

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à Clarens, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat
au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. En raison d'un trouble dépressif récurrent (épisode moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques et caractériels), Z._____, née en 1948, s'est vue accorder une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2003; cette prestation lui a par la suite été allouée à titre rétroactif pour la période du 1^{er} mars 1999 au 31 mars 2003. Depuis le 1^{er} juin 2003, la prénommée bénéficie d'une rente entière d'invalidité, son état de santé s'étant dégradé à la suite d'une spondylodèse cervicale C4-C5 et C5-C6, d'une acromioplastie et d'une suture de la coiffe des rotateurs.

B. Le 15 juillet 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) une demande de moyen auxiliaire tendant à l'octroi d'un scooter électrique, qui avait été devisé le 2 juin 2008 à 6'899 fr. 30.

Par écrit du 16 juillet 2008, l'ergothérapeute T._____, du Centre médico-social (ci-après : CMS) de [...], a appuyé la demande de l'intéressée, soulignant que cette dernière avait de plus en plus de peine à se déplacer sur de très longues distances, et qu'elle avait remis son permis de conduire, si bien qu'elle était dépendante d'autrui «*pour aller chez les médecins, en commissions, chez le coiffeur, pour établir des liens sociaux*». L'assurée avait en revanche effectué des tests qui avaient démontré qu'elle était apte à conduire un scooter électrique, mode de transport qui lui permettrait de redevenir indépendante dans ses déplacements, de renouer des liens sociaux et de sortir de son isolement.

A la requête de l'OAI, la Dresse D._____, spécialiste FMH en neurochirurgie et médecin traitant de l'assurée, a notamment observé, dans un rapport du 18 août 2008, que sa patiente présentait les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge limité à 5kg (maximum), port de charge répété limité à 10kg, position assise continue limitée à 1h, position debout statique limitée à 1h, changement de

position fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, rotations bassin/épaules à éviter. Cette spécialiste a également transmis à l'OAI deux rapports médicaux concernant l'assurée. Le premier, établi le 27 février 2008 par le Dr X._____, spécialiste FMH en neurologie, indiquait en particulier que l'intéressée avait fait une chute sur la face le 17 novembre 2007, qu'elle marchait avec une canne depuis lors, et qu'elle présentait une aréflexie achilléenne aux membres inférieurs ainsi que quelques troubles de l'équilibre dont l'origine était difficile à préciser. Le second, rédigé le 28 février 2008 par le Dr B._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, corroborait pour l'essentiel les observations du Dr X._____

Par retour de courrier du 16 septembre 2008, la Dresse D._____ a indiqué à l'OAI que la demande de moyen auxiliaire en question avait été déposée à l'initiative de l'assurée avec le soutien de son ergothérapeute, mais que dite requête devrait probablement être annulée, dès lors que l'intéressée s'était fracturée la cheville. Complétant ses observations par envoi du 24 novembre 2008, cette spécialiste a précisé que la demande était toujours d'actualité mais devrait être réévaluée, et que pour le moment, l'octroi d'un scooter électrique en faveur de sa patiente n'était pas médicalement justifié.

Par écrit du 19 décembre 2008, la Dresse D._____ a communiqué à l'OAI que l'assurée avait subi une opération de la cheville droite le 27 [recte : 29] août 2008, que l'évolution suite à cette intervention s'était avérée positive, et qu'il n'y avait plus de contre-indication pour l'utilisation d'un scooter électrique. Elle a toutefois invité l'OAI à s'entretenir sur cette question avec le chirurgien ayant pratiqué l'intervention, à savoir le Dr U._____, du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L._____).

Interpellé par l'OAI, le Dr U._____ a précisé, dans un rapport du 13 février 2009 rédigé avec la collaboration du Dr K._____, médecin-chef de l'Unité de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier L._____, que l'assurée avait été opérée le 29 août

2008 dans le cadre d'une fracture de la malléole externe droite et que cette intervention avait suivi une évolution favorable. Ainsi, lors de la dernière consultation en date du 10 décembre 2008, il avait été constaté que l'intéressée marchait en charge, que la flexion dorso-plantaire de la cheville droite était de 25-0-40, qu'il n'y avait aucun signe de laxité antéro-postérieure, et qu'il n'y avait pas de trouble neurovasculaire périphérique avec un contrôle radiologique tout à fait correct. Dans ce contexte et avec la pathologie de l'assurée à la cheville droite, il n'y avait « aucune nécessité d'une demande AI ».

C. Par projet de décision du 13 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de moyen auxiliaire, au motif que l'octroi d'un scooter électrique n'était pas médicalement justifié, attendu que l'intéressée marchait en charge depuis l'intervention subie en août 2008 - dont l'évolution semblait favorable - et que malgré quelques troubles de l'équilibre, elle était à même de se déplacer sans un scooter électrique. Il l'a invité à se déterminer dans un délai de 30 jours.

D. Dans une correspondance adressée à l'OAI le 6 avril 2009, la Dresse D._____ a observé que l'état de santé de sa patiente justifiait l'obtention d'un scooter électrique.

Par écrit du 8 avril 2009, l'assurée a fait savoir audit office qu'elle allait subir une nouvelle opération du dos le 21 avril 2009. Elle a également versé au dossier un document établi le 11 mars 2008 par l'un de ses médecins traitants, le Dr F._____, spécialiste FMH en médecine interne, résumant les diagnostics retenus à son égard.

A la demande de l'OAI, la Dresse D._____ a précisé, par communication du 25 mai 2009, que le périmètre de marche de sa patiente était de 50 mètres, et que 20 mètres supplémentaires pourraient éventuellement être gagnés par une physiothérapie ou une participation active de la part de l'intéressée.

Sur mandat de l'office, le Dr S._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a fait part de ses observations dans un

écrit non daté parvenu à son destinataire le 29 mai 2009. Il a préavisé négativement la requête de moyen auxiliaire de l'assurée, exposant qu'au vu des informations obtenues auprès des Drs U._____ et D._____, la remise d'un scooter reviendrait à abandonner toute amélioration possible de la marche et des capacités de déplacement de l'intéressée.

E. Par décision du 29 mai 2009, l'OAI a rejeté la demande de moyen auxiliaire de l'assurée tendant à l'octroi d'un scooter électrique, pour les motifs suivants :

roulant
fauteuil
qu'avec

"Nous remettons un scooter électrique en lieu et place d'un fauteuil électrique, lorsque la personne assurée n'arrive pas à se servir d'un roulant manuel et qu'elle ne peut se déplacer de manière autonome un scooter électrique.

- Selon le dossier médical, ces conditions ne sont pas remplies.

D'après
charge
une

En effet, le scooter électrique ne semble pas médicalement justifié. les informations médicales en notre possession, vous marchez en après l'intervention au CHUV du mois d'août 2008 et on constaterait évolution favorable.

déplacer

Malgré quelques troubles de l'équilibre, vous êtes à même de vous sans scooter électrique."

Aucun recours n'a été déposé à l'encontre de ce prononcé, qui est ainsi entré en force.

F. En date du 6 novembre 2009, le Dr M._____, médecin-chef de la Clinique Q._____, s'est adressé à l'OAI en ces termes :

« Madame Z._____ a fait une demande pour un scooter électrique lorsqu'elle s'était cassé la cheville et qu'elle ne pouvait plus se déplacer du tout, et cette dernière lui a été refusée. J'ignore qui a formulé la demande, toujours est-il qu'à mon avis, cette demande est d'actualité. Madame Z._____ est une patiente souffrant de nombreuses pathologies invalidantes, dont une broncho-pneumopathie et un syndrome d'apnées du sommeil la rendant essoufflée au moindre effort et incapable de porter quelque charge que ce soit.

Pour faire ses courses, elle aurait besoin d'un moyen auxiliaire adéquat et la solution d'un scooter électrique me paraîtrait très réaliste.

Elle est suivie par de nombreux médecins spécialistes dont Dr [...] G._____, pneumologue, qui a fait les dernières fonctions pulmonaires et qui est en train de s'occuper de son cas. Elle est suivie en parallèle par Dr W._____, ORL à Vevey, par Dr P._____ au Centre

hospitalier et par le formulaire vous L. _____ pour une maladie dermatologique d'origine auto-immune Service de rhumatologie du Centre hospitalier L. _____ pour une polyarthrite séronégative. Je vous demanderais d'envoyer un médical au Dr G. _____ qui est probablement le mieux placé pour donner des réponses circonstanciées ; il vient d'adresser Madame Z. _____ à l'Hôpital de C. _____, pour ses apnées du sommeil et l'appareillage qui en découle. »

G. Par avis du 27 novembre 2009, le Dr S. _____, du SMR, a préconisé le refus du moyen auxiliaire sollicité. Il a exposé que le syndrome d'apnée du sommeil de l'assurée ne pouvait en aucun cas justifier la nécessité d'un scooter électrique, et qu'au vu des soins qui allaient être dispensés à l'intéressée, la fatigue diurne était appelée à s'estomper. Il s'est référé au « *médecin orthopédiste* » de l'assurée, lequel avait estimé que cette dernière avait un périmètre suffisant pour ses besoins et que l'exercice ne pourrait que permettre des améliorations. Il a considéré que dans la mesure où l'intéressée présentait une spondylodèse C4-C5 et L4-L5-S1, ce qui limitait la mobilité de son rachis de même que d'éventuelles séquelles de ses acromioplasties, la polyarthrite séronégative ayant également des effets sur certaines articulations et capacités de certains gestes fins, la pratique du scooter dans une telle situation semblait particulièrement dangereuse. Il a ajouté qu'un fauteuil roulant serait adapté pour le cas où le périmètre de marche viendrait à se dégrader, mais que cette question n'était pour le moment pas d'actualité.

H. Estimant que la missive du Dr M. _____ n'apportait aucun élément susceptible de modifier son appréciation, l'OAI a fait savoir à l'assurée, par écrit du 1^{er} décembre 2009, que la décision négative du 29 mai 2009, entre-temps entrée en force, était maintenue. Il lui a indiqué la possibilité de solliciter, par retour de courrier, le prononcé d'une décision sujette à recours.

I. Par acte du 19 janvier 2010 contresigné par l'assurée, le CMS, sous la plume de l'ergothérapeute T. _____, a demandé à l'OAI de mandater la Fédération suisse de consultations en moyen auxiliaire pour personnes handicapées et âgées (ci-après : FSCMA), afin qu'il soit procédé à une expertise visant à déterminer la nécessité de l'octroi d'un scooter électrique en faveur de l'intéressée.

J. Le 28 janvier 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'octroi d'un scooter électrique, tout en lui impartissant un délai de 30 jours pour lui communiquer ses objections.

L'intéressée n'a pas fait usage de cette possibilité.

K. Par décision du 10 mars 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations. L'office a tout d'abord rappelé sa précédente décision négative du 29 mai 2009, motivée par le fait que le scooter électrique ne semblait pas médicalement justifié et que l'octroi de ce moyen auxiliaire aurait signifié l'abandon de toute amélioration possible de la marche et des capacités de déplacement. Considérant que le courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 n'apportait aucun élément susceptible de le faire revenir sur sa position, ainsi qu'il en avait informé l'assurée par écrit du 1^{er} décembre 2009, l'OAI a dès lors renvoyé cette dernière à son prononcé du 29 mai 2009, dont l'argumentation demeurait valable.

L. Par acte du 22 avril 2010, Z. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'annulation de la décision rendue le 29 mai 2009 par l'OAI, singulièrement au prononcé d'une nouvelle décision lui octroyant un scooter électrique. Elle fait valoir que ce moyen auxiliaire, sollicité en raison de son incapacité à porter des charges et de ses difficultés respiratoires, lui a été refusé sur la base des contre-indications formulées à titre provisoire par la Dresse D. _____, suite à une fracture de la cheville survenue lors d'un séjour à l'hôpital. Dans la mesure où sa cheville est désormais totalement guérie, mais qu'en revanche, son incapacité à porter des charges ainsi que ses difficultés respiratoires perdurent sans perspective d'amélioration, elle entend dès lors contester le refus de moyen auxiliaire prononcé par l'intimé. A l'appui de ses dires, elle produit deux certificats médicaux. Il ressort du premier, rédigé le 13 avril 2010 par le Dr G. _____, FMH en pneumologie, que la recourante est suivie pour des pathologies

pneumologiques depuis le 13 novembre 2008, et qu'elle a de grandes difficultés à porter des charges tout en se déplaçant simultanément, de tels efforts engendrant une dyspnée importante. Selon le second certificat, établi par le Dr N. _____ en date du 21 avril 2010, l'intéressée souffre d'une affection contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg sur une distance supérieure à 50 mètres, de sorte qu'un scooter adapté serait une aide absolument nécessaire.

M. Dans sa réponse du 14 juin 2010, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours, motif pris que le délai pour recourir contre la décision du 29 mai 2009 était largement échu.

N. Sur invitation de la juge instructeur, l'assurée a précisé, dans un courrier du 2 septembre 2010, que son recours portait sur la décision de l'OAI du 10 mars 2010, et non sur celle du 29 mai 2009 mentionnée par mégarde dans le mémoire de recours.

O. Appelé à se déterminer suite à la rectification apportée par l'assurée, l'OAI a conclu au rejet du recours par acte du 21 septembre 2010. Se fondant notamment sur l'avis du Dr S. _____ du 27 novembre 2009, l'office observe que la remise du moyen auxiliaire en question ne saurait être justifiée par le syndrome d'apnée du sommeil de l'intéressée, à plus forte raison si cette affection est traitée et appareillée (ou le sera). Il relève que s'il n'est pas contesté que l'assurée souffre d'une spondylodèse limitant la mobilité de son rachis, d'éventuelles séquelles de ses acromioplasties et de polyarthrite séronégative, il demeure qu'elle dispose d'un périmètre de marche suffisant pour ses besoins et que l'exercice ne peut lui être que profitable. Il renvoie pour le surplus à son prononcé du 10 mars 2010.

P. La recourante ayant requis l'appointement d'une audience par courrier du 15 décembre 2010, la juge instructeur l'a informée, par acte du 1^{er} février 2011, que sa demande était rejetée dans la mesure où l'arrêt sur recours allait prochainement être notifié.

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'AI (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., le juge unique est compétent pour statuer dans la présente cause (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable à la forme. Tout au plus sied-il de rappeler les écritures de la recourante du 2 septembre 2010, indiquant que contrairement à ce qui figure par erreur dans le mémoire de recours du 22 avril 2010, c'est bien la décision de l'OAI du 10 mars 2010 qui fait l'objet de la présente contestation, et non celle du 29 mai 2009. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'office intimé était fondé à rendre une décision de refus d'entrer en matière, suite au courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 et à la missive du CMS du 19 janvier 2010 contresignée par la recourante.

3. a) Le respect des conditions de l'art. 87 al. 3 RAI signifie que la nouvelle demande doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer les droits de celui-ci. En d'autres termes, le fardeau de la preuve (ou de la démonstration du caractère plausible) est à la charge de l'assuré. Ainsi, il n'incombe pas dans cette situation à l'OAI, ni du reste au Tribunal cantonal, d'examiner d'office, en requérant des avis médicaux, si l'état de santé s'est aggravé. Il faut d'autant plus exiger de l'assuré qu'il rende plausible cette modification ou aggravation lorsqu'il présente sa nouvelle demande peu après l'entrée en force de la décision de refus de prestations (ATF 130 V 64).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 130 V 64, consid. 5.2.3; ATF 117 V 198, consid. 4b et les références). Ainsi, 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 (ATF 117 V 198 précité, consid. 3a et la référence; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195, consid. 2; 122 V 158, consid. 1a, et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; voir actuellement l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64, consid. 5.2.5; TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 2.2.3 et 9C_312/2009 du 18 septembre 2009 consid. 2.4; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.2; TFA I 67/02 du 2 décembre 2002, consid. 4).

4. a) En l'occurrence, il faut relever, à titre liminaire, que l'intimé a traité le courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 comme une nouvelle demande de moyen auxiliaire introduite en faveur de l'assurée, et que ce faisant, il en a implicitement admis la validité, quand bien même cet écrit n'est pas signé de la main de la recourante. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur cette question dans le présent arrêt.

b) Cela étant, force est de constater que les règles procédurales instaurées par la Haute Cour en rapport avec l'art. 87 al. 3 RAI n'ont pas été respectées. En effet, en cas de nouvelle demande de prestations émanant d'une assurée n'ayant pas rendu plausible une modification de son invalidité, l'OAI se doit d'impartir à cette assurée un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'il n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où elle ne se plierait pas à ses injonctions (cf. consid. 3b supra). Tel n'a manifestement pas été le cas en l'espèce. Plus particulièrement, aucun délai n'a été donné à la recourante pour verser en cause les rapports dont elle demandait production que ce soit par l'intermédiaire du courrier du Dr M. _____ du 6 novembre 2009 (sollicitant l'intervention d'un autre spécialiste, le Dr G. _____) ou de la missive du CMS du 19 janvier 2010 (requérant l'octroi d'un mandat d'expertise à la FSCMA). Ainsi, la Cour relève que pour toute réaction au courrier du Dr M. _____, l'office intimé s'est contenté de demander l'avis du SMR puis, à la réception de cet avis, d'écarter la requête de l'assurée par courrier du 1^{er} décembre 2009 mentionnant la faculté d'obtenir une décision sujette à recours, sans jamais avoir octroyé à l'intéressée la possibilité de fournir le moyen de preuve en question. Puis, en guise de réponse à la missive du CMS du 19 janvier 2010, l'OAI s'est limité à informer la recourante, le 28 janvier 2010, qu'il envisageait de rejeter sa requête et qu'il lui impartissait préalablement un délai de 30 jours pour faire part de ses objections. L'on ne saurait admettre que l'intimé ait ainsi octroyé à l'assurée un délai raisonnable pour produire les pièces requises tout en l'avertissant expressément qu'à défaut, il ne serait pas entré en matière sur sa demande. Du reste, s'il est vrai que la décision litigieuse est intervenue le 10 mars 2010 sans que l'assurée n'ait entre-temps produit les rapports en question, il sied de rappeler qu'au vu de l'attitude adoptée par l'office dans son courrier du 1^{er} décembre 2009 repris en substance dans le projet de décision négative du 28 janvier 2010, l'intéressée - alors non représentée - pouvait légitimement être amenée à comprendre qu'il n'était donné aucune suite à ses réquisitions de production de pièces. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que l'OAI a contrevenu aux règles de procédure instaurées par le Tribunal fédéral en rapport avec l'art. 87 al. 3

RAI, si bien que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée sans que la Cour n'ait à statuer sur le fond de l'affaire, la cause devant être renvoyée à l'autorité intimée afin que celle-ci en reprenne l'examen en se conformant aux règles de procédure précitées.

5. Au vu de ce qui précède, il apparaît que le recours doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause retournée à l'OAI pour que cet office procède conformément aux considérants du présent arrêt.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel qui n'est intervenu qu'au stade de la dernière correspondance de l'assurée, cette dernière peut prétendre à des dépens qui seront réduits à 250 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), lequel n'a pas à supporter de frais de justice (art. 52 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 22 avril 2010 par Z._____ est admis.
- II.** La décision rendue le 10 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'office pour qu'il procède selon les considérants.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 250 fr. (deux cents cinquante francs) à titre de dépens.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration handicap (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :