

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2026

Composition : M. PIGUET, président
MM. Wiedler et Tinguely, juges
Greffier : M. Frattolillo

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,
et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

En fait :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, travaillait du 1^{er} février 2007 au 31 mars 2010 en tant que chargée de finances pour le compte de la société D. _____ à U***.

Le 30 janvier 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) en raison de brûlures d'estomac, de douleurs au diaphragme et à l'estomac lors de la respiration, de points dans les côtes et entre les omoplates, de migraines, de céphalées, d'insomnies et de symptômes de burn-out (épuisement, dépression).

Il ressort de l'instruction de l'Office AI que l'assurée, qui souffrait d'un épisode dépressif réactionnel (CIM-10 F43.22), d'une personnalité dépendante, de céphalées et de troubles digestifs fonctionnels, avait présenté en juillet 2008 une incapacité de travail totale, avant de progressivement augmenter sa capacité de travail pour arriver à une pleine capacité le 1^{er} janvier 2010 (cf. avis du 15 janvier 2010 du Service médical régional de l'assurance-invalidité [ci-après : le SMR]).

Par décision du 1^{er} mars 2010, confirmant un projet de décision du 20 janvier 2010, l'Office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité de l'assurée, en raison d'un degré d'invalidité inférieur à 40 %.

B. En incapacité totale de travail depuis septembre 2013, l'assurée, désormais domiciliée à T*** et comptable senior à 80 % pour le compte de la société G. _____ SA, a déposé le 15 janvier 2014 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après : Office AI Fribourg), en raison d'un épousé, d'insomnies, de cauchemars et d'une dépression.

Il ressort de l'instruction de l'Office AI Fribourg que l'assurée souffrait de troubles statiques du rachis (cf. rapports du 14 novembre 2013 du Dr J._____, et des 19 novembre 2013 et 17 mars 2014 du Dr K._____, spécialistes en médecine interne générale), respectivement d'un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22) et d'un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1), aggravé par un contexte de séparation, de changement de lieu de vie avec expulsion et de menaces physiques en 2013 (cf. rapport du 17 décembre 2013 du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Mandaté par Axa Assurances SA, assureur perte de gain de l'assurée, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue M._____ ont établi un rapport d'expertise le 27 mars 2014, duquel il ressort que l'intéressée était atteinte d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive actuellement de gravité légère à moyenne, d'une personnalité de type abandonnique à fonctionnement co-dépendant et probablement d'une carence affective, renforcée par un contexte de maltraitance conjugale, de séparation et de grossesse d'un premier enfant. Ils estimaient que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dès le 15 avril 2014 et qu'elle pourrait reprendre son activité à 100 % dès le 15 mai 2014.

A la suite de cette expertise, l'état psychologique de l'assurée s'est aggravé en raison d'un nouveau changement dans sa vie et un contexte d'insécurité et d'instabilité, se traduisant par une incapacité totale de travail (cf. rapports du 29 avril 2014 du Dr H._____ et de la psychologue N._____ et du 9 février 2015 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Suivant l'avis du Service médical régional de Berne/Fribourg/Soleure du 29 septembre 2015, l'Office AI Fribourg a mandaté la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 27 juillet 2016, l'experte retenait chez l'assurée un trouble mixte de la personnalité, avec des traits borderline, schizoïdes, anankastiques et

dépendants depuis le début de l'âge adulte (CIM-10 F61), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, depuis le début de l'âge adulte, voire depuis l'enfance (CIM-10 F33.0), un état de stress post-traumatique en voie de résolution depuis 2013 (CIM-10 F43.1) et des effets indésirables au cours de l'utilisation de médicaments antidépresseurs, depuis plusieurs années (CIM-10 Y49.2). L'intéressée était limitée sur le plan psychique et mental par une tendance aux ruminations, à la fois anxieuses et dépressives, des idées parfois brouillonnes, une baisse de la résistance au stress, ainsi qu'une fatigabilité et pouvait être rapidement perturbée sur le plan émotionnel suite aux relations sociales. La Dre C. _____ considérait que la capacité de travail de l'expertisée avait évolué comme suit : 50 % du 8 août 2013 au 26 septembre 2013, 0 % du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2015 et 30-40 % depuis le 1^{er} janvier 2016. Elle estimait que si l'assurée suivait un traitement adapté et complété, elle pourrait travailler durablement à 50 %.

Après une période sans emploi, l'assurée a travaillé du 1^{er} décembre 2016 au 10 octobre 2017 en tant que contrôleuse des créances à 50 % pour le compte de l'O. _____ à Z***.

Par projet de décision du 15 mars 2017, l'Office AI Fribourg a communiqué à l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer le droit à une rente entière du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2016 (degré d'invalidité de 100 %), à trois quarts de rente du 1^{er} avril au 30 novembre 2016 (degré d'invalidité de 60 %), et à un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2016 (degré d'invalidité de 44 %).

Le 29 janvier 2018, le Dr L. _____ a réalisé une nouvelle expertise psychiatrique sur mandat de Mutuel Assurances SA, assureur perte de gains de l'assurée. Dans son rapport du 15 mars 2018, il diagnostiquait chez l'intéressée une dysthymie chez une personnalité état-limite sub-décompensée, sans autres comorbidités psychiatriques. Il concluait que le fait de travailler à 50 % relevait d'un choix personnel et qu'elle disposait d'une capacité de travail entière sans baisse de rendement dès le 1^{er} mars 2018.

Dans un avis du 4 octobre 2018, le Service médical régional de Berne/Fribourg/Soleure s'est rallié à l'appréciation du Dr L._____ et a estimé que la capacité de travail de l'assurée était entière depuis le 1^{er} mars 2018.

Par décision du 4 juin 2019, l'Office AI Fribourg a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2016 (degré d'invalidité de 100 %), à trois quarts de rente du 1^{er} avril au 30 novembre 2016 (degré d'invalidité de 60 %) et à un quart de rente du 1^{er} décembre 2016 au 31 mars 2018 (degré d'invalidité de 48 %). Il a nié le droit à une rente à partir du 1^{er} avril 2018.

C. Le 5 décembre 2024, l'assurée, désormais domiciliée à Q***, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office AI en raison d'une dépression chronique et sévère, d'un trouble de la personnalité mixte, d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à haut potentiel intellectuel et émotionnel, d'insomnies, d'une fibromyalgie, d'une glossodynie, d'une fatigue, de douleurs chroniques et de céphalées de tension. Elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 26 février 2024.

A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a transmis à l'Office AI un rapport du 5 septembre 2024 du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue F._____, par lequel ils diagnostiquaient chez l'assurée un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), un trouble de la personnalité anankastique (CIM-10 F60.5), un trouble déficitaire de l'activité et de l'attention à présentation combinée (CIM-10 F90.0) et une fibromyalgie ; l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 %.

Par avis du 16 janvier 2025, le SMR a conclu ce qui suit (sic) :

Les troubles psychiques, trouble de la personnalité anankastique et la fibromyalgie ont déjà été mentionnés dans les expertises précédentes.

Pas d'hospitalisation pour son état dépressif récurrent et pronostic favorable dans les trois mois selon le RM du 12.09.2024.

Ne parle nullement d'un éventuel traitement et les limitations fonctionnelles sont réactionnelles à son arrêt de travail ainsi qu'à ses finances.

Actuellement, Madame est au chômage.

L'aggravation est donc rendue peu probable.

Ne pas entrer en matière

Par projet de décision du 16 janvier 2025, l'Office AI a communiqué à l'assurée son intention de ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement.

Par courrier du 11 février 2025, l'assurée a contesté le projet de décision.

Le 18 février 2025, l'assurée a transmis à l'Office AI les documents suivants :

- un rapport du 31 janvier 2025 de la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics de TDAH, de trouble dépressif récurrent, de trouble de la personnalité anankastique, de douleurs musculosquelettiques chroniques primaires diffuses et de « *burning mouth syndrom* ». Elle évoquait que la situation de l'assurée s'était notamment dégradée en raison de l'annonce d'un cancer métastatique chez sa mère et qu'une hospitalisation serait organisée en cas de péjoration ;
- un rapport du 9 février 2025, par lequel le Dr E._____, et la psychologue F._____, retenaient, à titre de diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), et, à titre de diagnostics secondaires, une réaction aiguë à un facteur de stress sévère (CIM-10 F43.0) liée à son licenciement en février 2024 et un trouble de l'adaptation (CIM-10 F43.2) lié au diagnostic de cancer de sa mère.

Dans un avis du 5 juin 2025, le SMR a maintenu sa position en concluant ce qui suit (sic) :

Pas d'éléments probant ni nouveaux :

- Le Dr nous retrace simplement une anamnèse ne donne pas de statut clinique psychiatrique
- Mention de facture extra médicaux familiale et financier
- Le traitement ne correspond pas au diagnostic cité, ne prend pas d'antidépresseurs, pas d'hospitalisation
- Pas de suivi chez une psychiatre seulement le psychologue

Par décision du 5 juin 2025, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 16 janvier 2025 et refusé d'entrer en matière.

D. Par acte du 2 juillet 2025, B._____, représentée par Procap Suisse, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI. En substance, elle estimait qu'une nouvelle décompensation de son état de santé psychique avait été rendue plausible au vu de l'évolution de son état de santé psychique. Le nouveau diagnostic de trouble dépressif sévère et l'aggravation des douleurs, impliquant une incapacité totale de travailler, ne pouvaient être écartés sans plus ample instruction.

Par réponse du 8 octobre 2025, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. A l'appui de sa réponse, il a produit un avis du 4 septembre 2025 du SMR, dans lequel il réitérait son argumentation du 5 juin 2025.

Par réplique du 3 décembre 2025, B._____ a persisté dans ses conclusions. Elle a produit le rapport du 27 octobre 2025 du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne à sévère (CIM-10 F33.1 et 2), un TDAH (CIM-10 F90.9) un état de stress post-traumatique, de type traumatisme complexe (CIM-10 F43.1), un trouble de la personnalité mixte (CIM-10 F61.0) et des rachialgies chroniques non spécifiques et évoquant la possibilité d'une reprise d'un travail à 50 % ou 60 % à réévaluer sur la durée.

Par duplique du 23 décembre 2025, l'Office AI a maintenu sa position, considérant que le rapport du 27 octobre 2025 du Dr I. _____ était irrecevable.

En droit :

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 la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 décembre 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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas présent, un éventuel droit de la recourante à une rente d'invalidité prendrait naissance le 1^{er} juin 2025 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de sa nouvelle demande du 5 décembre 2024 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). Ce sont par conséquent les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui trouvent application.

3. a) 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).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), 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).

c) 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. En l'espèce, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 5 décembre 2024. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la décision - entrée en force - du 4 juin 2019 mettant, entre autres, un terme aux prestations d'invalidité avec effet au 31 mars 2018 - dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente - et la décision litigieuse du 5 juin 2025, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité - et donc le droit à la rente - s'est produit. Il s'agit au contraire de se limiter à déterminer si la recourante, dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la précédente décision, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 5 juin 2025 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 4 juin 2019.

a) A ce titre, la décision du 4 juin 2019 de l'Office AI Fribourg s'est essentiellement fondée les rapports d'expertise du 27 juillet 2016 de la Dre C._____ et du 15 mars 2018 du Dr L._____.

Dans un premier temps, la Dre C._____ avait mis en évidence chez la recourante un trouble mixte de la personnalité, traits borderline,

schizoïdes, anankastiques et dépendants (CIM-10 F61) depuis le début de l'âge adulte, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (CIM-10 F33.0) depuis le début de l'âge adulte, voire depuis l'enfance, un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) en voie de résolution depuis 2013 et des effets indésirables au cours de l'utilisation de médicaments antidépresseurs (CIM-10 Y49.2), depuis plusieurs années. Ces atteintes à la santé engendraient chez la recourante une tendance aux ruminations, à la fois anxieuses et dépressives, des idées parfois brouillonnes, une baisse de la résistance au stress, une fatigabilité et des perturbations sur le plan émotionnel suite aux relations sociales. De ce fait, elle avait présenté une incapacité de travail de 50 % du 8 août au 26 septembre 2013, de 100 % du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2015 et de 60-70 % depuis le 1^{er} janvier 2016.

Dans un second temps, le Dr L._____ avait retenu les diagnostics de dysthymie chez une personnalité état-limite sub-décompensée, sans que cela n'ait un impact sur la capacité de travail de l'intéressée, qu'il a estimé entière depuis le 1^{er} mars 2018.

b) Dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 5 décembre 2024, la recourante a transmis les rapports du 31 janvier 2025 de la Dre A._____, des 5 septembre 2024 et 9 février 2025 du Dr E._____ et de la psychologue F._____ et du 27 octobre 2025 du Dr I._____.

aa) Il convient d'emblée d'écarter ce dernier rapport, dès lors que, postérieur à la décision litigieuse, il ne peut pas être pris en considération dans une procédure de recours contre un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande (cf. *supra* consid. 3c).

bb) Il ressort des trois autres rapports que la recourante a subi, durant le courant du mois de février 2024, à la suite de son licenciement, une décompensation durable de son état de santé psychique avec apparition de symptômes compatibles avec un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques. Au regard des éléments

objectifs, l'office intimé ne pouvait pas, nonobstant l'analyse lapidaire et désinvolte du SMR, refuser d'instruire plus avant la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, la situation actuelle n'étant à l'évidence pas identique à celle qui prévalait à l'époque de la décision du 4 juin 2019, dès lors qu'il est fait état, notamment d'une « *recrudescence de la symptomatologie dépressive avec un épuisement psychique et physique, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil avec ruminations, des nausées majorées par le stress, des crises d'angoisse et une limitation majeure de la capacité d'adaptation de la résistance au stress, la limitant dans ses activités du quotidien* » et d'un besoin d'assistance « *pour les activités de la vie quotidienne, y compris l'hygiène personnelle et la préparation des repas* », avec un risque avéré d'hospitalisation. A cet égard, on ne comprend pas pour quels motifs le SMR considère que la présence de facteurs familiaux et financiers ne constitue pas un élément permettant d'attester d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée. Au contraire, la dégradation de l'état psychique de la recourante à la suite de l'annonce du cancer métastatique de sa mère apparaît comme plausible, étant donné que cette dernière est décrite comme « *un pilier majeur* » et « *une ressource aussi bien psychique qu'organisationnelle et financière* » pour la recourante.

c) Il s'ensuit que l'office intimé a violé le droit fédéral en refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 5 décembre 2024 par la recourante. Il convient en conséquence de renvoyer la cause à cette autorité, afin qu'elle entre en matière sur cette demande puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir objectivement et équitablement la situation sur le plan psychiatrique.

5. a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 5 juin 2025 par l'intimé annulée, la cause lui étant renvoyée afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 5 décembre 2024 par la recourante.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, ainsi que du temps requis par le traitement d'une telle affaire, il convient d'arrêter l'indemnité à laquelle il a droit à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 5 juin 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 5 décembre 2024 par B._____.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap Suisse (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :