

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat et M. Métral, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

B._____, à Corsier-sur-Vevey, recourante, représentée par Me Gonzalez Pennek, à Vevey,

et

Q._____, à Vevey, intimé.

Art. 5 al. 3 Cst., 8 al. 1 LPGA, 4 al. 1 et 8 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de l'actuelle République de [...], née en 1959, au bénéfice d'un permis C, est mariée et mère de deux enfants. Sans formation professionnelle, elle réside sans interruption en Suisse depuis 1991. Elle a travaillé comme aide maraîchère jusqu'en 1998.

Le 15 juin 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une « maladie générale » depuis le mois d'avril 1998.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'assurée a fait l'objet d'une expertise médicale auprès de la [...] (ci-après : [...]), comprenant notamment une consultation en rhumatologie, réalisée par le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi qu'une consultation en psychiatrie, effectuée par le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. A l'occasion d'un rapport d'expertise de synthèse du 22 février 2002, les Drs C. _____ et T. _____, spécialistes en médecine interne générale, ont retenu - en tant que diagnostics avec influence sur la capacité de travail - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire au niveau des membres inférieurs, cervico-brachialgies bilatérales et céphalées. Ces médecins ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était fortement réduite, voire nulle dans tout emploi depuis le mois de mai 1999.

Par décision du 11 avril 2002, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1999, basée sur un degré d'invalidité de 76%.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité, initiée au mois de novembre 2012, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au [...] de [...] (ci-après : le [...]). A cette occasion, l'assurée a été examinée par le Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans leur rapport d'expertise du 27 octobre 2014, ces médecins ont posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de périarthrite de la hanche gauche, de lombalgie et cervicalgie communes sans syndrome déficitaire, de dysbalance musculaire, de syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche, d'hypertension artérielle traitée dès 2000, d'obésité de classe 1 (BMI à 30.8 kg/m²), de dyslipidémie non traitée, d'hypertension oculaire traitée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger depuis 1999 et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils n'ont retenu aucune atteinte à la santé invalidante. La capacité de travail était complète dans une activité adaptée à plein temps, soit une activité sans travaux lourds, sans position statique ou en porte-à-faux, sans port de charges et sans exposition aux vibrations corporelles.

Par décision du 2 juin 2016, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité allouée à l'assurée compte tenu de l'amélioration de son état de santé psychique depuis 2002.

Par acte du 4 juillet 2016, l'assurée a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée, subsidiairement à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision.

Par arrêt du 19 février 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours de l'assurée, annulé la décision entreprise et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Il était

fait grief à l'OAI de n'avoir pas examiné la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle.

C. Dans un rapport établi le 3 mai 2018 à la suite d'un entretien avec l'assurée, un collaborateur de l'OAI a relevé les éléments suivants :

L'intérêt à la pratique d'une profession est avant tout lié à son aspect rémunérateur. L'assurée ne semble pas éprouver d'autres motivations. Il est illusoire de parler de personnalité professionnelle dans le cas de l'intéressée.

Quant à l'appréciation du potentiel de réadaptation de l'assurée, le collaborateur précité a retenu les éléments suivants :

A la lumière de notre entretien de ce jour, l'évaluation du potentiel de réadaptation ne semble pas pertinente, en raison :

- de son défaut de langue française,
- de son manque de motivation et d'autonomie,
- de son âge,
- de son manque de qualification,
- de son éloignement du marché de l'emploi depuis avril 1998.

L'adhésion à un quelconque processus de réadaptation de l'assurée paraît illusoire.

Objectivement, tout semble concourir à prendre position sur la reprise du versement de la rente.

Par communication du 23 octobre 2018, l'OAI a accordé une mesure d'aide au placement à l'assurée.

Par courrier du 28 novembre 2018, l'assurée a requis de l'OAI, concernant la mesure d'aide au placement, une décision sujette à recours. Elle indiquait qu'elle ne pouvait pas rester assise ou debout pendant une longue durée et rappelait son manque de maîtrise du français.

Par déclaration du 4 décembre 2018, paraphée à la suite d'un entretien en présence de collaborateurs de l'OAI, l'assurée a renoncé à la mesure d'aide au placement précédemment octroyée.

Par décision du 21 janvier 2019, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité allouée à l'assurée avec effet au le premier jour du deuxième mois suivant sa notification. La motivation de la décision précisait notamment ce qui suit :

Vous avez été reçue en entretien par l'un de nos spécialistes en réadaptation et lors de cet entretien vous n'avez pas démontré et exprimé une motivation particulière à la reprise d'une activité professionnelle. Nous avons donc conclu que vous ne souhaitiez pas la mise en place de mesures professionnelles dans l'éventualité d'une réintégration sur le marché du travail.

Cependant, le droit à l'aide au placement est ouvert et une communication vous a été adressée en date du 23 octobre 2018.

De plus, les conclusions retenues lors de l'expertise effectuée le 27 octobre 2014, soit que les experts ne retiennent aucune atteinte à la santé invalidante et estiment que votre capacité de travail et de gain est de 100% dans toutes activités est maintenus.

Dès lors, nous allons réintroduire le versement de votre rente entière (inv. 76%) depuis le 1er août 2016 et cette dernière sera à nouveau supprimée dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suit la notification de la décision.

Par courrier du 31 janvier 2019, l'assurée a produit un certificat médical du 28 janvier 2019 établi par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale. Ce médecin estimait que l'intéressée ne présentait pas d'amélioration depuis 2016, avec au contraire l'apparition d'arthralgies supplémentaires et de céphalées chroniques. Il signalait également une péjoration de son état anxio-dépressif avec un repli sur soi, évoquant comme facteurs aggravants ses problèmes d'intégration ainsi que ses lacunes en français. Le Dr F._____ retenait ainsi une incapacité de travail totale de travailler.

Par avis médical du Service régional médical de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 12 février 2019, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu les éléments suivants :

Le certificat médical du Dr F._____ du 28 janvier 2019 ne comporte aucune description clinique, aucun examen complémentaire ou compte rendu récent de consultations médicales spécialisées (rhumatologie, psychiatrie, neurologie, autre).

Aucun traitement ni modification récente de traitement n'est mentionnée.

Les dates de consultations de notre assurée ne nous sont pas communiquées non plus.

Il n'y a aucun compte-rendu d'hospitalisation.

Des difficultés d'intégration son mentionnées quant à notre assurée qui est pourtant établie en Suisse depuis janvier 1991, soit plus de 28 ans aujourd'hui. Ce type d'empêchements n'est pas à charge de l'Institution.

Aucun des problèmes de santé de notre assurée n'est de nature à justifier son refus/renonciation de participer aux mesures proposées par la REA.

D. a) Par acte du 21 février 2019, B._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Gonzalez Pennec, a déféré la décision du 7 février 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, soit au versement de la rente entière d'invalidité au-delà du 1^{er} avril 2019, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'assurée estimait que son droit d'être entendue avait été violé, dès lors que le déroulement de l'entrevue du 4 décembre 2018 ne lui avait pas permis de comprendre les éléments importants du rendez-vous ni de saisir les conséquences que pouvait avoir la signature de la déclaration du 4 décembre 2018. En effet, elle ne parlait pas le français et n'était pas accompagnée d'un interprète autre que son mari. En outre, l'OAI ne pouvait démontrer son absence de motivation à la suite d'un unique entretien avec un collaborateur de l'office AI. L'OAI n'avait en réalité pas examiné de façon concrète et approfondie les mesures de réadaptation dont elle pouvait bénéficier, se contentant de lui rejeter la faute. Elle faisait également valoir que son état de santé s'était dégradé depuis le jugement du 19 février 2018 rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, le Dr F._____ retenant, dans son certificat médical du 28 janvier 2019, une incapacité de travail dans toute activité professionnelle, tant sur le plan psychique que somatique.

A l'appui de son acte de recours, l'assurée a produit un nouveau rapport médical du Dr F._____, daté du 6 février 2019, dont la teneur est la suivante :

Madame B. _____ est ma patiente depuis le 29 janvier 1998.

Je la vois régulièrement toutes les 6 à 8 semaines. Depuis avril 1999, date à laquelle elle est au bénéfice d'une rente entière de l'AI son état de santé s'est stabilisé voire même légèrement amélioré, principalement au niveau psychique.

Depuis plusieurs mois l'état de santé de Mme B. _____ s'est péjoré, péjoration à mettre en relation avec la menace de suppression de sa rente, rendant toute activité professionnelle absolument impossible.

Bien qu'en Suisse depuis de nombreuses années, Mme B. _____ ne parle pas le français et, à plus forte raison, ne le comprend pas ce qui a entraîné une incompréhension des documents qu'elle a été appelée à signer concernant son refus des mesures de réadaptation.

b) Par réponse du 25 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant qu'il était du devoir de l'assurée de s'entourer d'une personne parlant sa langue maternelle à l'occasion d'un entretien. Concernant le volet médical du présent cas, l'OAI, renvoyant à l'avis SMR du 12 février 2019, a retenu que la décision mettant fin au droit à la rente de l'assurée était justifiée.

c) Répliquant en date du 20 mai 2019, l'assurée a confirmé les éléments avancés à l'appui du recours du 21 février 2019.

d) L'OAI n'a pas déposé de duplique.

E n d r o i t :

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable

2. Le litige a pour objet la suppression, par voie de révision, de la rente entière de l'assurance-invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} avril 1999.

3. a) Sur le plan formel, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, en tant qu'elle n'avait pas été en mesure au cours de l'entretien du 4 décembre 2018 de saisir, en raison de problèmes de compréhension linguistique, les éléments importants de l'entretien ainsi que les conséquences de sa signature apposée à la déclaration de renonciation à l'aide au placement.

b) En l'espèce, force est de constater que ce grief n'a été invoqué la première fois qu'à l'appui de son recours du 21 février 2019. A l'instar du développement présenté dans l'arrêt rendu le 19 février 2018 dans la même affaire (CASSO AI 175/16 - 42/2018), un tel grief est tardif sous l'angle du principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]). Selon ce principe, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure a été violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où la décision à intervenir ne la satisferait pas (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; ATF 127 II 227 consid. 1b ; TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). La recourante aurait ainsi dû soulever un tel grief sans tarder, soit

avant la décision du 21 janvier 2019, intervenue plus d'un mois et demi après l'entretien du 4 décembre 2018. Il sied également de relever que la recourante ne se prévaut pas de motifs qui l'auraient empêchée d'invoquer ce grief plus tôt.

Par conséquent, le grief tendant à la violation du droit d'être entendue de la recourante doit être rejeté.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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.

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).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-

quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. a) Dans l'arrêt du 19 février 2018 (CASSO AI 175/16 - 42/2018), la Cour de céans a retenu que l'OAI avait conclu à bon droit à l'amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, sa capacité de travail étant entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte organique. L'expertise du [...] du 27 octobre 2014 était pleinement probante, les conclusions du Dr F. _____ (rapport du 2 juin 2016) ne parvenant pas les à remettre en cause. Toutefois, la Cour de céans a relevé que la recourante appartenait à une catégorie d'assurés (âgés de 56 sans révolus au moment de la décision de suppression et au bénéfice d'une rente d'invalidité durant plus de 15 ans) dont il convenait de présumer qu'ils n'étaient pas capables d'entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'eux afin de tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. L'office intimé devait dès lors examiner la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle, examen qui n'avait pas été réalisé.

b) Donnant suite à l'arrêt du 19 février 2018, l'intimé a examiné le droit de la recourante à des mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. A la lumière du rapport établi à la suite de l'entretien qui s'est tenu le 3 mai 2018, il ressort notamment un manque de motivation de la recourante à reprendre une activité professionnelle. Dans son courrier du 28 novembre 2018, l'intéressée indique également ne pas vouloir « entrer dans une démarche de recherche d'activité professionnelle » et renoncer à l'aide au placement. La signature de la déclaration du 4 décembre 2018 s'inscrit parfaitement avec les précédentes déclarations de la recourante. Au vu de ces éléments, c'est à juste titre que l'office intimé a estimé que la recourante ne souhaitait pas être accompagnée dans le cadre de sa réintégration sur le marché du travail.

c) Du point de vue médical, force est de constater que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué entre le 19 février 2018, date de l'arrêt rendu par la Cour de céans, et le 21 janvier 2019, date de la

décision litigieuse. Dans son rapport médical du 28 janvier 2019, le Dr F._____, médecin traitant de la recourante a indiqué que l'apparition d'arthralgies supplémentaires et de céphalées chroniques influaient sur l'état anxio-dépressif de la recourante, péjorant principalement son état anxieux ; il a fait également état de troubles mnésiques « très gênants dans la vie de tous les jours ». Dans le certificat médical du 6 février 2019, ce médecin n'a pas retenu de nouveaux diagnostics, mais a uniquement mis en relation la péjoration de l'état de santé de la recourante avec la perspective d'une suppression de sa rente d'invalidité. Or, dans son rapport du 28 janvier 2019, le Dr F._____ ne fait que confirmer les conclusions de son rapport du 30 mai 2016. Dites conclusions avaient cependant été valablement écartées par la Cour de céans dans son arrêt du 19 février 2018. Par ailleurs, les raisons d'une péjoration de l'état psychique de la recourante apparaissent comme mal définies, l'apparition d'arthralgies supplémentaires et de céphalées chroniques, puis la menace de la suppression de la rente ayant été successivement mentionnées comme sources d'une péjoration. Plus généralement, les rapports en question restent particulièrement succincts, ne détaillant pas les implications concrètes des atteintes à la santé de la recourante au quotidien, tant dans ses tâches ménagères que dans une éventuelle activité professionnelle. On ne saurait dès lors conclure à une péjoration objectivable de la situation médicale de la recourante.

d) Au vu de ce qui précède, l'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en supprimant la rente de la recourante avec effet au 31 mars 2019.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Par décision du 22 février 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 15 mars 2019 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Lise-Marie Gonzalez Pennec (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du

19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

d) Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

Le conseil de la recourante a produit le 19 novembre 2019 une liste de ses opérations faisant état de 1 heure 45 effectuée en personne et de 11 heures effectuées par sa stagiaire. Ces opérations consacrées à la défense des intérêts de la recourante peuvent être validées. L'indemnité d'honoraire s'élève donc à 1'525 fr. ($[1 \text{ heure } 45 \times 180] + [11 \text{ heures} \times 110]$) auquel il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7.7%, par 117 fr. 45, ce qui représente 1'642 fr. 45. A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5% du défraiement hors taxe, avec TVA au taux de 7,7% en sus, soit 82 fr. 10. Il en résulte que le montant total de l'indemnité couvrant le défraiement et les débours doit être arrêté à 1'724 fr. 55.

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RSV 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Gonzalez Pennec, conseil de B._____, est fixée à 1'724 fr. 55 (mille sept cent vingt-quatre francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le 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, tenu au remboursement de l'indemnité de conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gonzalez Pennec, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :