

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 octobre 2025

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Livet, juge, et M. Perreten, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, 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. 87 al. 2 - 3 RAI**

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

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée sans enfants. Originnaire de Serbie, sans formation, elle a travaillé en Suisse depuis [...] comme ouvrière de production et de janvier 2007 à février 2020 au service de la société C.\_\_\_\_\_ SA. Elle bénéficie du Revenu d'insertion (RI) depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2019 et est suivie par le CSR d'[...].

Le 6 janvier 2020, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant être en incapacité de travail depuis le 22 mai 2019 en raison d'un conflit avec son employeur à l'origine d'une péjoration de son état de santé.

Après avoir recueilli les renseignements ordinaires auprès des médecins consultés par l'assurée (rapports des 2 avril 2020 et 16 novembre 2021 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique ; rapports des 17 juillet 2020 et 19 mars 2021 de la Dre A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ; rapport du 15 décembre 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ; rapport du 28 janvier 2021 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien ; rapport du 17 juin 2021 de la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de médecine des O.\_\_\_\_\_ [O.\_\_\_\_\_] ; rapport du 9 février 2022 de la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique ; rapport du 25 mars 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_, médecin praticien) et pris connaissance du dossier médical constitué par l'assureur perte de gain X.\_\_\_\_\_, qu'il a ensuite soumis à son Service médical régional (SMR ; avis du 21 avril 2022), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a confié au centre S.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : le S.\_\_\_\_\_) le soin de procéder à une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie). Dans leur rapport interdisciplinaire du 29 novembre 2022, les experts n'ont pas posé de diagnostic incapacitant, mais uniquement les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, suivants :

- “1. Trouble anxieux et dépressif mixte.
2. Syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale, associés à une arthrose modérée, selon le rapport d’IRM du 06.10.2020.
3. Cervicalgies sur troubles dégénératifs mineurs selon les IRM effectuées en 2019 et 2020.
4. Fibromyalgie avec un score de Wolfe à 23/31 et un score de Waddell à 3/5.
5. Déconditionnement physique.
6. Syndrome du canal carpien des 2 côtés.
7. Obésité de stade 1, avec un indice de masse corporelle à 33.26 kg/m<sup>2</sup>.
8. Hypertension artérielle actuellement stabilisée.
9. Dyspnée d’effort d’origine indéterminée.
10. Gastrite à *helicobacter pylori* et duodénite érosive en 2020.
11. Carence en fer sans anémie.
12. Notion de kyste ovarien à droite.
13. Mastopathie fibro-kystique avec status post-ablation d’une tumeur phyllode du sein gauche en 2018 et status post-ponction d’un petit sérome en 2019.
14. Insuffisance veineuse des membres inférieurs.
15. Cholestase et cytolysse hépatique, d’origine indéterminée.
16. Status post-bactériémie à *Escherichia coli* à point de départ urinaire en juin 2021.”

D’un point de vue interdisciplinaire, ces experts n’ont pas retenu de limitation fonctionnelle et ont estimé que tant dans l’activité habituelle que dans une activité adaptée, la capacité de travail de l’assurée avait toujours été de 100 % à l’exception de quelques jours au mois de juin 2021 au cours d’une hospitalisation pour une bactériémie à *Escherichia coli* à point de départ urinaire.

Après avoir soumis l’expertise du S. \_\_\_\_\_ au SMR (rapport d’examen du 22 décembre 2022), par projet de décision du 3 janvier 2023, l’OAI a indiqué à l’assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. Sur la base des renseignements médicaux en sa possession, en particulier l’expertise médicale pluridisciplinaire du S. \_\_\_\_\_ réalisée au mois de septembre 2022, l’OAI a retenu que l’assurée ne présentait pas d’atteinte à la santé invalidante au sens de l’assurance-invalidité. Sa capacité de travail était entière en toute activité et elle ne subissait pas d’incapacité de gain, donc d’invalidité, si bien que le droit à des mesures professionnelles et à une rente devait être nié.

Les 6 et 27 février 2023, l'assurée, agissant par Procap, s'est opposée à ce projet dont elle demandait l'annulation et a requis la mise en œuvre par l'OAI de mesures d'instruction complémentaires. A cet effet, elle a remis les pièces médicales suivantes :

- un rapport d'une œsophagogastroduodéoscopie du 3 juin 2021 du Dr N.\_\_\_\_\_ qui a mis en évidence chez l'assurée une gastrite érosive antrale ;
- un rapport du 14 juillet 2022 de coloscopie totale et ileoscopie du Dr N.\_\_\_\_\_ qui a montré chez l'assurée une hyperémie de la muqueuse rectale et descendant ainsi qu'une congestion hémorroïdaire dont l'histologie rassurante permettait d'exclure une pathologie inflammatoire ou cancéreuse ;
- un rapport du 7 février 2023 de la Dre A.\_\_\_\_\_ qui a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1), de troubles anxieux (F41.9) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 2019. Elle notait un état psychique avec des moments de fluctuation et une péjoration de la thymie depuis l'annonce du refus de rente d'invalidité. Une amélioration était espérée dans un délai de six mois après un remplacement du traitement d'Escitalopram par la Duloxétine. En l'état, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %.

Aux termes d'un avis du 21 mars 2023, le SMR a estimé que la contestation de l'assurée et les rapports médicaux transmis n'apportaient pas de nouvel élément ou de nature à remettre en question les conclusions du S.\_\_\_\_\_ en l'absence d'élément objectif permettant d'établir une aggravation de l'état de santé depuis lors, si bien que les conclusions du SMR du 22 décembre 2022 restaient valables.

Par décision du 22 mars 2023, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité du 3 janvier 2023. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 15 mars 2024, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente, invoquant l'absence d'amélioration de son état de santé depuis 2019. Elle a joint un rapport du 19 décembre 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, retenant une fibromyalgie ainsi que trois certificats de la DreA.\_\_\_\_\_ des 27 décembre 2023, 30 janvier et 26 février 2024, attestant une capacité de travail nulle de l'assurée pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2024.

Par projet du 20 mars 2024 puis par décision du 14 mai 2024, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande de prestations, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision de refus du 22 mars 2023.

Le 7 juin 2024, l'OAI a enregistré au dossier un rapport daté du même jour du Dr O.\_\_\_\_\_, praticien, médecin traitant, lequel indiquait avoir connaissance du rejet par l'OAI de la nouvelle demande de prestations déposée. Ce médecin annonçait un changement des circonstances liée à une dépression/angoisse de l'assurée qui était suivie par la Dre A.\_\_\_\_\_, psychiatre. Selon le Dr O.\_\_\_\_\_, l'intéressée présentait en outre un prédiabète, une hypothyroïdie et une hypovitaminose. Il demandait à l'OAI de prendre en charge les « nouveaux facteurs de santé » en renvoyant pour les détails auprès de la psychiatre traitante.

Le 31 juillet 2024, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 6 mars 2023 du Dr W.\_\_\_\_\_ selon lequel le diagnostic susceptible d'expliquer les douleurs de l'assurée était celui d'un syndrome douloureux chronique avec la précision que la fibromyalgie faisait partie de ce groupe d'entités mal comprises au cours desquelles la patientèle décrivait des douleurs similaires à celles de l'assurée. Sans prescrire de

traitement, ce médecin suggérerait la pratique progressive de la marche afin de soulager les douleurs chroniques de l'assurée ;

- un rapport du 10 janvier 2024 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, selon lequel il était raisonnable de poser le diagnostic d'un syndrome douloureux chronique installé dans les suites du traumatisme lié à la perte d'emploi de l'assurée ;

- un rapport du 23 juillet 2024 de l'ergothérapeute D.\_\_\_\_\_ suivant l'assurée depuis le 14 mai 2024 à la demande de l'Unité urgences-crise du P.\_\_\_\_\_ (P.\_\_\_\_\_)

Par arrêt du 26 août 2024, la juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a déclaré irrecevable le recours déposé le 11 juin 2024 par l'assurée contre la décision du 14 mai 2024 (cause AI 171/24 - 270/2024). Cet arrêt n'a pas été contesté.

**C.** Le 10 septembre 2024, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte à la santé « état dépressif sévère depuis 2019 ».

Les 23 septembre et 9 octobre 2024, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 10 juin 2024 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistante auprès de l'Unité urgences-crise du P.\_\_\_\_\_ suivant l'assurée sur la période du 19 mars au 10 juin 2024. Ces médecins ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). On extrait les passages suivants de leur rapport :

“[...] **Anamnèse actuelle** : le facteur de crise semble être, en premier lieu, la découverte de sa tumeur du sein en 2019 et puis, plus récemment, la découverte d'un kyste au sein gauche, ce qui a exacerbé les expériences de peur, d'insécurité, d'inquiétude et de fragilité. Elle nous explique que sa maman est décédée à 45 ans et

que sa sœur a également eu un cancer du sein mais est en rémission.

[...]

**Sur le plan psychique**, nous mettons en évidence une humeur dépressive, une labilité émotionnelle, la présence de ruminations anxieuses, d'angoisses et d'anxiété, une fatigabilité, une perte de l'énergie, une baisse de l'élan vital avec d'énormes difficultés à effectuer les actes de la vie quotidienne, une insomnie, une baisse de la concentration et de l'attention ainsi qu'un manque de motivation.

Pendant le suivi, la patiente a présenté une péjoration de son état psychique par rapport à l'évolution de la situation personnelle et familiale : un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'appétit à se concentrer, associées à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe des troubles du sommeil avec réveils répétés pendant la nuit et un trouble de l'alimentation (hyperalimentation incontrôlée avec prise de poids marquée). L'humeur dépressive varie d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et s'accompagne de symptômes somatiques : des douleurs générales ; une aggravation matinale de la dépression, un ralentissement psychomoteur.

L'intervention de crise avait pour objectif de contenir les symptômes aigus en réévaluant la thérapie médicale. Nous avons notamment partagé la décision d'adopter une monothérapie antidépressive (duloxétine) avec une augmentation de la dose et l'introduction de la quétiapine à des fins anxiolytiques et hypnotiques.

**A la fin du suivi** l'état psychique de la patiente reste fragile et elle nécessitera la poursuite du suivi et du traitement psychiatrique.

**Sur le plan diagnostique** et au vu des éléments susmentionnés, nous retenons l[e] diagnostic d'un épisode dépressif moyen dans le diagnostic connu de trouble dépressif récurrent. [...]" ;

- un protocole opératoire du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, pour une excision du kyste sacro-coccygien selon la technique de Lord Millar modifiée Marti en anesthésie locale réalisée le 4 septembre 2024 au Centre de chirurgie ambulatoire [...] des O. \_\_\_\_\_ ;

- un rapport du 23 septembre 2024 de la Dre A. \_\_\_\_\_, laquelle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de probable trouble de la personnalité histrionique (F60.4). Cette médecin a indiqué que l'état anxiodépressif de l'assurée s'était aggravé au mois de septembre 2023 avec une demande d'hospitalisation pour une admission

à l'Hôpital de [...] mais sans une place disponible, ainsi qu'au mois d'avril 2024 à la suite du diagnostic de son mari atteint d'un cancer pulmonaire alors qu'elle avait été opérée quelques années en arrière d'une tumeur du sein et que sa mère était décédée d'un cancer, avec une intervention de crise par le P.\_\_\_\_\_. La psychiatre traitante a retenu une incapacité de travail de l'assurée à 70 %, même dans une activité adaptée, alors qu'en mars 2024 elle avait retenu une incapacité de travail à 50 %. Le traitement de Duloxetine initialement introduit à 30 mg en février 2023 était augmenté à 60 mg. En raison d'une insomnie importante, le traitement de Zolpidem inefficace avait été remplacé par de l'Imovane 7,5 mg au coucher et par de l'Escitalopram 15 mg. L'assurée poursuivait son traitement de Temesta 1mg (max. 4mg) en réserve qu'elle prenait souvent en raison des fortes angoisses.

Dans un compte-rendu de la permanence SMR du 9 octobre 2024, il a été conclu à ce qui suit :

“Sur la base des éléments médicaux en notre possession dans le cadre de cette nouvelle demande, nous ne relevons aucune aggravation de l'état de santé psychiatrique notable et significative depuis notre dernière décision. Les LF [limitations fonctionnelles] sont peu étayées et reste[nt] subjectives car reposent sur les plaintes de l'assurée. Nous ne notons aucune réalisation d'une hospitalisation en milieu psychiatrique depuis notre dernière décision. A noter que les plaintes ont déjà été prises [en] compte lors de l'expertise. A ce jour aucun élément clinique ou médico descriptif objectif et aucune LF objective n'[ont] été apportés permettant de justifier une aggravation. Situation psychiatrique inchangée.

Concernant l'intervention chirurgicale le 04.09.2024, on peut reconnaître une ITAA [incapacité de travail dans une activité adaptée] totale post-intervention temporaire durant maximum 2 semaines. La CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] est à nouveau à 100%.”

Par projet de décision du 9 octobre 2024, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus du 22 mars 2023.

Le 7 novembre 2024, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 25 octobre 2024 adressé au conseil de l'assurée par la Dre A. \_\_\_\_\_ qui a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme (F45.1) et de probable trouble de la personnalité histrionique (F60.4). A la question de l'évolution et de la modification de l'état de santé depuis son suivi et depuis le 22 mars 2023 (date de la dernière décision AI), la psychiatre traitante a décrit une évolution stationnaire avec aggravation en septembre 2023 qui avait nécessité une prise en charge de l'assurée en unité urgences-crise du 19 mars 2024 au 10 juin 2024. Au status, il était constaté une baisse du moral, une tristesse, une angoisse assez constante, un manque de motivation et du plaisir, une baisse de la concentration et de la motivation, une fatigabilité importante, une prise de poids, une irritabilité, un sentiment de détresse, une douleur généralisée persistante et une difficulté à mener à bien les activités de la vie quotidienne. Selon la Dre A. \_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assurée était nulle, même dans une activité adaptée, sans une mesure de réadaptation possible. Qualifiant le pronostic de sombre et d'incertain, elle a renvoyé auprès des médecins consultés pour les problèmes somatiques ;

- un rapport du 5 novembre 2024 du Dr O. \_\_\_\_\_ dont il ressort l'absence d'amélioration des symptômes depuis le début du suivi de l'assurée le 22 mars 2023. Ce médecin a évalué la capacité de travail comme nulle depuis 2023, même dans une activité adaptée, renvoyant aux certificats d'incapacités de travail établis par la Dre A. \_\_\_\_\_ ;

- un rapport du 6 novembre 2024 adressé à l'OAI par le Dr H. \_\_\_\_\_ qui a fait part d'une situation médicale qui s'était « dramatiquement aggravée » sur les plans neurologique et psychiatrique ; le syndrome dépressif était passé d'un état modéré à sévère ; un syndrome douloureux chronique limitait l'assurée dans la réalisation de ses activités quotidiennes laquelle devait recourir à l'aide de ses enfants. En raison de cette aggravation de

l'état de santé l'incapacité de travail de l'assurée était de 100 %, même dans une activité adaptée.

Aux termes d'une fiche d'examen du dossier du 8 novembre 2024, après avoir résumé les avis médicaux récoltés dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024, l'OAI a fait le point de situation définitif suivant :

“Conclusions :

Etat stationnaire depuis 2023, à noter que les constatations des médecins retenues en 2023 sont identiques que celles retenues lors de l'expertise de 09.2022.

Par ailleurs, dans les notes transmises à Procap du 07.02.2023 (ged 01.03.2023), la Dre A.\_\_\_\_\_ reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir repris le diagnostic de fibromyalgie permettant d'expliquer les douleurs sans substrat à la radiologie. Rappelons que le diagnostic de fibromyalgie est clairement du ressort de la rhumatologie. Il repose sur des critères précis et requiert un examen clinique rhumatologique complet pour être posé, tel n'a pas été le cas (c.f. rapport du 19.12.2023 du Dr W.\_\_\_\_\_, rhumatologue).

Pour ces raisons, nous maintenons notre refus d'entrer en matière.”

Par décision du 18 novembre 2024, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 9 octobre 2024 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée, au motif que les rapports médicaux reçus n'apportaient aucun nouvel élément médical autre que ceux déjà connus.

**D.** Par acte du 11 décembre 2024, Z.\_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 18 novembre 2024, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il instruisse la nouvelle demande de prestations. En substance, elle reproche à l'OAI de ne pas être entré en matière à tort sur la nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024 en lui opposant les rapports des médecins traitants produits dans ce cadre. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la production de son dossier complet en mains de l'OAI et la tenue de débats publics lui offrant la possibilité d'être entendue par la Cour de céans.

Dans un complément au recours du 3 janvier 2025, la recourante observe que le SMR n'a pas pris en compte les remarques et explications de la Dre A.\_\_\_\_\_, déplore que l'expert psychiatre du S.\_\_\_\_\_ n'ait pas été interpellé et a annoncé qu'elle complétera le recours après avoir pris connaissance de l'enregistrement sonore de l'expertise S.\_\_\_\_\_. Cela étant, elle s'étonne du refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande au mois de novembre 2024, soit à plus de deux ans des examens cliniques du 7 septembre 2022 réalisés auprès du S.\_\_\_\_\_. Elle soutient en effet que, dans son rapport du 25 octobre 2024, sa psychiatre traitante (la Dre A.\_\_\_\_\_) a clairement diagnostiqué une aggravation de la situation en septembre 2023 avec une prise en charge en unité urgence-crise du 19 mars au 10 juin 2024, péjoration qui subsiste depuis lors. Au vu des symptômes décrits et diagnostics retenus par la DreA.\_\_\_\_\_ qui entravent l'exercice de toute activité même adaptée avec un pronostic sombre, la recourante fait valoir que le tableau clinique n'est plus superposable à celui qui avait cours en 2022, l'expert psychiatre du S.\_\_\_\_\_ ne retenant pas d'atteinte à la santé invalidante. La recourante ajoute que dans son rapport du 6 novembre 2024, le DrH.\_\_\_\_\_ retient une aggravation aux plans neurologique et psychiatrique, avec un état dépressif sévère et des douleurs chroniques limitant même les activités quotidiennes, justifiant une incapacité de travail totale. Enfin, la recourante observe que le rapport du 10 juin 2024 des médecins de l'Unité urgences-crise du P.\_\_\_\_\_ décrit une aggravation de l'état de santé depuis deux à trois mois sur un trouble dépressif récurrent, épisode apprécié alors de degré moyen (F33.1) et que cette péjoration s'explique par la découverte d'une tumeur à un sein en 2019 et un kyste au sein gauche découvert récemment. Or la mère de la recourante est décédée d'un cancer du sein et sa sœur est atteinte d'un même cancer. De plus, la recourante allègue que son état psycho-émotionnel s'est encore aggravé après la découverte d'un cancer pulmonaire avec métastases osseuses chez son mari, situation qui l'a passablement déstabilisée et a aggravé les symptômes d'anxiété ainsi que de dépression.

Dans sa réponse du 11 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Se référant au compte-rendu de la permanence SMR du 9 octobre 2024, l'intimé maintient que les rapports médicaux recueillis dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024 n'apportent aucun élément nouveau objectif susceptible de rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. L'OAI a en outre produit le dossier de la recourante.

Dans sa réplique du 5 mars 2025, se référant aux arguments dans son écriture du 3 janvier 2025, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions.

Dans sa duplique du 31 mars 2025, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, sans que les arguments développés par la recourante ne remettent en question le bienfondé de la décision attaquée.

Une audience de débats publics a eu lieu ce jour, lors de laquelle la recourante a eu la possibilité d'être entendue. Me Guillaume Linconnu, remplaçant Me Jean-Michel Duc, a ensuite plaidé pour la recourante.

### **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 porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 10 septembre 2024.

**b)** 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). Le nouveau droit est donc applicable en l'espèce, la nouvelle demande datant du 10 septembre 2024.

**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. 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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)** 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).

**d)** 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).

**e)** 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_555/2023 du 15 avril 2024 consid. 4.2).

**4. a)** En l'occurrence, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 10 septembre 2024. Ainsi, il faut se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'est modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 18 novembre 2024 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 22 mars 2023. Dans ce contexte, il convient d'observer qu'une nouvelle demande de prestations déposée le 15 mars 2024 a abouti à un refus d'entrer en matière le 14 mai 2024. Le 10 septembre 2024, la recourante a ainsi déposé une troisième demande de prestations, à l'appui de laquelle elle invoque une aggravation de son état de santé sur la base notamment d'un rapport médical du 7 juin 2024 de son médecin traitant (le Dr O. \_\_\_\_\_).

**b)** La précédente décision de refus de prestations du 22 mars 2023 de l'OAI se fonde sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, psychiatrie et psychothérapie, et rhumatologie) du 29 novembre 2022 du S.\_\_\_\_\_. Sur la base de leurs examens des 19 et 27 septembre 2022, les experts ne retenaient pas de diagnostic incapacitant mais uniquement ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte, de syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire et insuffisance de la sangle abdominale, associés à une arthrose modérée (selon IRM du 6 octobre 2022), des cervicalgies sur troubles dégénératifs mineurs (selon les IRM effectuées en 2019 et 2020), de fibromyalgie (avec un score de Wolfe à 23/31 et un score de Waddell à 3/5), un déconditionnement physique, un syndrome du canal carpien des deux côtés, une obésité de stade 1 (avec un indice de masse corporelle à 33.26 kg/m<sup>2</sup>), une hypertension artérielle actuellement stabilisée, une dyspnée d'effort d'origine indéterminée, une gastrite à *helicobacter pylori* et duodénite érosive en 2020, une carence en fer sans anémie, une notion de kyste ovarien à droite, une mastopathie fibro-kystique avec status post-ablation d'une tumeur phyllode du sein gauche en 2018 et status post-ponction d'un petit sérome en 2019, une insuffisance veineuse des membres inférieurs, une cholestase et cytolyse hépatique, d'origine indéterminée et un status post-bactériémie à *Escherichia coli* à point de départ urinaire en juin 2021. Du point de vue de la médecine interne, aucune atteinte à la santé incapacitante n'a été retenue. D'un point de vue rhumatologique, l'expert a retenu des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés, un tableau de cervicalgies sans lésion radiculaire et un tableau de douleurs des deux mains attribuées à droite à un syndrome du canal carpien non menaçant. Cette évaluation était compatible avec une fibromyalgie, une obésité et un déconditionnement physique. Sur le plan psychiatrique, le tableau clinique correspondait à un trouble anxieux et dépressif mixte. Il n'était pas constaté de ralentissement psychomoteur, ni de trouble cognitif affectant la concentration, l'attention ou la mémoire, ni de tristesse pathologique, ni de difficultés dans le contact, si bien que les critères pour retenir un trouble dépressif constitué n'était pas remplis chez

l'assurée qui déclarait ne jamais avoir eu d'idées suicidaires. De plus, il existait des incohérences entre les plaintes et le comportement en situation d'examen ainsi qu'avec le descriptif d'une journée-type. Les critères pour diagnostiquer un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas remplis non plus, avec des plaintes algiques passées au second plan durant l'entretien chez l'intéressée qui privilégiait ses problèmes de moral. Les experts du S.\_\_\_\_\_ n'ont pas retenu de limitation fonctionnelle, évaluant la capacité de travail de l'assurée à 100 % en toute activité, à l'exception de quelques jours au mois de juin 2021 au cours d'une hospitalisation pour une bactériémie à *Escherichia coli* à point de départ urinaire.

Il convient de relever que dans ses moyens, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du S.\_\_\_\_\_ qui a fondé la décision du 22 mars 2023, en particulier son volet psychiatrique. Ce faisant, elle perd de vue que cette décision de refus de prestations est depuis lors définitive faute de contestation en temps utile. La recourante n'est donc pas fondée à remettre en question cette expertise et faire valoir une nouvelle appréciation de la situation dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande de prestations.

A l'époque de la précédente décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité, les rapports des médecins traitants retenaient déjà que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent (épisode moyen ; F33.1) et d'un trouble anxieux (sans précision ; F41.9) totalement incapacitants depuis le 22 mai 2019. Sur le plan somatique, il était mentionné des douleurs régionales du muscle pectoral gauche, un status post tumorectomie d'une tumeur bénigne du sein gauche (2018) et récurrence locale (en mai 2021), traitée par excision ambulatoire. Un rapport du 15 décembre 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_ décrivait des lombosciatalgies chroniques non-déficitaires depuis le mois d'octobre 2019. L'imagerie médicale du rachis montrait une discarthrose modérée étagée lombaire et des saillies discales sous-ligamentaires étagées, sans hernie discale, ni conflit radiculaire. Des investigations avaient été menées en 2020 en lien avec des œdèmes des membres inférieurs et une dyspnée. Quant aux

bilans cardiologiques et angiologiques, ils n'étaient pas contributifs ; seul un œdème cyclique idiopathique sans répercussion sur la capacité de travail était retenu.

**c)** Les pièces médicales produites à l'appui de la nouvelle demande déposée le 10 septembre 2024 doivent être passées en revue ci-après afin de déterminer si la péjoration de son état de santé invoquée par la recourante est rendue plausible.

Dans un rapport du 7 juin 2024 le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin traitant, se limite à annoncer un changement des circonstances en raison d'une dépression/angoisse - avec un suivi par la Dre A.\_\_\_\_\_, d'un prédiabète, d'une hypothyroïdie et une hypovitaminose. Le Dr O.\_\_\_\_\_ demande à l'OAI de prendre en charge les « nouveau facteurs de santé » et renvoie auprès de la psychiatre traitante pour les détails. Au vu de son contenu qui n'est pas détaillé, ce rapport médical n'a aucune valeur probante (sur cette dernière notion, cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Quant au rapport du 23 juillet 2024 de l'ergothérapeute D.\_\_\_\_\_ il ne s'agit pas d'un document médical, si bien qu'il n'a pas lieu de s'y attarder dans le cadre du présent examen.

Le rapport du 10 janvier 2024 du Dr H.\_\_\_\_\_ évoque un syndrome douloureux chronique qui se serait installé dans les suites de la perte de l'emploi de la recourante. Or ce diagnostic a été écarté par les experts du S.\_\_\_\_\_ qui ont conclu à l'absence de maladie neurologique somatique.

Dans un rapport du 6 mars 2023, le Dr W.\_\_\_\_\_ rappelle l'anamnèse médicale et, sur le plan rhumatologique, conclut que le diagnostic susceptible d'expliquer les douleurs quotidiennes et fluctuantes en intensité et dans leur localisation, persistantes, de la recourante est celui de syndrome douloureux chronique. Ce diagnostic est toutefois émis

comme une simple hypothèse et n'est pas vraiment examiné, mais avait été analysé par les experts du S.\_\_\_\_\_. Dans leur appréciation générale interdisciplinaire du cas, ils ont relevé que les critères de définition d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas réunis (cf. rapport d'expertise, p. 5).

Dans un rapport du 23 septembre 2024, la Dre A.\_\_\_\_\_, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33), d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de probable trouble de la personnalité histrionique (F60.4) et annonce une aggravation de l'état de santé de la recourante au mois d'avril 2024 en raison du cancer pulmonaire diagnostiqué chez le mari, et au mois de septembre 2023 invoquant une demande d'hospitalisation pour une admission à l'Hôpital de [...], qui n'a pas été suivie faute de place disponible. La psychiatre traitante retient une incapacité de travail de 70 %, même dans une activité adaptée, alors qu'en mars 2024 elle avait retenu une incapacité de travail de 50 %. Le traitement d'Escitalopram est de 15 mg alors qu'il était de 20 mg au moment de l'expertise au S.\_\_\_\_\_ (cf. compte-rendu complet d'analyses sanguines dans l'annexe 5 à l'expertise). Le Temesta 1mg (max. 4mg) est pris en réserve en cas de fortes angoisses alors que lors de l'expertise la recourante déclarait prendre quatre à cinq comprimés par jour (cf. rapport d'expertise, p. 32), bien qu'aucune trace de cette substance n'ait été retrouvée en analyse. Le traitement de Duloxetine initialement introduit à 30 mg en février 2023 est augmenté à 60 mg. La modification du traitement antidépresseur avait d'ailleurs été préconisée par l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise, p. 39), ce qui ne traduit pas encore une péjoration durable de l'état de santé. La Dre A.\_\_\_\_\_ se réfère aux plaintes de la recourante. Or l'expertise soulevait des divergences entre l'ampleur des plaintes de l'intéressée concernant son moral bas, son anxiété et son comportement en situation d'examen, où il n'était retrouvé ni ralentissement psychomoteur, ni tristesse, ni crise de larmes, ni symptôme neurovégétatif en faveur d'un état anxieux, ni trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni fatigue ou fatigabilité (cf. rapport d'expertise, p. 41). L'aggravation de l'état de santé annoncée par la Dre A.\_\_\_\_\_ n'est pas

étayée sur la base d'examens cliniques objectifs ; la psychiatre traitante ne fait que motiver ses diagnostics, déjà retenus à l'époque de la précédente décision de refus de prestations, en décrivant les mêmes symptômes (cf. par exemple le rapport du 19 mars 2021 de la Dre A.\_\_\_\_\_ repris à la page 6 dans l'annexe 1 au rapport d'expertise).

Le protocole de l'intervention chirurgicale du 4 septembre 2024 réalisée par le Dr G.\_\_\_\_\_ permet de retenir une totale incapacité de travail de la recourante dans une activité adaptée durant deux semaines au maximum avec ensuite la capacité de travail à nouveau entière (cf. compte-rendu de la permanence SMR du 9 octobre 2024). Cette opération n'est donc pas de nature à engendrer une invalidité durable (cf. consid. 3b supra), étant précisé que la recourante ne produit aucun rapport médical indiquant le contraire.

Dans le rapport du 10 juin 2024, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ de l'Unité urgences-crise du P.\_\_\_\_\_, consultés du 19 mars au 10 juin 2024, diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Ils retiennent des éléments semblables à ceux examinés lors de la précédente demande de prestations (une humeur dépressive, une labilité émotionnelle, la présence de ruminations anxieuses, d'angoisse et d'anxiété, une fatigabilité, une perte de l'énergie, une baisse de l'élan vital avec d'énormes difficultés à effectuer les actes de la vie quotidienne, une insomnie, une baisse de la concentration et de l'attention, ainsi qu'un manque de motivation). Le facteur de crise serait la découverte de la tumeur du sein en 2019 et d'un kyste au sein gauche ainsi qu'aux dires de la recourante, le diagnostic de cancer chez son mari. D'une part, l'expertise du S.\_\_\_\_\_ fait référence aux problèmes de kyste et de tumeur bénigne au niveau mammaire gauche connus depuis 2018 (cf. expertise, p. 14) si bien que les médecins du P.\_\_\_\_\_ ne rapportent aucun élément médical objectif nouveau. D'autre part, il n'y a aucun rapport médical au dossier permettant de retenir la péjoration évoquée par la recourante à l'annonce du cancer de son époux, dont on ignore même la date de la survenance. Il n'y a donc pas d'argument objectif

strictement médical parlant en faveur d'une péjoration durable de l'état de santé ayant une incidence sur l'invalidité.

Lors de l'audience de ce jour, la recourante plaide qu'il ressort en outre du rapport du 10 juin 2024 précité qu'elle présente un trouble dépressif récurrent. Elle relève que de son côté, l'expert psychiatre du S.\_\_\_\_\_ avait écarté un tel diagnostic, pourtant posé par la psychiatre traitante, au vu de l'absence d'une telle atteinte à la santé psychique antérieure à 2019. Elle en infère que le trouble dépressif récurrent constitue un élément nouveau qui conduirait à désormais retenir un tel diagnostic. Or il sied de relever que l'expert psychiatre a écarté ce diagnostic non en raison de l'absence de la récurrence du trouble mais bien de son manque d'intensité. L'assurée décrivait une association de symptômes anxieux et dépressifs d'intensité mineure sans impact sur la capacité de travail, qui ne s'accompagnait pas de symptômes anxieux et dépressifs d'une intensité significative sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique. L'expert avait également relevé l'absence de modification (dosage et molécule) de la médication depuis 2019 alors que l'intéressée affirmait prendre quatre à cinq Temesta par jour car elle se disait sujette à des troubles anxieux majeurs. Toutefois aucune trace de ce médicament n'avait été retrouvée lors des analyses effectuées, élément qui confirmait le caractère bénin de ses plaintes anxieuses. Ainsi, l'expert psychiatre avait d'ores et déjà exclu le diagnostic de trouble dépressif en l'absence d'une intensité suffisante chez la recourante dont les troubles présentés correspondaient au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans répercussion sur la capacité de travail (cf. expertise p. 40). Au demeurant, l'expert expliquait que pour retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent il était requis au moins deux épisodes dépressifs clairement délimités dans le temps et séparés par plusieurs mois de rémission totale (cf. expertise, p. 39). Or cela n'est de toute manière pas réalisé chez la recourante qui ne fait valoir aucune rémission totale de son état de santé intervenue depuis le début de ses problèmes en 2019.

Le rapport du 5 novembre 2024 du Dr O.\_\_\_\_\_ ne contient aucun élément médical nouveau dès lors que le médecin traitant

y mentionne uniquement l'absence d'amélioration des symptômes chez sa patiente depuis le 22 mars 2023 et qu'il s'en remet aux certificats d'incapacités de travail établis par la Dre A.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 6 novembre 2024, le Dr H.\_\_\_\_\_ évoque une aggravation dramatique de la situation médicale sur les plans neurologique et psychiatrique, avec la précision que le syndrome dépressif est passé d'un état modéré à sévère chez la recourante qui présente un syndrome douloureux chronique limitant ses activités quotidiennes et la contraint à demander l'aide de ses enfants. Ce médecin confirme l'incapacité de travail totale de l'intéressée, même dans une activité adaptée. Outre qu'il n'objective pas l'aggravation ni les diagnostics qu'il évoque, le Dr H.\_\_\_\_\_, qui est spécialiste en neurologie, sort de son champ de compétence en se référant à l'état de santé psychique de la recourante.

Dans son rapport du 25 octobre 2024, la Dre A.\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire en répondant à la question de mettre en évidence les éléments nouveaux justifiant une aggravation de l'état de santé depuis le 22 mars 2023. Il n'y a donc aucune aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision de refus de prestations étant rappelé que la prise en charge en unité d'urgence-crise au P.\_\_\_\_\_ n'a été que temporaire (du 19 mars 2024 au 10 juin 2024) à la suite d'une péjoration au mois de septembre 2023. En dehors de cette période d'hospitalisation, il n'y a pas d'autre indication sur le suivi psychiatrique, soit la fréquence des consultations avec la recourante.

**d)** A la lecture des rapports établis par les médecins consultés par la recourante, il convient de relever que les limitations fonctionnelles sont guère étayées et qu'elles reposent sur les plaintes de la recourante déjà prises en compte lors des divers examens réalisés par les experts du S.\_\_\_\_\_. De plus, à côté de la prise en charge ambulatoire temporaire de mars à juin 2024 au P.\_\_\_\_\_, il n'y a aucune hospitalisation en milieu psychiatrique au long cours à déplorer depuis la précédente décision de

refus de prestations. Il n'y a par conséquent aucun élément médical, ni aucune limitation fonctionnelle objectifs susceptibles d'attester une modification durable de l'état de santé psychique de la recourante, laquelle a toujours présenté des hauts et des bas du moral en fonction des nouvelles médicales dont elle avait connaissance à son sujet ou à celui de son entourage.

Seule l'intervention chirurgicale réalisée le 4 septembre 2024 par le DrG. \_\_\_\_\_ au Centre de chirurgie ambulatoire [...] des O. \_\_\_\_\_ permet de retenir une incapacité de travail totale passagère, soit durant deux semaines post-opération.

**e)** Finalement, les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations du 10 septembre 2024 ne rendent pas plausible une modification durable (aggravation) de l'état de santé annoncée depuis la précédente décision de refus de prestations du 22 mars 2023.

**5. a)** En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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).

**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 18 novembre 2024 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 Z.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :