soit en l'occurrence la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr [...], spécialiste en rhumatologie, ainsi que le Dr [...] et la Prof. [...], médecins au service de neurologie du N.\_\_\_\_\_ - ont établi leur rapport d'expertise. Dans leur appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle), les experts ont posé les diagnostics suivants :

« - Cervico-dorso-lombalgies chroniques d'étiologie indéterminée M54.2, M54.9, M54.5  
- Douleurs diffuses des membres supérieurs et inférieurs, chroniques d'étiologie indéterminée R52.2

- Douleurs chroniques des mains avec arthrose des doigts radiologique M19.0
- Trouble somatoforme douloureux persistant F45.4
- Episode dépressif au décours F32.0
- Hyposensibilité à la réplétion vésicale sans argument pour une pathologie neurologique sous-jacente
- Insuffisance rénale chronique de stade G3aAx - sur reflux vésico-urétéral, opération en 1989 N18.8 »

Cela étant, les experts ont estimé que l'assurée avait présenté entre le 20 juillet 2015 - date du début de l'incapacité de travail médicalement attestée par les médecins - et la fin du mois de juin 2018, une incapacité de travail totale liée à l'intensité de son trouble somatoforme douloureux persistant et à son état dépressif probablement de degré moyen. En revanche, depuis le mois de juillet 2018, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle demeurerait entière pour autant que cette activité n'implique pas de frappe à l'ordinateur répétée et prépondérante sur l'horaire de travail - auquel cas la capacité de travail serait abaissée de 50 % -, les experts mentionnant néanmoins une baisse de rendement de 20 % en lien avec une fatigue et le syndrome douloureux ainsi qu'avec les symptômes dépressifs au décours mais actuellement de degré léger. La capacité de travail dans une activité adaptée demeurerait pour sa part entière.

**c)** Dans son rapport du 4 mars 2019, le médecin du SMR a estimé que le contenu de l'expertise était cohérent et que ses conclusions étaient fondées sur des arguments convaincants, de sorte qu'il était justifié de retenir que l'assurée avait été en incapacité totale de travail entre le 20 juillet 2015 et le 30 juin 2018 et que, par la suite, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018, elle avait présenté une capacité de travail exigible de 80 % (100 % moins 20 % de perte de rendement) dans son activité habituelle, respectivement de 100 % dans une activité adaptée.

Par avis médicaux successivement établis les 15 mars 2021, 27 mai 2021, 1<sup>er</sup> novembre 2021 et 22 février 2022, le médecin du SMR a estimé, en substance, que les différents rapports médicaux qui avaient été produits au dossier ultérieurement à l'expertise ne permettaient pas de

remettre en cause les conclusions de cette dernière ni les constats qui y étaient opérés.

**d)** Par décision du 17 novembre 2022, confirmant un projet de décision du 19 avril 2022, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 septembre 2018 (degré d'invalidité de 70 % : empêchement de 100 % sur la part active [70 %] et de 0 % sur la part ménagère [30 %]), son droit s'étant pour le surplus éteint à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2018 (degré d'invalidité de 14 % : empêchement de 20 % sur la part active [70 %] et de 0 % sur la part ménagère [30 %]). Cette décision n'a pas été contestée.

**C.** **a)** Le 22 mai 2023, O.\_\_\_\_\_, désormais représentée par l'avocat Jean-Michel Duc, a déposé une nouvelle demande de prestations, se prévalant d'une aggravation de son état de santé sur le plan rhumatologique depuis octobre 2022.

**b)** Par avis du 9 juin 2023, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour produire un rapport médical détaillé (diagnostic, description de l'aggravation de l'état de santé par rapport à l'état antérieur et date de survenance, nouveau degré d'incapacité de travail, pronostic et autres renseignements utiles) ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

**c)** Le 14 juillet 2023, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle allait prochainement être prise en charge par un médecin spécialiste en rhumatologie en vue d'attester médicalement l'aggravation de son état de santé. Elle a sollicité à cet égard la prolongation de deux mois du délai qui lui avait été imparti pour produire un rapport médical détaillé.

Par avis du 17 juillet 2023, l'OAI a accordé à l'assurée un délai supplémentaire au 15 septembre 2023.

**d)** Le 15 septembre 2023, l'assurée a requis de l'OAI la prolongation d'un mois du délai qui lui avait été imparti pour produire un rapport médical détaillé.

Par avis du 20 septembre 2023, l'OAI a accordé à l'assurée un ultime délai au 30 octobre 2023.

**e)** Le 30 octobre 2023, l'assurée a requis de l'OAI la prolongation d'un mois du délai qui lui avait été imparti pour produire un rapport médical détaillé, exposant qu'elle était toujours en attente de ce rapport.

**f)** Par projet de décision du 1<sup>er</sup> novembre 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations, relevant que, malgré l'ultime délai qui lui avait été imparti pour produire un rapport médical détaillé, elle n'avait pas rendu vraisemblable que l'état de fait s'était modifié de manière essentielle depuis la décision du 17 novembre 2022.

**g)** Le 27 novembre 2023, l'assurée, agissant personnellement à cette occasion, a remis à l'OAI des copies de divers rapports d'examens (IRM et radiographies). Elle a pour le surplus relevé que le « rapport de l'expertise médicale sera envoyé par le service de rhumatologie de l'hôpital de L. \_\_\_\_\_ ».

Le 30 novembre 2023, l'assurée a requis de l'OAI la prolongation d'un mois du délai pour lui faire parvenir un rapport médical détaillé, exposant qu'elle était toujours en attente de ce rapport.

Par avis du 5 décembre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu « des dispositions légales en la matière », il n'était pas possible d'accéder à sa demande de prolongation. Il lui a indiqué qu'une décision formelle serait prochainement rendue sur la base des éléments en sa possession.

**h)** Le 6 décembre 2023, l'assurée a présenté ses objections au projet de décision. Elle a fait valoir en substance qu'en refusant de lui accorder un délai supplémentaire, l'OAI avait violé son droit d'être entendue ainsi que le principe de l'égalité des armes.

**i)** Par décision du 13 décembre 2023, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations.

**D.** **a)** Par acte du 1<sup>er</sup> février 2024, O.\_\_\_\_\_ a formé un recours contre la décision du 13 décembre 2023 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvel examen et nouvelle décision. Elle a produit, en annexe de son recours, un rapport daté du 20 novembre 2023 et établi par le Prof. [...], le Dr [...] et le Dr [...], médecins à la Clinique de rhumatologie de l'hôpital L.\_\_\_\_\_ (L.\_\_\_\_\_). La recourante a en outre sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire ainsi que la mise en œuvre d'une audience publique.

Le 16 février 2024, la recourante a retiré sa requête d'assistance judiciaire.

**b)** Le 11 avril 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

**c)** Le 18 avril 2024, la recourante a présenté des observations complémentaires, à l'issue desquelles elle a persisté dans ses conclusions.

**d)** Le 21 mai 2024, l'OAI a également persisté dans ses conclusions, renvoyant à sa précédente écriture.

**e)** Le juge soussigné a repris l'instruction de la cause en mars 2025.

**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 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 compte tenu des fêtes hivernales (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]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige a pour objet le point de savoir si l'office intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 mai 2023 par la recourante.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 13 décembre 2023, fait suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 22 mai 2023. La Cour doit par conséquent appliquer, s'il y a lieu, le nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022.

**4. a)** 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**b)** Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une 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). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3). Par dernier examen matériel du droit à la rente, il faut entendre la dernière décision entrée en force rendue avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71).

**c)** Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autre investigation

par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de la personne assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

**d)** Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à la personne assurée pour produire les pièces pertinentes auxquelles elle s'était référée dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

**5. a)** La recourante, qui se limite en procédure de recours à invoquer des griefs de nature formelle, reproche en premier lieu à l'office intimé d'avoir violé son droit d'être entendue en refusant de prolonger le délai qui lui avait été imparti pour produire un rapport médical détaillé en vue d'étayer sa nouvelle demande de prestations.

**b)**

**aa)** Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est

que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Le droit d'être entendu comprend également le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2).

**bb)** À teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA et applicable en l'espèce ; RO 2020 5143), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours. Ce délai est un délai légal non prolongeable (FF 2018, p. 1636 s).

**c)**

**aa)** Il est observé qu'en l'espèce, ensuite de sa demande de prestations déposée le 22 mai 2023, la recourante a disposé en définitive, compte tenu des différentes prolongations qu'elle avait obtenues de l'office intimé et de l'ultime délai au 30 octobre 2023 qui lui avait été imparti, d'un délai de plus de cinq mois pour déposer les pièces destinées à rendre plausible l'aggravation de son état de santé dont elle se prévalait dans sa demande.

Un tel délai s'avère largement suffisant compte tenu des circonstances d'espèce. On relèvera à cet égard que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, sauf à admettre que l'administration soit habilitée à suspendre indéfiniment le traitement des demandes déposées en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, un délai de trois mois doit déjà être tenu pour raisonnable afin de permettre à l'assuré de déposer ses moyens de preuve ; tel est d'autant plus le cas lorsque l'assuré ne documente pas ses allégués ou lorsqu'il existe une proximité temporelle avec la précédente décision rendue au fond et entrée en force (cf. en ce sens : arrêt TF 9C\_160/2023 du 17 octobre 2023 consid. 3.2 et les autres références citées), étant observé qu'en l'occurrence, la dernière décision date du 17 novembre 2022, soit d'à peine six mois avant le dépôt de la nouvelle demande.

De surcroît, si la recourante avait certes annoncé, dès le 14 juillet 2023, qu'elle allait être prochainement prise en charge par un médecin rhumatologue en vue de l'établissement d'un rapport médical détaillé, elle n'a toutefois aucunement transmis, durant le délai considéré, de courrier ou de convocation émanant du médecin en question, ni même le nom de ce dernier ou du service de rhumatologie qu'elle affirmait avoir contacté, de sorte que l'office intimé ne disposait d'aucun moyen de vérifier que les démarches annoncées avaient effectivement été entreprises.

**bb)** Il ne saurait enfin être reproché à l'office intimé, ensuite du projet de décision qu'il avait établi le 1<sup>er</sup> novembre 2023, de ne pas avoir donné une suite favorable à la nouvelle demande de prolongation de délai que la recourante avait encore formulée par courrier du 30 novembre 2023. Comme on l'a vu ci-avant, le délai de 30 jours prévu par l'art. 57a al. 3 LAI n'est en effet pas susceptible d'être prolongé (cf. consid. 5b/bb supra).

**cc)** Cela étant relevé, on ne voit pas que l'office intimé aurait violé le droit d'être entendu de la recourante.

**d)**

**aa)** La recourante soutient en second lieu que le refus d'entrer en matière consacrerait une violation du principe de l'égalité des armes qu'elle entend déduire de l'art. 6 par. 1 CEDH lui garantissant le droit à un procès équitable. Elle se plaint en particulier qu'à l'inverse de l'office intimé, qui prendrait souvent de nombreux mois pour statuer sur le droit aux prestations des assurés et pour réunir les pièces médicales, elle n'avait, pour sa part, disposé que d'un délai particulièrement bref pour faire valoir ses arguments.

**bb)** Comme cela est déjà déduit des considérants qui précèdent, le refus d'entrer en matière résulte d'une application correcte des dispositions légales en vigueur et des développements jurisprudentiels y afférents, si bien qu'au-delà de ses critiques toutes générales exprimées à l'endroit de l'office intimé et de son fonctionnement, la recourante ne parvient pas à démontrer en quoi précisément et concrètement son droit à un procès équitable aurait été violé.

Une autre approche aurait sans doute dû être adoptée si, pour justifier le refus d'entrer en matière, l'office intimé s'était par exemple fondé sur des éléments médicaux qu'il avait lui-même réunis, sans laisser au surplus le temps à la recourante d'apporter les siens. Or tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

**e)** En définitive, il n'apparaît pas que la décision attaquée serait entachée d'un vice formel justifiant son annulation.

Cela étant, à défaut de tout élément propre à justifier une aggravation de l'état de santé de la recourante, c'est à bon droit que l'office intimé n'est pas entré en matière sur sa demande de prestations.

**6. a)** En tant que la recourante requiert la tenue d'une audience publique, on observera que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le juge peut s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l'art. 6 par. 1 CEDH, lorsque la demande est abusive, chicanière,

ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C\_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 avec les références citées ; cf. également CASSO AI 229/23 - 23/2024 du 18 janvier 2024).

**b)** En l'espèce, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est clairement infondé, si bien qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante.

De surcroît, la tenue d'une audience publique ne ferait en l'espèce que retarder l'examen par l'office intimé d'une éventuelle nouvelle demande de prestations que la recourante pourrait avoir déposée dans l'intervalle sur la base du rapport médical produit en procédure de recours et dont, comme l'admet la recourante, il ne peut pas être tenu compte à ce stade par la Cour de céans.

**7. a)** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1bis 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 13 décembre 2023 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 d'O.\_\_\_\_\_.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour O.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :