

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Daniel Peter, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

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. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] en [...], est au bénéfice d'une formation de couturière apprise dans son pays d'origine. Elle est arrivée en Suisse en 2006, où elle n'a jamais exercé d'activité lucrative, s'occupant de son enfant né la même année.

Souffrant d'une surdité neurosensorielle congénitale bilatérale profonde, l'assurée a déposé, en date du 23 octobre 2007, une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par décision du 4 mai 2010, entrée en force, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, motif pris que l'atteinte présentée n'entraînait aucune incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle de couturière.

B. Le 5 octobre 2012, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI, indiquant souffrir de surdité post-méningite depuis l'âge de 18 mois, de troubles musculosquelettiques depuis 2011 et de troubles psychiatriques depuis 2012. Un rapport établi le 15 septembre 2012 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, était joint à cette demande. Le Dr S._____ y faisait état d'un suivi débuté en décembre 2011 et d'une incapacité totale de travail en raison d'un trouble dépressif sévère et d'un trouble de la personnalité de type anxieux.

Après avoir recueilli des rapports médicaux auprès des médecins traitants, et notamment le Dr S._____, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire et l'a confiée au Centre d'expertise W._____. Dans un rapport du 29 octobre 2014, les Drs G._____, spécialiste en médecine interne générale, M._____, spécialiste en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de

surdi-mutité engendrée par une méningite à l'âge de 18 mois, de cervico-brachialgies sur discopathies avec hernie discale C3-C4 médiane et paramédiane droite, et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Sur la base de leur analyse, les experts ont estimé que l'assurée présentait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans son activité habituelle de couturière.

Par décision du 23 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations au motif que l'assurée pouvait exercer à plein temps son activité de couturière, conformément aux conclusions du Centre d'expertise W._____.

L'assurée a contesté cette décision, la déférant devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Statuant par arrêt du 17 février 2016 (cause AI 284/15 - 33/2016), la Cour de céans a admis le recours de l'intéressée, a annulé la décision de l'OAI, lui renvoyant la cause pour mettre en œuvre un complément d'expertise puis rendre une nouvelle décision. L'autorité de recours a retenu que le rapport d'expertise du Centre d'expertise W._____ ne satisfaisait pas à la jurisprudence fédérale en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées.

Reprenant l'instruction, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P à la Clinique J._____ (ci-après : la Clinique J._____). Dans un rapport du 15 mai 2017, les Drs L._____ et D._____, spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de surdité complète neurosensorielle (H90.5), de cervicalgies chroniques (M54.2) et d'uncodiscarthrose C3-C4 (M47.82), avec effet sur la capacité, ainsi que les diagnostics de discopathie L4-L5 (M51.2) et de status après tendinite de De Quervain bilatérale, sans effet sur la capacité de travail. Aucune atteinte psychiatrique n'était retenue ; si les troubles présentés après le divorce avaient certes nécessité un suivi de 2011 à 2014, ils étaient désormais résolus, l'assurée ayant d'elle-même

interrompu tout suivi. Les experts ont estimé que la surdité contredisait des activités nécessitant des contacts ou communications. Dans son ancienne activité de couturière ou de femme de ménage, il n'y avait pas de limitation particulière, tout au plus une diminution de rendement de 20 % liée aux cervicalgies. Des facteurs contextuels – sortant du champ médical – paraissaient à l'origine de l'échec de l'assurée d'initier toute activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse. L'assurée disposait en outre de ressources, comme le démontrait son parcours de vie, ayant pu achever une formation professionnelle dans son pays d'origine et élever seule son fils et s'adresser aux personnes compétentes pour requérir de l'aide malgré son handicap.

Après que l'assurée a interrompu une mesure d'observation professionnelle auprès du Centre Afiro en raison de l'exacerbation de ses douleurs, l'OAI s'est vu remettre un rapport établi le 27 juin 2017 par le Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le Dr T._____ y retenait neuf diagnostics, dont ceux d'exacerbation de cervico-brachialgies bilatérales   prédominance droite dans le cadre d'un syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) bilatéral sur hypertonie de la musculature cervico-scapulaire, de lombo-cruralgies gauches sur syndrome du muscle pyramidal, de syndrome fémoro-patellaire gauche avec possible m niscopathie interne et de tendinopathie du sus-épineux et du long chef du biceps droit avec conflit sous-acromial et probable bursite sous-acromiale en 2017.

Dans un projet de décision du 15 avril 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser de prester.

Soulevant des objections contre ce projet de décision, l'assurée a en substance reproché à l'OAI d'avoir écarté l'avis du Dr T._____ au profit de l'expertise rhumatologique de la Clinique J._____ sans avoir examiné si l'expert avait explicitement rejeté les diagnostics retenus par son médecin. Elle a encore adressé un rapport de ce dernier du 8 mai 2019.

Par décision du 18 décembre 2019, l'OAI a refusé de prester, retenant que l'assurée présentait une capacité de travail et de gain entière dans toute activité avec une diminution de rendement de 20 % en raison de sa surdité [recte : cervicalgies]. Le taux d'invalidité de 28 % obtenu en application de la méthode de comparaison des revenus était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

L'assurée a interjeté un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans un arrêt du 18 septembre 2020, la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI (AI 35/20 - 320/2020). Elle a notamment retenu que l'expertise de la Clinique J. _____ revêtait une pleine valeur probante et que le Dr T. _____ s'était livré à une appréciation différente d'une même situation que celle examinée par l'expert rhumatologue. Le Dr T. _____ s'était basé sur les éléments objectifs et subjectifs identiques à ceux ayant fondé les constatations de l'expert et avait concentré son examen sur le rachis cervical et les membres supérieurs et inférieurs, comme l'avait fait l'expert.

C. Le 6 avril 2021, la Dre X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue B. _____ ont adressé à l'OAI une troisième demande de prestations auprès de l'OAI pour le compte de l'assurée, indiquant quant au genre de l'atteinte une surdité et un trauma complexe existant depuis 2006. La Dre X. _____ et la psychologue B. _____ ont exposé, dans un courrier du 1^{er} avril 2021 joint à la demande, que l'assurée s'était adressée à leur consultation le 15 janvier 2020 en raison de l'accessibilité d'un suivi psychothérapeutique en langue des signes, sans devoir passer par les services d'un traducteur. Par le passé, lors des précédentes évaluations, l'assurée ne maîtrisait pas aussi bien la langue des signes et n'avait pas pu s'exprimer clairement sur son vécu au cours des précédentes expertises. En outre, contrairement à ce qui était indiqué dans l'expertise de 2012, l'assurée souffrait encore de troubles liés à son mariage, respectivement à son divorce prononcé en 2009. Dans un rapport du même jour également joint à la demande, la psychiatre et la psychologue ont posé les diagnostics d'état de stress post-

traumatique (F43.1), de trouble dépressif récurrent (F33) et de trauma complexe. Elles ont fait état des limitations fonctionnelles consécutives au trauma complexe, soit une altération de la régulation des affects, des reviviscences des événements traumatiques, une anxiété généralisée, un repli social, une incapacité à faire confiance, un sentiment de désespoir, une somatisation, des oublis récurrents, des troubles de la concentration, un manque d'autonomie dans la vie quotidienne, un soutien régulier dans de nombreux domaines de sa vie (administratif, rôle parental, soutien émotionnel et social) par une amie fidèle. La capacité de travail était nulle. Elles ont exposé qu'à la suite de la décision de refus de rente du 18 décembre 2019, l'état de santé psychique de l'assurée s'était péjoré, que l'intéressée n'arrivait pas à surmonter cette décision, ne se sentant pas reconnue dans son statut de victime. La pandémie de Covid-19 était également une source d'augmentation massive de l'anxiété généralisée.

Ce rapport a été soumis à la permanence du SMR, lequel a estimé qu'il ne disposait pas d'élément attestant une péjoration de l'état de santé de l'assurée. Il s'agissait plutôt d'une remise en question de la situation générale, à la suite de la décision précédente de refus de rente (compte rendu de la permanence SMR du 27 mai 2021).

Dans un projet de décision du 27 mai 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, l'examen de son dossier n'ayant montré aucun changement.

L'assurée a contesté ce projet de décision. Le 25 juillet 2021, elle a transmis à l'OAI un rapport de sa psychiatre et de sa psychologue traitantes établi le 15 juillet 2021 ainsi qu'un rapport du même jour du Dr T._____, mettant en évidence une péjoration de son état de santé depuis le mois de janvier 2020. Dans leur rapport, la Dre X._____ et la psychologue B._____ ont confirmé leur diagnostic, ajoutant que l'assurée souffrait également de trouble obsessionnel compulsif (F42) en lien avec le nettoyage. Elles ont à nouveau relevé que la présence d'un interprète en langue des signes n'assurait pas une bonne communication entre l'assurée et l'interlocuteur ne maîtrisant pas cette langue, comme

c'était le cas des experts intervenus précédemment. Elles ont indiqué que depuis le 15 janvier 2020, l'assurée présentait un besoin accru en termes de prise en charge de sa santé psychique, ce qu'attestaient son suivi hebdomadaire, sa prescription médicamenteuse, son suivi tant ergothérapeutique qu'en physiothérapie mentale et l'intervention d'une aide à domicile de la part du Centre médico-social. Quant au Dr T._____, il a posé le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial neurovasculaire avec une très haute probabilité, diagnostic qui n'avait pas été recherché et analysé par les experts de la Clinique J._____, ni retenu par le SMR. Compte tenu de ce diagnostic, il a fait état de limitations fonctionnelles, à savoir les activités répétitives avec les membres supérieurs, au-dessus du niveau des épaules ou à bout de bras, port de charges occasionnel au-delà de 3-5 kg, maintien d'une position statique ou en porte-à-faux de la nuque, activité nécessitant des contacts sociaux ou communications, manque global d'endurance. Le Dr T._____ a encore critiqué les incohérences relevées par les experts de la Clinique J._____ et par le SMR.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé que les rapports médicaux produits par l'assurée ne mettaient en évidence aucune modification objective de la situation médicale. Tandis que le Dr T._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux justifiant une modification des limitations fonctionnelles déjà connues, la Dre X._____ fondait quant à elle ses diagnostics sur une interprétation différente d'une anamnèse déjà établie.

Le 10 septembre 2021, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière. Dans un courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur les objections soulevées par l'assurée. Il a indiqué que le SMR avait analysé le rapport du 15 juillet 2021 du psychiatre et considéré que ce rapport n'apportait aucun élément nouveau qui justifierait une modification objective de la situation. Il s'agissait d'une interprétation différente de la situation.

D. Par acte du 11 octobre 2021, F._____, représentée par Procap, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations du 6 avril 2021. Elle a fait valoir qu'elle avait démontré de façon plausible l'aggravation de son état de santé au moyen des rapports produits devant l'intimé.

Par décision du 1^{er} novembre 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire tendant à l'exonération des avances de frais et des frais judiciaires.

Par réponse du 2 décembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par courrier du 13 avril 2022, la recourante a requis l'allocation de dépens.

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. a) Le litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 6

avril 2021, 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, statuant sur son droit aux prestations, à savoir la décision du 18 décembre 2019.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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). 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. En l'espèce, contrairement à ce qu'elle soutient, la recourante ne rend pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force du 18 décembre 2019 - confirmée par arrêt de la Cour de céans du 18 septembre 2020 (AI 35/20 - 320/2020) - qui statuait sur son droit aux prestations en se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique J._____.

Sur le plan somatique, le Dr T._____, dans son rapport du 15 juillet 2021, retient le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial neurovasculaire avec une très haute probabilité et reproche aux précédents experts de ne pas avoir investigué ce diagnostic. Il critique longuement les expertises précédentes et estime qu'une révision devrait être réalisée. Or, la valeur probante de l'expertise de la Clinique J._____, sur laquelle l'OAI fondait sa décision du 18 septembre 2020, a été reconnue par l'autorité de céans au terme d'une analyse détaillée, dans un arrêt du 18 septembre 2020. A cette occasion, la Cour de céans a également examiné en détail les précédents rapports du Dr T._____, relevant à cet égard que ce médecin procédait à une appréciation différente d'un même état de fait, en se fondant sur des observations

identiques à celles de l'expert rhumatologue de la Clinique J._____. Ses appréciations ont donc été écartées au profit du rapport d'expertise de la Clinique J._____. Les critiques que le Dr T._____ émet à nouveau contre cette expertise ne sauraient être suivies et doivent être rejetées. Ce médecin retient une fois encore le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial neurovasculaire, qu'il avait déjà posé dans ses précédents rapports adressés à l'OAI au cours de l'instruction de la précédente demande de prestations. Ce diagnostic étant connu et ayant été écarté par le passé, il ne saurait fonder aujourd'hui une aggravation de l'état de santé. Le Dr T._____ ne retient au demeurant aucune limitation fonctionnelle supplémentaire à l'issue de son analyse, ce qui confirme l'absence d'aggravation. Il évoque encore une exacerbation du syndrome cervico-vertébral, tout en indiquant que le traitement mis en place a fait régresser les cervicalgies, surtout à gauche. Il n'y a donc pas d'atteinte durablement invalidante. Enfin, le Dr T._____ motive cette dégradation par l'absence de reconnaissance de la pathologie de l'intéressée par l'OAI. En ce sens, il semble établir un lien direct entre l'aggravation supposée de l'état de santé et la décision de refus de rente rendue par l'intimé. Or, le Tribunal fédéral estime qu'une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante, d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). L'appréciation du Dr T._____ ne rend plausible aucune aggravation.

Sur le plan psychique, la Dre X._____ et la psychologue B._____ retiennent, dans leur rapport joint à leur courrier du 1^{er} avril 2021, les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, de trauma complexe et de troubles obsessionnels compulsifs, sans toutefois les étayer. En particulier, elles se contentent de poser ce dernier diagnostic, sans l'objectiver médicalement ni dire en quoi il serait invalidant. Elles ne précisent au demeurant pas le traumatisme qui serait à l'origine du stress post-traumatique. Dans ces circonstances, l'on ne peut que supposer qu'il s'agit des violences subies de la part de son ex-mari. Or, ces circonstances sont connues, tout comme les différents traumatismes vécus par l'assurée dans sa jeunesse. Elles ont été

analysées en détail par les experts de la Clinique J._____. L'expert psychiatre de la Clinique J._____ a au demeurant expressément exclu tout trouble anxieux constitué ou du registre post-traumatique, n'observant aucun élément orientant vers ce type de pathologie (expertise de la Clinique J._____, expertise psychiatrique du 3 mai 2017, p. 6). Au cours des entretiens avec les experts de la Clinique J._____, la recourante avait de surcroît indiqué ne pas ressentir le besoin d'avoir recours à une prise en charge spécialisée et estimait avoir pu verbaliser ce qu'elle souhaitait concernant sa vie conjugale auprès du Dr S._____, son psychiatre traitant de 2011 à 2014. Ce diagnostic, posé plus de 10 ans après les faits et sans qu'aucun psychiatre, même traitant, ne l'ait retenu auparavant, n'est pas rendu plausible. On précisera à toutes fins utiles que la barrière de la langue ne saurait être un argument convaincant pour justifier que ce diagnostic ne soit posé qu'aujourd'hui, dès lors que l'assurée s'exprimait déjà en langue des signes avec le Dr S._____. Quant au diagnostic de trouble dépressif, celui-ci a été écarté par les experts de la Clinique J._____, alors même que le Dr S._____, psychiatre traitant, l'avait retenu. En l'état, la psychiatre et la psychologue traitantes ne font pas état d'éléments nouveaux permettant de retenir ce diagnostic, se fondant sur une anamnèse comparable à celle établie lors des différentes expertises, si ce n'est que l'état psychique de l'assurée se serait dégradé en décembre 2019 à la suite de la décision de refus de rente. Or, comme indiqué précédemment, une décompensation passagère à réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante. Il en va de même des angoisses générées par la pandémie de Covid-19 au début de l'année 2020, en ce sens qu'il s'agit également d'une situation temporaire. Les critiques soulevées à l'encontre du rapport d'expertise de la Clinique J._____ ne sauraient être suivies, pour les mêmes motifs que ceux exposés ci-avant. Au final, la Dre X._____ et la psychologue B._____ n'apportent pas d'éléments nouveaux rendant plausible une aggravation de la situation, et se livrent à une appréciation différente d'un même état de fait.

En définitive, les rapports médicaux produits par la recourante après le dépôt de sa nouvelle demande du 6 avril 2021 ne rendent pas

plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. C'est donc à bon droit que l'intimé n'est pas entré en matière sur cette demande de prestations.

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, qui succombe.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant 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). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F._____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour F._____),
- 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 :