

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Eric Muster, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a obtenu son Certificat fédéral de capacité de vendeuse auprès de la Coopérative L._____ en 1998. Elle a par la suite continué à travailler auprès de cet employeur à différents postes, en dernier lieu au rayon boucherie. En raison de lombalgies, l'assurée a été totalement incapable de travailler depuis le 27 juillet 2012, puis en incapacité de travail à 70 % à partir du 1^{er} octobre 2012.

Le 15 janvier 2013, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a reçu, de la part de Z._____ assureur perte de gain maladie, une demande de prestations d'assurance-invalidité concernant l'assurée. Le formulaire de demande faisait état d'affections lombaires présentes depuis 2002 et de l'incapacité de travail en cours depuis le mois de juillet 2012.

Dans un rapport du 13 mars 2013, le Dr B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches dans un contexte de discopathies dégénératives L4-S1 et de défaut de stabilisation au plan musculaire profond depuis 2001. Il a considéré que l'activité habituelle de vente au rayon boucherie, dans le froid, n'était plus adaptée et a suggéré un changement d'activité professionnelle. La capacité de travail dans une activité adaptée devait être de 50 %.

Le 25 mars 2013, la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé à l'OAI un rapport dans lequel elle renvoyait à un courrier du 18 mars 2013 adressé à Z._____. Dans ce courrier, la Dre C._____ posait les diagnostics de lombalgies sur discopathies dégénératives L4-L5 avec discrète infiltration Modic I des plateaux à gauche, de discopathie avec déchirure de l'anneau fibreux en L5-S1 et d'arthrose postérieure débutante en L4-L5, ayant un impact sur la capacité de travail. L'activité habituelle au rayon boucherie n'était plus

exigible mais la capacité de travail était entière dans une activité adaptée sans port de charges ni station debout prolongée.

A partir du 1^{er} juillet 2013, l'assurée a repris son travail à 50 %. Lors d'un point de situation réalisé le 28 août 2013 entre l'intéressée, son employeur et l'OAI, les limitations fonctionnelles de celles-ci ont été précisées, à savoir pas de port de charges supérieures à 2-3 kg, pas de mise en place de produits en dessous de la ceinture, pas de posture assise de longue durée, pas de déballage de marchandises. L'activité adaptée qui conviendrait parfaitement à ces limitations était le poste de gestionnaire administrative. D'entente avec l'employeur, un stage devait être réalisé à ce poste.

Dès le 4 janvier 2014, l'assurée a débuté à mi-temps une activité auprès de son employeur en qualité de caissière, à augmenter de 10 % toutes les semaines pour atteindre un plein temps dès le 3 février 2014. Il était prévu qu'elle réalise également un certain pourcentage dans des activités administratives, en fonction de ses compétences (cf. note de suivi du 14 janvier 2014). L'OAI a soutenu l'assurée dans la reprise de cette activité professionnelle adaptée par l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel (cf. communication du 10 décembre 2013). Partageant son activité à raison de 60 % en caisse et 40 % de travail administratif, l'assurée a finalement été occupée à plein temps en caisse. Le 10 avril 2014, elle a dû stopper son activité en raison de blocages dorsaux et s'est retrouvée en arrêt total de travail (cf. notes d'entretien des 6 mars et 10 avril 2014). Depuis lors, elle n'a plus travaillé.

Le 26 janvier 2015, la Dre C. _____ a confirmé les diagnostics précédemment posés. Elle a également joint à son rapport notamment un rapport établi le 31 mars 2013 par le Dr B. _____ et un second rapport établi le 15 décembre 2014 à son attention par la Dre S. _____, spécialiste en rhumatologie,

Dans un courrier non daté, reçu par l'OAI le 5 décembre 2015, l'assurée a indiqué qu'à la suite de l'accouchement de son deuxième

enfant en juin 2015 et du récent décès de sa maman, elle avait décidé de s'occuper de ceux-ci et de ne pas reprendre d'activité professionnelle pour le moment. Elle a ajouté que son employeur avait résilié son contrat avec effet au 31 janvier 2016.

Selon le formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère) complété le 25 janvier 2016, l'assurée travaillerait à 60 % pour des raisons financières, depuis le 18 juin 2015, dans une activité de bureau si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport du 10 juin 2016, la Dre C._____ a indiqué que sur le plan physique, l'assurée se plaignait quotidiennement de douleurs lombaires basses avec irradiation au niveau du coccyx, du poignet droit et de nualgies, exacerbées par les travaux ménagers et le port des enfants. L'assurée signalait également un état de fatigue chronique. La Dre C._____ a relevé une nette tendance dépressive chez l'intéressée en raison des douleurs chroniques, du décès de sa mère en septembre 2015 et de ses inquiétudes face au futur. Selon cette médecin, l'assurée était handicapée dans ses activités quotidiennes de mère et de femme au foyer et devrait bénéficier d'une incapacité de travail de 50 %.

Le 26 septembre 2016, l'assurée a passé un examen clinique rhumatologique auprès du Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 14 octobre 2016, le Dr K._____ a posé le diagnostic principal de lombopyalgies gauches non déficitaires dans le cadre d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 et d'une arthrose des articulations postérieures en L4-L5 (M54.5), avec répercussion durable sur la capacité de travail, ainsi que le diagnostic de scapulalgies intermittentes, sans signe d'irritation radiculaire, n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. Il a constaté que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 30 % dans son activité de vendeuse en boucherie dès le 1^{er} octobre 2012, de 75 % dans l'activité de caissière depuis la même date, en dehors des épisodes de lumbagos. La capacité était entière dans une activité adaptée. Le Dr K._____ a précisé qu'il fallait

préférer une activité permettant l'alternance des positions avec parfois des déplacements et limitant le port de charges. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes concernant la colonne lombaire : port de charges au-delà de 8 kg, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 30 minutes, postures en porte-à-faux lombaire, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaires.

Lors d'un entretien du 1^{er} décembre 2016, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a discuté avec l'assurée des différentes mesures de reclassement qui pouvaient lui être proposées, soit en particulier une formation administrative dans laquelle elle disposait déjà de compétences. L'assurée a indiqué qu'elle ne s'estimait pas capable de retravailler, quelle que soit l'activité, et espérait percevoir une rente. Le collaborateur de l'OAI lui a alors accordé quelques jours pour se positionner sur la proposition formulée, lui signifiant que si elle la refusait, l'OAI lui ferait parvenir une sommation (cf. rapport initial de réadaptation du 1^{er} décembre 2016). Au vu du refus de l'assurée, l'OAI lui a adressé dite sommation le 9 décembre 2016.

Une enquête ménagère a été menée le 6 février 2017 au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 14 février 2017, l'enquêtrice a estimé qu'il convenait de retenir un statut de 100 % active de 1996 à 2015 puis, dès le mois de janvier 2016, un statut de 60 % active et 40 % ménagère, sans incapacité ménagère.

Dans un projet de décision du 1^{er} mars 2017, confirmé par décision du 5 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne présentait en conséquence pas de préjudice économique ouvrant droit à une rente.

B. Le 16 juillet 2020, l'assurée a adressé à l'OAI une deuxième demande de prestations.

Accusant réception de cette demande, l'OAI a invité l'assurée à lui communiquer des rapports médicaux établissant de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits.

Dans un rapport à l'OAI du 17 août 2020, la Dre C._____ a posé les nouveaux diagnostics de dorsalgies sur scoliose dorsale dextro-convexe à large rayon de courbure avec hypercyphose dorsale et séquelles d'ostéochondrose prédominant sur le segment D5-D10, de syndrome somatoforme douloureux, type fibromyalgie, et de trouble de l'adaptation avec état anxiodépressif chronique. L'incapacité de travail était désormais totale. Elle a constaté que la problématique des lombalgies s'était aggravée malgré l'arrêt de l'activité professionnelle en 2014. Les dorsalgies étaient présentes depuis deux ans environ. Des cervicalgies avec torticolis étaient apparues récemment. Le syndrome somatoforme douloureux était également présent depuis deux ans et illustré par un « mal partout », une fatigue chronique, des troubles respiratoires, des palpitations, une dysménorrhée constipation, des fourmillements, des céphalées, une dyspareunie et une absence de libido. La Dre C._____ a joint à son rapport un rapport de radiographie de la colonne dorsale et une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombaire du 3 juillet 2020 faisant état d'une scoliose dorsale dextro-convexe à large rayon de courbure avec hypercyphose dorsale et séquelles d'ostéochondrose prédominant sur le segment D5 - D10, une discopathie lombaire étagée sur le segment L3-S1, une fissuration postérieure de l'anneau fibreux sans composante herniaire ni franc conflit disco-radiculaire en L3-L4 et une protrusion discale postérolatérale gauche potentiellement irritative sur l'émergence de la racine S1 ipsilatérale en L5-S1.

Sollicité pour avis, le SMR a relevé que rien ne permettait d'attester qu'il y avait une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, il n'y avait pas de nouveaux éléments, ceux avancés ayant déjà été pris en compte dans la première demande. L'assurée était en outre suivie uniquement par la Dre C._____ et n'avait pas indiqué de psychiatre traitant dans sa demande. Les résultats

d'imagerie ne mettaient enfin pas en évidence d'éléments nouveaux (avis du 3 septembre 2020).

Par projet de décision du 3 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu plausible une modification notable de sa situation. L'examen du dossier n'avait montré aucun changement.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier du 6 octobre 2020. Elle a été invitée par l'OAI à lui fournir, d'ici au 10 novembre 2020, tout rapport médical détaillé susceptible de lui permettre de revoir sa position.

Dans ce cadre, l'OAI s'est vu remettre un rapport établi le 4 novembre 2020 par le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie. Le Dr R._____ y posait le diagnostic de fibromyalgie. Il indiquait qu'en plus des rachialgies, l'assurée décrivait des polyarthro-myalgies diffuses en exacerbation depuis environ 2018 et influencées par la météo, ainsi que la présence d'un corollaire de symptômes peu spécifiques touchant différents systèmes d'organes, par exemple de type côlon irritable. Les douleurs étaient accompagnées d'un état de fatigue chronique, de troubles du sommeil et surtout d'une baisse de moral. Le médecin estimait que les symptômes décrits étaient compatibles avec une fibromyalgie et s'accompagnaient d'une souffrance psychique significative.

Ce nouveau rapport a été soumis au SMR qui a estimé qu'il n'apportait aucune modification des limitations fonctionnelles mais rapportait uniquement des plaintes de l'assurée (avis du 10 décembre 2020).

Par décision du 10 décembre 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 16 juillet 2020 de l'assurée, conformément à son projet de décision. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a précisé qu'après examen par son service médical du nouveau

rapport transmis, il n'y avait pas d'élément nouveau permettant de revoir sa position.

C. Par acte du 19 janvier 2021, X. _____, désormais représentée par son conseil, a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à sa réforme en ce sens que l'intimé entre en matière sur la demande du 16 juillet 2020, subsidiairement à son annulation en ce sens que la cause soit renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur ladite demande et instruisse la cause. Citant des extraits des rapports médicaux produits devant l'intimé, la recourante a soutenu qu'elle avait rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations. Elle souffrait désormais de nouvelles atteintes influant sur sa capacité de travail. Le SMR avait également indiqué, dans son avis du 26 septembre 2016, qu'il ne fallait pas s'attendre à une amélioration des atteintes dégénératives, l'évolution habituelle étant plutôt une aggravation au cours des années.

Par décision du 9 février 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 21 décembre 2020 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 Eric Muster.

Par réponse du 8 mars 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 18 mars 2021, la recourante a indiqué qu'elle n'entendait pas déposer d'explications complémentaires et produire de nouvelles pièces. Se référant à son mémoire de recours, elle a estimé avoir rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis sa première demande. Afin de le confirmer, elle a requis, à toutes fins utiles, qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée par la Cour de céans.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 16 juillet 2020, singulièrement sur la question de savoir si cette dernière a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de l'état de fait qui justifierait un nouvel examen de son cas depuis la dernière décision entrée en force du 5 mai 2017 statuant sur son droit aux prestations.

3. a) Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits

déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPG), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de 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 autre investigation par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

c) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative attaquée (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

4. a) Par décision - non contestée - du 5 mai 2017, l'OAI a refusé de prester au motif que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en sus d'une capacité de travail de 75 % dans l'activité de caissière et de 30 % dans l'activité de vendeuse en boucherie. L'activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 8 kg, de position assise au-delà de 1 heure, de position debout au-delà de 30 minutes, de postures en porte-à-faux, de mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension lombaires. Il fallait préférer une alternance des positions avec

de petits déplacements et limiter le port de charges. Après comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'assurée ne subissait aucun préjudice, de sorte qu'aucun droit à une rente ne lui était ouvert. L'OAI s'est principalement fondé sur les conclusions du Dr K._____ (cf. rapport d'examen clinique rhumatologique du 14 octobre 2016).

b) La recourante a déposé une deuxième demande de prestations le 16 juillet 2020, en faisant état d'une aggravation de son état de santé. Elle a adressé à l'intimé un rapport du 17 août 2020 de la Dre C._____, dans lequel elle pose les nouveaux diagnostics de dorsalgies sur scoliose dorsale dextro-convexe à large rayon de courbure avec hypercyphose dorsale et séquelles d'ostéochondrose prédominant sur le segment D5-D10, de syndrome somatoforme douloureux, type fibromyalgie, et de trouble de l'adaptation avec état anxiodépressif chronique. La recourante a également adressé un rapport établi le 4 novembre 2020 par le Dr R._____ posant le diagnostic de fibromyalgie.

L'OAI a considéré que les pièces produites n'amènent aucun élément nouveau et ne permettent pas d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante.

Force est de constater que les rapports en question font état d'éléments déjà connus. Bien que le Dr R._____ retienne le diagnostic, nouveau, de fibromyalgie, il faut rappeler que du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Or, alors que les Drs R._____ et C._____ évoquent notamment des douleurs diffuses, dans le cadre de la demande de révision, la Dre C._____ signalait déjà des douleurs aux talons et aux mains, dans son rapport du 26 janvier 2015. Dans les rapports qu'elle a joints à ce dernier, des tendomyogéloses en cascade au niveau du membre inférieur gauche étaient signalés (cf. rapport du 31 mars 2013 du Dr B._____). En 2016 encore, la Dre C._____ observait également un état de fatigue chronique, une nette tendance dépressive en raison des douleurs notamment, des nuchalgies,

des douleurs lombaires basses quotidiennes avec irradiation au niveau du coccyx et du poignet droit, exacerbées par les travaux ménagers notamment (cf. rapport du 10 juin 2016). Ces éléments étaient dès lors connus au moment de l'examen rhumatologique réalisé par le Dr K._____ le 26 septembre 2016, tout comme les problèmes de constipation, de baisse de moral, de perturbation de la qualité du sommeil en raison des retournements, de la présence de raideur matinale, d'irritabilité et d'un sommeil non réparateur (cf. rapports des 15 décembre 2014 de la Dre S._____ et 31 mars 2013 du Dr B._____, joints au rapport du 26 janvier 2015 de la Dre C._____). Ces éléments ont par conséquent été pris en compte dans l'appréciation du Dr K._____. Celui-ci relevait pour sa part que l'assurée peinait à respirer, souffrait de constipation, avait des céphalées frontales et ressentait parfois des fourmillements de toute la main droite et de la jambe droite (rapport d'examen clinique du 14 octobre 2016, page 4/11), dont la Dr C._____ et R._____ a également fait état (cf. rapport du 17 août 2020). En outre, alors qu'un score de 3/18 points était obtenu du test de dépistage des signes d'une fibromyalgie réalisé en septembre 2016, le Dr R._____ indique désormais que la fibromyalgie est positive avec un résultat de 23 points. Il ne détaille toutefois pas précisément quels points seraient réalisés. Il ne se prononce au demeurant pas sur l'effet d'un tel résultat sur la capacité de travail de l'assurée. Il ne constate pas non plus que la fibromyalgie provoquerait de nouvelles limitations fonctionnelles susceptibles de modifier le droit aux prestations de la recourante. La Dre C._____ retient quant à elle une capacité de travail nulle dans toute activité, sans l'objectiver médicalement ni expliquer les nouvelles limitations fonctionnelles qui seraient à l'origine d'une telle incapacité. Les limitations évoquées, soit le port de charges et la station debout ou assise prolongée, sont déjà connues et n'ont donc nullement évolué. Les éléments exposés par les Drs C._____ et R._____ étaient en conséquence déjà présents au cours de l'instruction de la première demande et ont été pris en considération par le Dr K._____.

Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ évoque une souffrance psychique significative (cf. rapport du 4 novembre 2020) tandis

que la Dre C._____ parle d'un état dépressif qui se serait dégradé à la suite du décès de la mère de l'assurée en 2015 (cf. rapport du 17 août 2020). Or, le décès de la mère de la recourante est survenu avant que la précédente décision de refus de prestations ne soit rendue. Un état dépressif était en outre déjà relevé en juin 2016 par la Dre C._____ (cf. rapport du 10 juin 2016), laquelle n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Enfin, l'assurée n'a entamé aucun suivi psychiatrique depuis lors. L'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante n'est donc pas rendue plausible, pas plus qu'une éventuelle aggravation de l'état dépressif précédemment évoqué.

c) En définitive, c'est à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations déposée le 16 juillet 2020 par la recourante.

A toutes fins utiles, on précisera que, quelle que soit l'issue du litige, la requête de cette dernière tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire doit être rejetée, compte tenu du pouvoir d'examen de l'autorité de céans limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. 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 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Eric Muster peut donc prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Dans la liste des opérations du 18 novembre 2021, il a indiqué avoir consacré 10 heures et 6 minutes à la présente procédure, ce qui peut être admis. Il convient d'y rajouter les débours, qui sont fixés forfaitairement à 5 % de la participation aux honoraires du mandataire (art. 11 al. 3 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). L'indemnité de Me Muster doit en conséquence être arrêtée à 2'055 fr. 90, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

**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 10 décembre 2020 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 mis à la charge de X. _____ et provisoirement supporté par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Eric Muster, conseil d'office de X. _____, est arrêtée à 2'055 fr. 90 (deux mille cinquante-cinq francs et nonante centimes), débours et TVA compris.
- VI. 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 et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Muster (pour X. _____),
- 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 :