

VD_GERICHTE ZD18.022358 vom 12. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.022358

FR: VD_GERICHTE ZD18.022358 du 12 septembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.022358 del 12 settembre 2018

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 166/18 - 270/2018 ZD18.022358 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 12 septembre 2018 _____ Composition : Mme PASCHE,
présidente Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges Greffière : Mme Monod ***** Cause
pendante entre : B. _____, à [...], recourante, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.
_____ Art. 9 LPGA ; art. 42 LAI ; art. 87 RAI. 402

- 2 - E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, mariée
et mère de trois enfants adultes, est atteinte dans sa santé depuis de nombreuses années.
Actuellement, elle souffre pour l'essentiel d'une cypho-scoliose dorsale, d'arthrose, de
fibromyalgie, d'un status après excision d'un adénome hypophysaire, de troubles de
l'équilibre avec tendance aux chutes et d'un trouble mixte de la personnalité à traits
borderline et schizotypique, accompagné d'une intelligence limitée. Elle a été mise au
bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er mai 2002 par décisions de
l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) des
10 janvier 2003 et 31 janvier 2003. A l'issue d'une procédure de révision d'office, l'OAI a
réduit la prestation servie à l'assurée à trois-quarts de rente d'invalidité par décision du 3
août 2009. L'instruction d'une demande de révision du droit à la rente, déposée par
l'assurée le 6 juin 2011, a conduit l'OAI à rendre une décision de refus d'augmenter la rente
d'invalidité en date du 13 septembre 2013. Par arrêt du 18 mars 2013 [recte : 2014], la Cour
des assurances sociales du Tribunal cantonal a réformé cette décision et reconnu à l'assurée
le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 71%, dès le 1er
mai 2013. Cet arrêt est entré en force. B. L'assurée a sollicité une allocation pour impotent
par dépôt du formulaire correspondant auprès de l'OAI en date du 22 janvier 2015. Elle a
indiqué avoir besoin de l'aide d'autrui pour les soins corporels, soit pour se laver et se
coiffer, ainsi que pour se déplacer à l'extérieur et entretenir des contacts sociaux. En outre,
elle précisait nécessiter des soins permanents, une surveillance personnelle permanente et
un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

- 3 - Après avoir requis un rapport du médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr
G. _____, dûment complété le 18 février 2015, l'OAI a mis en œuvre une enquête au
domicile de l'assurée. Cette enquête a été réalisée le 9 novembre 2015. Le rapport
correspondant, rédigé le 20 novembre 2015, n'a fait état d'aucun empêchement pour
accomplir les actes ordinaires de la vie, ni besoin d'accompagnement pour faire face aux
nécessités de la vie. L'assurée ne requerrait par ailleurs pas de soins permanents, ni une
surveillance personnelle permanente. Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le
SMR) s'est rallié aux conclusions de l'enquêtrice dans un avis du 11 décembre 2015. Par
projet de décision du 16 décembre 2015, l'OAI a dès lors informé l'assurée de son intention

de nier le droit à une allocation pour impotent. En dépit des objections formulées par l'assurée le 11 décembre 2016, l'OAI a rendu une décision de refus d'allocation pour impotent en date du 28 janvier 2016. Cette décision est entrée en force faute de recours de l'assurée. C. Par formulaire complété et adressé à l'OAI le 1er mars 2018, l'assurée a une seconde fois requis une allocation pour impotent, mentionnant des difficultés pour l'accomplissement des soins corporels, soit se vêtir et se dévêtir, se baigner et se doucher, ainsi qu'un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, à savoir pour lui permettre de vivre chez elle. L'accompagnement était dispensé par le Centre médico-social (ci-après : le CMS) à hauteur de deux heures toutes les deux à trois semaines. L'OAI a invité l'assurée à rendre plausible une modification de sa situation ou du degré d'impotence par courrier du 2 mars 2018.

- 4 - Un rapport médical, établi par le Dr G. _____ le 9 mars 2018, est parvenu à l'OAI le 20 mars 2018. Ce praticien a souligné pour l'essentiel l'absence d'aggravation de l'état de santé de sa patiente. L'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision le 21 mars 2018, lui indiquant envisager de refuser d'entrer en matière sur sa seconde demande d'allocation pour impotent. L'assurée a communiqué ses griefs à l'encontre du projet précité par courriers des 27 mars 2018 et 5 avril 2018. L'OAI lui a expédié une décision le 18 mai 2018, prononçant le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotence. D. L'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 24 mai 2018, complété le 30 mai 2018, concluant implicitement à son annulation sous suite de l'octroi d'une allocation pour impotent. Par décision du 13 juin 2018, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée vu sa demande en ce sens déposée le 12 juin 2018. L'assurée a été exonérée de frais et d'avance de frais, mais astreinte à s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. en quatre mensualités dès août 2018. L'OAI a produit sa réponse au recours et en a proposé le rejet en date du 12 juillet 2018. L'assurée a brièvement répliqué le 19 juillet 2018, maintenant ses conclusions. E n d r o i t :

- 5 - 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit en cette matière la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. c) En l'espèce, le recours interjeté le 24 mai 2018 contre la décision de l'intimé du 18 mai 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte pour l'essentiel les formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA malgré une motivation succincte. Il est par conséquent recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est

prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions

- 6 - du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440). b) Est exclusivement litigieux en l'occurrence le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la seconde demande d'allocation pour impotent présentée par la recourante, ainsi qu'il l'a communiqué par décision du 18 mai 2018. 3. a) L'art. 35 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) indique que lorsque le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88bis sont applicables. En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. b) Selon la jurisprudence fédérale, l'exigence posée par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment

- 7 - rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations 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 l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2). c) 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 de l'art. 87 al. 2

RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références). Dans un litige relatif à un refus d'entrer en matière, 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

- 8 - présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la prestation pour déterminer si une modification notable de la situation justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108 consid.5) 4. a) Aux termes de l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à la santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Selon l'art. 42 LAI, les assurés impotents (art. 9 LPGA) qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à une allocation pour impotent ; l'art. 42bis (disposition pour les mineurs) est réservé (al. 1). L'impotence peut être grave, moyenne ou faible (al. 2). Est aussi considérée comme impotente la personne vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie ; si une personne souffre uniquement d'une atteinte à sa santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente ; si une personne n'a durablement besoin que d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'impotence est réputée faible ; l'art. 42bis al. 5 est réservé (al. 3). b) Conformément à l'art. 37 al. 3 RAI, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin :

- 9 - - de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie (let. a) ; - d'une surveillance personnelle permanente (let. b) ; - de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré (let. c) ; - de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux (let. d) ; ou - d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (let. e). L'art. 38 al. 1 RAI dispose que le besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé : - vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. a) ; - faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b) ; ou - éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). 5. En l'espèce, l'intimé a statué par une précédente décision, datée du 28 janvier 2016, sur le droit à l'allocation pour impotent de la recourante après un examen matériel des conditions d'octroi de cette prestation. Il a refusé d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations de la recourante par décision du 18 mai 2018. Dans le cadre de la présente procédure, il convient donc de se prononcer sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible une modification significative de l'état de fait à compter du 28 janvier 2016, qui justifierait l'entrée en matière de l'intimé et le réexamen au

fond du droit à la prestation revendiquée.

- 10 - 6. a) Aux termes du formulaire de demande d'allocation pour impotent, complété le 22 janvier 2015, la recourante s'est prévalu d'un besoin d'aide depuis mars 2012 pour se laver les cheveux et se coiffer, ainsi que pour sortir de chez elle et entretenir des contacts sociaux en raison de crises d'angoisse, phobie sociale et crises de panique. Une assistance était requise pour la prise de médicaments (semainier) au titre de soins permanents, de même qu'un besoin de présence, de soutien et de contrôle mentionné pour justifier une surveillance personnelle. Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il s'agissait d'un soutien affectif et moral pour vivre à domicile et d'un accompagnement pour se rendre chez le médecin. L'assistance et l'accompagnement étaient dispensés par le mari et l'un des fils de la recourante, ainsi que par le CMS. b) Dans le cadre de l'instruction de cette première demande d'allocation pour impotent, le rapport du 18 février 2015 du Dr G. _____ a fait état des diagnostics de « status après excision d'adénome hypophysaire pour acromégalie en 2000 », « hypercyphose dorsale », « troubles de l'équilibre avec tendance aux chutes » et « débilité légère ». Ce praticien a également relevé un « trouble sensitif du bras droit » au titre de limitation fonctionnelle. Il a cependant précisé que « la patiente [pouvait] effectuer les gestes quotidiens sans aide » et « prendre le bus en cas de nécessité », seule son anxiété justifiant un accompagnement. De même, un accompagnement « épisodique » pouvait être adéquat en cas de trajet « en ville ou dans des endroits inconnus ». c) Quant à l'enquêtrice de l'OAI, elle a nié tout besoin d'aide pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, de soins et de surveillance personnelle permanents. Elle a conclu son rapport d'enquête du 20 novembre 2015 notamment en ces termes : « [...] S'agissant de l'acte de se laver, le rapport médical du Dr G. _____ du 18.02.2015 mentionne un trouble sensitif fonctionnel du bras droit. L'assurée explique qu'elle ne peut pas lever les bras et ne peut donc pas se laver les cheveux. Elle arrive, par contre à

- 11 - s'habiller seule et enfiler par la tête ses pulls et tee-shirts. Pour ses raisons, l'acte n'a pas été retenu pour se coiffer et se laver les cheveux. Pour l'aide apportée pour se laver le dos et l'aider à sortir de la baignoire, il semble qu'un moyen auxiliaire adapté puisse permettre à l'assurée de le faire seule car elle a assez de mobilité pour le faire (planche de bain). [...] L'accompagnement n'a pas été retenu car l'assurée est autonome pour gérer le quotidien, fait les repas, la lessive, l'entretien courant de l'appartement, etc. Madame B. _____ nécessite un encadrement qui est apporté par son médecin traitant (toutes les 6 semaines) ainsi que [par l'] assistant social (1h30 tous les 15 jours) non retenu dans l'accompagnement. Le fils de l'assurée est présent pour discuter et la soutenir selon les besoins (pas possible de déterminer un nombre d'heure). L'assurée a un autre fils et une fille qui sont autonomes et hors du foyer familial. Ils ont un bon contact et passent, en général, toutes les semaines. Ces éléments ne nous permettent pas de retenir un accompagnement. Pour la question de la mise en danger, l'assurée mentionne clairement un risque de suicide important mais elle reste quelques heures seule, sort promener ses chiens, etc. Nous proposons dès lors de ne pas retenir la surveillance. A relever que l'assurée n'a pas de suivi chez un médecin psychiatre, c'est son médecin traitant qui fait un suivi toutes les 6 semaines. » 7. a) A l'appui de sa seconde demande d'allocation pour impotent du 1er mars 2018, la recourante a indiqué avoir besoin d'aide partielle pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour se baigner et se doucher depuis 2016. Elle a signalé avoir besoin d'accompagnement pour vivre chez elle. L'assistance était dispensée par le CMS à

concurrence de deux heures toutes les deux à trois semaines. b) Dans ce contexte, le rapport du 9 mars 2018 du Dr G._____ retient ce qui suit : « [...] Comme libellé dans mon rapport de 2015 à ce propos, cette patiente présente des épisodes de perte d'équilibre dans un contexte d'agoraphobie et de troubles anxieux déjà connus, nécessitant la présence de proches ou d'aide par le CMS, des rencontres avec l'assistante sociale et une infirmière de liaison psychiatrique, de manière régulière, cependant sans qu'à mon sens la patiente ne présente d'aggravation de son état général au cours de ces trois dernières années. Bien que nécessitant le soutien évoqué, elle n'est pas grabataire, est capable au plan moteur de se déplacer sans aide, ne montrant pas de déficit de déambulation, dans la vie courante. Elle peut se nourrir seule, s'habiller, venir en consultation sans aide. On ne constate pas de séquelle neurologique périphérique ou d'origine centrale objectivable nouvelle,

- 12 - actuellement tout du moins en ce qui me concerne. Les séquelles éventuelles de l'opération de l'adénome hypophysaire ne présentent ni changement ni aggravation. Au plan psychique, les soutiens mis en place m'apparaissent opportuns et suffisants. Il ne m'est pas possible d'affirmer ici si une allocation complémentaire d'impotent est indiquée ou non, dans un contexte qui à mes yeux n'a pas montré d'aggravation à ce jour, par rapport à l'état antérieur. » 8. Vu les pièces susmentionnées, on peut constater d'emblée qu'aux termes de la seconde demande d'allocation pour impotent du 1er mars 2018, la recourante a fait état d'un besoin d'aide et d'accompagnement nettement réduit en comparaison des éléments rapportés lors de sa première requête du 22 janvier 2015. En particulier, elle a mentionné un besoin d'aide très partielle pour deux actes ordinaires de la vie seulement et ne s'est pas prévalu de la nécessité de soins permanents ou de surveillance personnelle permanente. Quant à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, il demeure irrégulier (toutes les deux à trois semaines) et peu contraignant (d'une durée de deux heures environ). Son médecin traitant, le Dr G._____, s'est par ailleurs prononcé sans équivoque sur l'absence d'aggravation sensible de l'état de santé global de sa patiente « au cours de ces trois dernières années ». On se doit donc d'observer qu'en l'état des pièces versées au dossier de la recourante, la situation factuelle, notamment sur le plan médical et quant à la nécessité de l'assistance d'autrui, apparaît stationnaire depuis plusieurs années. En conséquence, on ne peut que se rallier à la position de l'intimé dans le cas particulier et considérer que la recourante n'a pas rendu plausible une modification de sa situation depuis le 28 janvier 2016 qui justifierait le réexamen au fond de son droit à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande en ce sens, formulée par la recourante le 1er mars 2018, aux termes de la décision entreprise.

- 13 - 9. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision de l'intimé du 18 mai 2018 confirmée. a) La procédure en matière d'assurance-invalidité étant onéreuse (art. 69 al. 1bis LAI), les frais judiciaires, fixés à 200 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. La recourante bénéficie toutefois, au titre de l'assistance judiciaire, de l'exonération d'avances et de frais judiciaires (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Dès lors, les frais judiciaires sont provisoirement supportés par le canton. Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement correspondantes (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. b) Il n'y a au demeurant pas lieu d'octroyer des

dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et qui n'est de toute façon pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. f LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). 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 mai 2018 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- 14 - III. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière :

- 15 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à : - B. _____, à [...], - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.