

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à Perly (GE), recourante,

et

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

Art. 289 CC; 23 LPGA; 85bis RAI; 46 LASV

E n f a i t :

A. Née le 8 août 1978, P._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante) est mère de quatre enfants, soit N._____ né le 7 novembre 2007, M._____ et R._____ nés le 3 janvier 2009 et V._____ née le 23 janvier 2010. Par ordonnances provisionnelles du 26 mai 2009, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant du canton de Genève a retiré à la mère la garde sur N._____, M._____ et R._____, lesquels ont été placés en foyer. Ces ordonnances ont été confirmées sur le fond le 7 avril 2010. D'autres mesures ont encore été ordonnées par l'autorité tutélaire, soit une curatelle de surveillance et de financement du placement ainsi que pour faire valoir la créance alimentaire des mineurs, le Service de protection des mineurs genevois étant désigné curateur. Ensuite du déménagement de l'assurée dans le canton de Vaud et la naissance de sa fille cadette, la garde sur celle-ci a été retirée à sa mère par ordonnance de mesures superprovisionnelles de la Justice de paix de la Riviera-Pays d'Enhaut, pour être confiée au Service de protection de la jeunesse vaudois, chargé de placer l'enfant. Cette ordonnance a été ultérieurement confirmée. Ensuite d'un nouveau déménagement de l'assurée dans le canton de Genève, le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant a été saisi, ceci en date du 24 juillet 2012, et depuis lors a étendu le mandat du curateur à la gestion de l'assurance-maladie et des frais médicaux des mineurs.

Au terme de sa scolarité obligatoire, l'assurée s'est inscrite à la faculté de droit de l'université de Lausanne. Après l'abandon de ses études, elle a occupé successivement différents emplois, en dernier lieu du 14 avril au 29 juin 2008. Elle a ensuite bénéficié des indemnités chômage, puis de l'aide sociale. Sur ce point, un courrier du 4 janvier 2011 du Centre social intercommunal, à Vevey, confirme à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) que l'assurée était au bénéfice du revenu d'insertion et un autre courrier du 30 septembre 2013 de l'Hospice général du canton de Genève indique que l'assurée a perçu des prestations d'aide financière de cette institution

du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009, puis sans discontinuer dès le 1^{er} avril 2011.

En date du 27 décembre 2010, soit lors de sa troisième hospitalisation à la Fondation B._____, l'assurée a déposé une demande de mesures pour une réadaptation professionnelle auprès de l'OAI, indiquant être atteinte d'une affection psychique depuis mars 2009.

Entre mars 2009 et septembre 2012, l'assurée a notamment bénéficié des consultations ainsi que des traitements psychiatriques ambulatoires ou stationnaires suivants, les diagnostics retenus étant précisés dans la mesure où ils sont connus:

- du 8 mars au 6 avril 2009, dans le cadre de son hospitalisation à l'Unité de Psychiatrie Hospitalière Adulte de l'Hôpital T._____, le diagnostic principal étant celui de trouble psychotique, sans précision (F28) et les autres diagnostics ceux d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0);
- de fin 2009 à juillet 2010, sous forme stationnaire puis ambulatoire auprès de la Dresse K._____, médecin psychiatre auprès de la Polyclinique Q._____ et de la Fondation B._____;
- les 23 août, 22 septembre et 15 novembre 2010 auprès du Dr D._____, également médecin psychiatre;
- entre fin 2010 et début 2011, auprès du Dr G._____, médecin psychiatre;
- au printemps 2011, à une date indéterminée, auprès de la Dresse L._____, médecin psychiatre à la Consultation W._____, dépendant du département de psychiatrie de l'Hôpital T._____, laquelle a posé le diagnostic de trouble psychotique sans précision (F28);

- du 20 mai 2011 au 28 avril 2012 auprès du Dr J._____, médecin psychiatre, lequel a posé le diagnostic d'état dépressif grave avec symptômes psychotiques (F32.2), étant précisé que le traitement a été interrompu ensuite de l'hospitalisation d'office de l'assurée à la Clinique psychiatrique Z._____ en raison d'une décompensation psychique;
- du 30 avril au 4 juin 2012, sous forme stationnaire à l'Unité hospitalière Y._____ du Service de psychiatrie générale de l'Hôpital T._____, le Dr H._____ posant le diagnostic de trouble schizo-affectif, de type maniaque (F25.0);
- du 4 juin au 14 septembre 2012 auprès du Dr X._____, médecin psychiatre à la Consultation W._____, lequel a posé les diagnostics de trouble schizo-affectif type maniaque (F25.0) et de trouble mixte de la personnalité (F60.0) avec éléments de la personnalité dépendante et paranoïaque.

Sur la base du rapport du Dr J._____ du 27 septembre 2011, lequel pronostiquait la reprise d'une activité professionnelle, respectivement une capacité de travail à 100 % dès le 1^{er} octobre 2011, l'OAI a adressé à l'assurée une communication le 6 décembre 2011 constatant qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était nécessaire compte tenu de la reprise de l'activité professionnelle annoncée par le médecin. Parallèlement, l'assurée a été invitée à confirmer que cette reprise se passait bien.

Par courrier du 2 février 2012, l'assurée a été interpellée par l'OAI sur la question de savoir si elle avait pu effectivement reprendre et maintenir son activité professionnelle à plein temps dès le 1^{er} octobre 2011. L'intéressée a répondu par annotation du courrier précité sans le signer, biffant la mention « activité professionnelle à plein temps » et ajoutant « oui (RMCAS) ». Cet écrit a été reçu par l'OAI le 9 février 2012.

L'OAI a poursuivi l'instruction dans le sens d'un examen du droit à une rente. Plus particulièrement, le 21 janvier 2013, le Dr S._____, du Service médical régional de l'AI (SMR), se fondant notamment sur un rapport du Dr X._____ du 14 septembre 2012, a retenu à titre d'atteinte principale à la santé le trouble schizo-affectif de type maniaque et à titre de pathologie associée du ressort de l'AI le trouble de la personnalité mixte de type dépendant et paranoïaque. Il a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail à 100 % depuis mars 2009 en toutes activités, avec des limitations fonctionnelles se rapportant à la capacité de concentration, d'adaptation, de compréhension et de résistance, considérées comme limitées, à des idées délirantes non critiquées, à l'irritabilité, à la tendance au clivage, à la projection ainsi qu'à l'agressivité.

En date du 5 février 2013, l'assurée a réagi à l'avis du 30 janvier 2013 de mise en oeuvre d'une enquête ménagère en adressant à l'OAI un courrier précisant que sa demande avait été annulée par ses soins et par écrit auprès de l'OAI pour le canton de Vaud dans le courant de l'année 2011, qu'elle était en parfait état de santé physique et psychique et n'avait dès lors aucun besoin de prestations de l'assurance-invalidité. Elle assurait avoir la possibilité de reprendre une activité professionnelle à temps partiel, voire complet et indiquait être actuellement à la recherche d'un emploi stable.

Par communication du 21 février 2013, l'intimé a constaté que la demande du 31 décembre 2010 ne pouvait être retirée, que l'annonce de l'assurée du 9 février 2012 de reprise d'une activité professionnelle le 1^{er} octobre 2011 n'avait pas été formellement assortie d'un retrait de la demande AI et que dans un questionnaire du 13 janvier 2011, l'assurée avait précisé être en mesure d'exercer une activité lucrative à 60 % sans atteinte à la santé, cet élément justifiant l'enquête ménagère.

Saisissant l'opportunité offerte par la communication du 21 février 2013, l'assurée a sollicité en date du 28 février 2013 que l'OAI rende une décision susceptible de recours. Elle a fait valoir que les

diagnostics posés lors de ses hospitalisations étaient totalement erronés, qu'une procédure en restitution de la garde sur ses enfants était en cours, qu'elle exerçait régulièrement son droit de visite, que la demande du 31 décembre 2010 avait été déposée sur conseil et instigation de l'assistante sociale de la Fondation B._____, qu'elle était en pleine santé physique et psychique, qu'elle ne prenait aucune médication et recherchait assidûment un emploi à temps partiel pour pouvoir se consacrer à ses enfants.

En date du 15 mars 2013, l'OAI a rendu une décision incidente déniait à l'assurée le droit à un retrait de sa demande du 31 décembre 2010, se fondant sur l'article 23 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) pour relever que la demande pouvait être retirée pour autant que cela ne soit pas préjudiciable aux intérêts dignes de protection de la personne assurée ou à ceux d'autres personnes et constatant en l'occurrence qu'il existait des intérêts dignes de protection dès l'instant où l'assurée avait bénéficié en 2011 du revenu d'insertion puis d'une aide financière dès le 1^{er} mars 2011 de l'Hospice Général, à Genève. Confirmant les termes de sa communication du 21 février 2013, l'OAI signifiait à l'assurée la poursuite de l'examen de son droit aux prestations AI.

B. Par acte du 21 mars 2013, P._____ a recouru contre la « décision incidente de l'OAI du 15 mars 2013 », réitérant sa volonté de retirer sa demande, pour les mêmes motifs qu'évoqués précédemment et a produit copie d'un certificat médical du 5 mars 2013 du Dr A._____, médecin psychiatre FMH, attestant que l'assurée était en suivi psychothérapeutique depuis le 22 janvier 2013 au sein de son cabinet et ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique grave.

En date du 5 avril 2013, la recourante a produit un nouveau certificat du Dr A._____ du 4 avril 2013 qualifiant de modérée la pathologie de l'intéressée. Plus particulièrement, ce praticien ne retient aucun diagnostic de la lignée psychotique mais une hypomanie. Il n'a pas observé de symptômes dépressifs permettant de poser un diagnostic de

trouble bipolaire, n'excluant cependant pas ce dernier dans l'observation à venir. Il relève encore que les hospitalisations passées peuvent avoir fait l'objet de symptômes psychotiques, ceux-ci ayant pu surgir dans le cadre d'une exacerbation des troubles de l'humeur et non d'une psychose. Il estime qu'une relation psychothérapeutique de confiance permettra dans les moments d'exacerbation de troubles de l'humeur de sa patiente de l'aider à éviter des décompensations nécessitant des hospitalisations.

Dans sa réponse du 10 avril 2013, l'OAI a confirmé sa décision et conclu au rejet du recours, sans plus ample motivation.

La recourante s'est déterminée par écriture du 13 mai 2013, maintenant l'existence d'erreur dans les diagnostics et de prise en charge inadéquate par ses thérapeutes successifs. Elle a également assuré, sur la base de ses certificats médicaux, être en pleine santé psychique et avoir des projets familiaux, notamment réintégrer le droit de garde de ses enfants, et professionnels, sous la forme d'une candidature à la police judiciaire de Genève.

Répondant à la demande de sa patiente, le Dr A. _____ a produit en date du 4 juin 2013 copie de son rapport du 3 juin 2013 à l'OAI, lequel confirme le diagnostic d'hypomanie et réserve celui de troubles affectifs bipolaires. Il préconise un traitement psychothérapeutique de longue durée en raison de la complexité de la situation et des antécédents psychiatriques. Une activité à 100 % serait envisageable après un temps d'adaptation progressif et avec des horaires aménagés, ce à partir de juin 2013.

En date du 3 septembre 2013, la recourante a encore produit un contrat de travail avec la société E. _____ SA qui l'a engagée dès le 2 septembre 2013 en qualité de consultante pour un salaire mensuel brut à plein temps de 3300 fr., un treizième salaire étant exclu.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les art. 34 ss LPGA, qui concernent la procédure administrative devant les autorités d'assurances sociales, s'appliquent ainsi à la procédure menée par l'OAI, lorsque cet office traite une demande de prestations AI.

b) En déniant à l'assurée le droit de retirer sa demande de prestations, l'OAI a rendu une décision incidente qui peut être attaquée directement devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans le cas particulier, en vertu de l'art. 74 al. 4 let. b LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), par renvoi de l'art. 99 LPA-VD. En effet, dans le cas d'espèce, l'admission du recours pourrait conduire immédiatement à une décision finale permettant d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse.

c) Le présent recours, interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI) et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

d) En l'occurrence, la procédure au fond porte sur le refus ou l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité (mesures de réadaptation d'ordre professionnel et/ou rente) de telle sorte qu'elle est onéreuse (art. 69 al. 1 bis LAI) et la valeur litigieuse est en pareil cas réputée supérieure à 30'000 francs. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans la composition de trois juges, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 LPA-VD).

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 (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le retrait de sa demande de prestations en matière d'assurance-invalidité par l'assurée est opérant.

3. a) L'OAI s'est fondé sur l'art. 23 LPGA pour dénier à la recourante tout droit au retrait de sa demande de prestations. Selon cette disposition légale, l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues (al. 1). Par ailleurs, la renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales (al. 2). Or, une renonciation suppose, par définition, que l'assurée ait un droit indubitable à des prestations. Il faut donc que les prestations soient connues; une personne ne peut pas renoncer à l'avance à d'éventuelles prestations futures, l'objet et l'étendue des prestations auxquelles il est renoncé devant être définis au moment de la renonciation (Ghislaine Frésard-Felley, De la renonciation aux prestations d'assurance sociale [art. 23 LPGA/ATSG], HAVE 5/2002, p. 337; cf. aussi Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts 3^e éd., 2003, n° 17 p. 275). En l'espèce, à la date de la « renonciation », soit le 5 février 2013, l'intimé n'avait pas encore statué sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, l'instruction de la demande du 27 décembre 2010 étant toujours en cours. Les prestations éventuellement dues à la recourante n'étaient par conséquent pas connues et ne pouvaient faire l'objet d'une renonciation au sens de l'art. 23 LPGA. La déclaration du 5 février 2013 ne correspond donc pas à une renonciation à des prestations d'assurance, mais constitue un retrait de la demande de prestations.

b) Dans un arrêt du 21 mai 2013 (9C_1051/2012), le Tribunal fédéral a observé que ni la LPGA, ni la LAI ne comprennent de disposition

portant sur le point de savoir si la demande de prestations d'assurance sociale peut être retirée, et le cas échéant, à quelles conditions. Selon un avis de la doctrine, la possibilité de retirer (sans restriction, ni condition) la demande de prestations avant la décision de l'assureur social découle de la maxime de disposition régissant l'assurance-invalidité (cf. art. 29 al. 1 LPGA), selon laquelle l'exercice du droit aux prestations suppose que celui qui y prétend s'annonce à l'assureur (Thomas Locher, loc. cit.).

La maxime de disposition ne s'applique toutefois pas de manière illimitée, dans la mesure où la demande de prestations présentée par l'assuré vaut pour tous les types de prestations qui pourraient entrer en considération en relation avec l'atteinte à la santé annoncée et que l'assurance-invalidité peut aussi octroyer des prestations différentes de celles sollicitées par l'assuré. Si l'application de la maxime de disposition permet donc d'admettre que le retrait de la demande de prestations est en principe admissible, elle ne suffit cependant pas à renoncer à assortir de toute condition ou exigence l'exercice du droit de retrait. Le cas de figure du retrait de la demande de prestations doit encore être distingué de celui où l'assuré s'abstient de présenter une demande de prestations. Lorsque l'assuré ne s'annonce pas à l'assurance-invalidité pour solliciter des prestations, les tiers auxquels des intérêts dignes de protection ont été reconnus - à savoir, les autorités ou tiers qui assistent régulièrement l'assuré ou prennent soin de lui de manière permanente - ont toutefois le droit de présenter une demande pour l'assuré, conformément à l'art. 66 al. 1 RAI ([règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; voir aussi, depuis le 1^{er} janvier 2008, le cercle de personnes autorisées à faire une communication relative à la détection précoce [art. 3b al. 2 LAI]). Or, en cas de retrait de la demande de prestations, les intérêts dignes de protection de l'assuré lui-même ou de ces tiers peuvent être touchés. Il convient dès lors d'assortir le retrait de la demande de prestations à la condition que les intérêts légitimes de l'assuré ou d'autres personnes concernées ne s'y opposent pas (cf. ch. 1024 de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI; version valable dès le 1^{er} janvier 2010, applicable en l'espèce]; cf. ATF 101 V 261 consid. 2 p. 265; Michel Valterio, Droit de

l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 782 n° 2857 s.). La situation est en effet semblable, du point de vue des intérêts en jeu, à celle d'une renonciation, de sorte que les conditions de l'art. 23 al. 2 LPGA sont applicables par analogie au retrait de la demande de prestations (Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, p. 468 n° 2399). La déclaration de retrait doit par ailleurs revêtir la forme écrite et l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité en accuser réception par écrit (cf. pour tout ce qui précède l'arrêt cité du Tribunal fédéral 9C_1051/2012 consid. 3.1 et 3.2; ch. 1024 de la CPAI).

c) Il convient en conséquence de déterminer si le retrait de sa demande par l'assurée porte préjudice aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance.

4. La recourante bénéficiait à l'époque de sa demande de prestations du revenu d'insertion via le Centre social intercommunal, à Vevey. Ensuite, soit dès le 1^{er} avril 2011, elle a perçu des prestations d'aide financière de l'Hospice général. Cette aide avait toujours cours à la date du 30 septembre 2013.

a) L'art. 22 al. 1 LPGA prévoit que le droit aux prestations des assureurs sociaux est incessible et que toute cession ou mise en gage est nulle. L'alinéa 2 stipule les exceptions en prévoyant la possibilité de céder les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ainsi qu'à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). Selon l'art. 85bis al. 1 RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance, peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Selon l'alinéa 2, lettre b, de cette disposition, sont considérées

comme une avance les prestations versées contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (ATF 136 V 381 consid. 4.1 p. 386 et 135 V 2 consid. 5.2.2 p. 7). Pour pouvoir parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (ATF 136 V 381 consid. 5.1.1 p. 388; 135 V 2 consid. 6.1.2 p. 9; 133 V 14 consid. 8.3 p. 21; TFA I 282/99 du 10 mai 2000 consid. 5b, in Pratique VSI 4/2002 p. 163, et I 31/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a/bb, in Pratique VSI 4/2003 p. 265; voir également TFA I 428/05 du 18 avril 2006 consid. 4.4.2; I 632/03 du 9 décembre 2005 consid. 3.3.2 et I 317/03 du 11 octobre 2004 consid. 5.2).

b) Selon la loi genevoise sur l'insertion et l'aide sociale individuelle (ci-après: LIASI), la personne majeure qui n'est pas en mesure de subvenir à son entretien ou à celui des membres de la famille dont il a la charge a droit à des prestations d'aide financière (art. 8 al. 1). Ces prestations ne sont pas remboursables, sous réserve des art. 12 al. 2 et 36 à 41 de la loi (art. 8 al. 2 LIASI). L'art. 37 LIASI dispose que si les prestations d'aide financière prévues par la présente loi ont été accordées à titre d'avances, dans l'attente de prestations sociales ou d'assurances sociales, les prestations d'aide financière sont remboursables, à concurrence du montant versé par l'Hospice général durant la période d'attente, dès l'octroi desdites prestations sociales ou d'assurances sociales (al. 1). L'Hospice général demande au fournisseur de prestations que les arriérés de prestations afférents à la période d'attente soient versés en ses mains jusqu'à concurrence des prestations d'aide financière fournies durant la même période (al. 2). Il en va de même lorsque des prestations sociales ou d'assurances sociales sont versées au bénéficiaire avec effet rétroactif pour une période durant laquelle il a perçu des prestations d'aide financière (al. 3).

Cela étant, dans l'hypothèse où la demande de prestations de la recourante débouchait sur l'octroi d'une rente, due au plus tôt six mois

après le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI), l'Hospice général, qui a qualité d'organisme d'assistance public, serait tenu d'exiger de l'OAI le versement en sa faveur des rentes dues à titre rétroactif, à concurrence des prestations d'aide sociale avancées par cette institution pendant la période de droit à la rente. Ainsi, l'art. 37 LIASI constitue la norme légale fondant un droit de l'Hospice général au remboursement à l'égard de l'assurance-invalidité au sens de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI. En retirant sa demande de prestations, la recourante empêche l'Hospice général d'exercer son droit au remboursement en cas d'octroi d'une rente et porte ainsi préjudice aux intérêts de cette institution d'assistance, d'autant plus que l'exercice du droit au remboursement est impératif et non facultatif.

Il en irait de même à l'égard du Centre social intercommunal de Vevey, également organisme d'assistance publique, dans l'hypothèse où le versement d'une rente à titre rétroactif coïnciderait également avec la période d'allocation du revenu d'insertion. En effet, selon l'art. 46 LASV (loi cantonale du 2 décembre 2003 sur l'action sociale vaudoise; RSV 850.051), si des prestations d'assurance (sociales ou privées) sont octroyées rétroactivement, les montants reçus au titre de prestations du revenu d'insertion sont considérés comme des avances et le bénéficiaire est tenu de les restituer (al. 1 in fine). Par ailleurs, l'autorité ayant octroyé le revenu d'insertion est subrogée dans les droits du bénéficiaire à concurrence des montants versés par elle et peut demander aux assurances concernées que les arrérages des rentes soient versés en ses mains jusqu'à concurrence des prestations allouées (al. 2).

c) L'art. 276 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907; RS 210) met à la charge des père et mère d'un enfant l'obligation de pourvoir à son entretien. Cette obligation dure en principe jusqu'à la majorité de l'enfant (art. 277 al. 1 CC). Les contributions d'entretien sont dues à l'enfant et sont versées durant sa minorité à son représentant légal ou au parent qui en assume la garde (art. 289 al. 1 CC). Les rentes d'assurances sociales ou d'autres prestations destinées à l'entretien de l'enfant, qui reviennent par la suite au père ou la mère en raison de leur âge ou de leur invalidité et en remplacement du revenu d'une activité, doivent être

versées à l'enfant (art. 285 al. 2bis CC). La prétention à la contribution d'entretien passe avec tous les droits qui lui sont rattachés à la collectivité publique lorsque celle-ci assume l'entretien de l'enfant (art. 289 al. 2 CC). Cette disposition prévoit une cession légale de la créance d'entretien à la collectivité publique (art. 166 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse; RS 220]), lorsque celle-ci assume l'entretien de l'enfant (ATF 133 III 507 consid. 5.2 p. 510; 123 III 161 consid. 4b p. 163 et les références).

Dans l'hypothèse de l'octroi d'une rente à la recourante, ses quatre enfants bénéficieraient eux aussi d'une rente (cf. art. 35 LAI et 25 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10]). En sa qualité de curateur, étant rappelé que le mandat de curatelle s'étend également au recouvrement de la créance alimentaire des enfants, le Service de la protection des mineurs de Genève serait en droit de prétendre au versement des arriérés de rentes et des rentes à venir dues aux enfants de la recourante. Le placement institutionnel des enfants est par ailleurs pris en charge par ce service, de telle sorte qu'il est également bénéficiaire de la cession légale de la créance d'entretien. Le retrait de la demande de prestations est par conséquent susceptible de porter atteinte au droit des créanciers alimentaires que sont les enfants ainsi qu'à la collectivité publique, cessionnaire de ce droit, représentée en l'occurrence par le Service de protection des mineurs genevois.

d) Ainsi, dans la mesure où en retirant sa demande de prestations, la recourante porte potentiellement atteinte aux droits d'autres personnes, ses enfants, ainsi qu'à ceux d'institutions d'assistance, dit retrait doit être considéré comme nul. En conséquence, le recours est rejeté et la décision incidente de l'OAI du 15 mars 2013 confirmée.

5. a) Il y a lieu de déroger au principe de la gratuité, la présente procédure incidente étant onéreuse dès lors qu'elle a trait à une contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations au sens de l'art.

69 al. 1 bis LAI (cf. ATF 133 V 441; TF 9C_905/2007 du 15 avril 2008; 9C_639/2011 du 30 août 2012, in SVR 2013 IV n° 2).

b) Ainsi, les frais, arrêtés à 200 fr., sont mis à la charge de la recourante déboutée, sans que celle-ci puisse prétendre à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 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 incidente rendue le 15 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de P._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme P._____,
- 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 :