

VD_GERICHTE ZD15.039141 vom 21. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.039141

FR: VD_GERICHTE ZD15.039141 du 21 février 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.039141 del 21 febbraio 2017

Erwägungen

E. 19

novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

- 22 - 7. En l'espèce, dans un moyen d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que les décisions rendues le 22 juillet 2015, respectivement le 9 septembre 2015, ne permettent pas de comprendre les calculs auxquels a procédé l'intimé, ainsi que les raisons l'ayant conduit à « rejeter » les pièces médicales « prouvant » l'absence d'amélioration de son état de santé, voire sa péjoration, depuis 2012. Or l'invocation de l'art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101], soit le défaut de motivation tiré du droit d'être entendu, n'est d'aucune utilité à la recourante dès lors que cette disposition constitutionnelle vise à sanctionner l'absence de motivation (cf. ATF 129 I 232 consid. 3.2 ; TF 9C_6/2016 du 20 septembre 2016 consid. 5.5) et non le caractère non convaincant d'une argumentation existante. Or en l'occurrence, les décisions attaquées comportent les éléments de calcul sur lesquels s'est fondée la caisse de compensation compétente pour calculer le droit à la rente ; elles comportent également une motivation sous l'angle médical. Les décisions attaquées permettent ainsi de comprendre les motifs ayant conduit l'intimé à fonder sa décision, de manière à ce que la recourante puisse se rendre compte de leur portée et les attaquer en connaissance de cause. La recourante paraît au demeurant plutôt, sous couvert d'une violation du droit d'être entendue, reprocher à l'intimé d'avoir fait preuve d'arbitraire dans la constatation des faits et l'appréciation des preuves, de sorte que les griefs seront examinés sous cet angle. 8. La recourante présente une atteinte au niveau de la hanche gauche sous forme de luxation congénitale haute depuis sa naissance. C'est cette atteinte qui a conduit au dépôt de la demande le 26 juillet 2010. L'assurée invoque également une problématique psychique, soit notamment un trouble dépressif récurrent, une anxiété généralisée avec crises de panique paroxystiques, un syndrome d'algies

céphaliques, des modifications durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique et une labilité émotionnelle organique. Elle est d'avis dans ces

- 23 - conditions que rien ne permet de retenir une capacité de gain et de travail de 80 % et qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. a) Sur le plan somatique, la recourante a bénéficié en 1999 de la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche, avec révision en 2001 [de la PTH], et, en 2002, d'un changement du polyéthylène et de la tête céramique de cette prothèse. Le 13 octobre 2011, elle a en outre dû subir un changement du couple de friction de ladite prothèse dans le cadre de luxations multiples. Cela étant, et quoi qu'en dise la recourante, elle ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que c'est une rente entière qui aurait dû lui être servie à compter du 1er janvier 2011 déjà. Il est en effet constant que lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations, le 26 juillet 2010, elle était en mesure d'exercer son activité habituelle à 50 %. Le Dr X. _____ lui-même l'a relevé, en précisant toutefois qu'en raison de l'atteinte, il conviendrait de privilégier un travail en position assise (cf. rapport du 27 août 2010). Le Dr X. _____ a certes indiqué le 12 octobre 2010 que la patiente avait mal dans son activité de [...]; il a toutefois derechef confirmé le taux de 50 % dans cette activité, respectivement de 100 % dans une activité adaptée. Ce n'est qu'à l'été 2011 que les douleurs se sont péjorées et que l'indication opératoire a été donnée (cf. notamment rapport du Dr X. _____ du 21 juin 2011 et rapport du 11 octobre 2011 de la Dresse J. _____). Ainsi, en retenant une incapacité de travail totale à compter du mois de juillet 2011, les Drs K. _____ et U. _____ du SMR ont fait une appréciation du cas qui ne s'inscrit pas en contradiction avec les éléments médicaux au dossier. C'est le lieu de relever que leur rapport d'examen bidisciplinaire, établi en pleine connaissance du dossier, résumant l'anamnèse et les plaintes de la recourante, et établissant de façon claire et cohérente l'évolution de la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, répond aux réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra).

- 24 - Les médecins du SMR, sans être contredits, ont constaté qu'à compter du mois de juillet 2011, l'incapacité de travail avait été totale dans toute activité, en premier lieu en raison de la péjoration de l'atteinte, puis du fait de l'opération de la hanche gauche intervenue le 13 octobre 2011. Toutefois, dès le mois de mars 2012, la recourante a été en mesure de reprendre son activité, certes à un taux de 18 %. C'est donc cette date qui a été retenue par les Drs K. _____ et U. _____ pour fixer l'amélioration, soit cinq mois après l'opération. Il est vrai que la recourante affirme ne pouvoir travailler à un taux plus élevé dans son activité, et fait même valoir qu'elle a dû réduire son taux à 8.93 %, produisant un contrat régissant les rapports de travail à compter du 1er avril 2015 faisant état de ce taux. Or il résulte d'une note d'entretien du 29 avril 2015 que la recourante a baissé de son propre chef son taux d'activité à compter du 1er avril 2015, et non pas sur recommandation médicale. Quoi qu'il en soit, les médecins du SMR s'accordent à dire que l'activité habituelle d'employée au [...] n'est exigible qu'à un taux de 18 % et que dans une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle se monte à 80 %. Aucun élément au dossier ne permet de s'écarter de cette appréciation. En particulier, l'avis de la Dresse E. _____ du 24 août 2015 n'est pas de nature à modifier l'évaluation faite par les médecins du SMR. On rappellera que cette dernière indique en particulier que sa patiente constate une péjoration des douleurs à la station debout prolongée (trente minutes). Or c'est justement pour éviter les douleurs à la station debout après trente minutes telles que mentionnées par

ce médecin que les Drs K. _____ et U. _____ ont retenu que les limitations fonctionnelles de la recourante exigeaient qu'elle puisse alterner trois fois par heure sa position et qu'elle ne reste pas en position debout plus de trente minutes. Une activité respectant ces limitations doit par conséquent éviter l'apparition des douleurs décrites par la Dresse E. _____. Au surplus, ce médecin ne fait pas état d'aggravations somatiques depuis l'examen clinique du SMR du 19 mars 2014. Enfin, elle n'explique pas les raisons pour lesquelles elle s'écarte du taux d'activité retenu par les Drs K. _____ et U. _____ s'agissant de l'activité adaptée. Quant au rapport du DrL. _____ du 11 septembre 2015, dans lequel ce médecin retient une

- 25 - capacité de travail de 10 % dans l'activité habituelle et de 30 à 50 % après une prise en charge holistique, il n'est pas non plus de nature à mettre en doute les conclusions des médecins du SMR. En effet, le DrL. _____ n'explique pas pour quelle raison il retient un autre taux d'activité que celui déterminé par les Drs K. _____ et U. _____, se contentant de substituer sa propre opinion à celle des médecins du SMR. Au demeurant, les amplitudes de mobilisation des hanches se soient améliorées depuis l'examen du SMR de 2014, ainsi que le relèvent les Drs Z. _____ et H. _____ dans leur avis médical du 27 octobre 2015. Ainsi, sur le plan somatique, on doit constater que l'état de santé de la recourante est globalement stable depuis l'examen du SMR de 2014 et que l'appréciation des Drs K. _____ et U. _____ tient compte des limitations fonctionnelles de l'intéressée. Il n'y dès lors pas lieu de s'en écarter. b) Sur le plan psychique, la recourante a initié un suivi le 10 janvier 2012. Il n'est pas contesté que c'est dans le cadre de la pathologie somatique que l'intéressée a développé une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, laquelle a conduit au suivi précité. La Dresse W. _____ explique à cet égard que l'évolution de sa patiente au niveau psychologique reste intimement liée à l'évolution au niveau de sa santé physique, précisant que la physiothérapie et la médication ont permis de stabiliser le cas (cf. rapport de ce médecin du 21 mai 2012). Les Drs K. _____ et U. _____ relèvent quant à eux que l'amélioration de l'état de santé est également attestée par la recourante, laquelle a pu reprendre son activité en mars 2012 à un taux de 18 %. Ils considèrent que la capacité de travail de la recourante sur le plan psychiatrique est de 100 %, à tout le moins depuis le mois de mars 2012. Fondée sur l'appréciation de sa psychiatre traitante, la recourante conteste les conclusions des médecins du SMR, invoquant une péjoration de son état de santé. Les divers rapports de la Dresse W. _____ ne permettent toutefois pas de remettre en question l'avis des Drs K. _____ et U. _____. En particulier, dans le rapport du 28 août

- 26 - 2015 produit dans le cadre du recours, la psychiatre traitante admet elle-même que la situation de sa patiente a peu évolué ces dernières années. Certes, si le status psychiatrique tel qu'il est décrit par ce médecin s'écarte de celui établi par les médecins du SMR en 2014, il est toutefois globalement similaire à celui que la psychiatre évoquait déjà en 2012 (cf. son rapport du 21 mai 2012). En particulier, les problèmes d'anxiété, d'anhédonie ou de troubles du sommeil étaient déjà mentionnés en 2012, la Dresse W. _____ posant alors les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de modifications durables de la personnalité liées à un syndrome algique chronique et de trouble anxieux. Or cette appréciation a été dûment prise en considération par les Drs K. _____ et U. _____, qui expliquent de manière claire et convaincante pour quelles raisons ils s'en écartent. Ils détaillent en particulier les causes qui les ont amenés à exclure un trouble de la personnalité et une modification de la personnalité, précisant qu'ils n'objectivent pas non plus de symptômes

en faveur d'un trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique. Ils constatant au surplus que la recourante une assurée équilibrée et dynamique, et qu'elle possède de très bonnes ressources d'adaptation aux changements (cf. rapport du 2 mai 2014 pp. 8 et 13). Ces médecins estiment dès lors que tant le diagnostic d'épisode dépressif que celui de trouble anxieux sont en rémission et qu'ils n'ont aucune incidence sur la capacité de travail de la recourante. Dans ces conditions, les Drs K._____ et U._____ sont d'avis qu'avec un traitement de psychothérapie de soutien accompagné d'un traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, l'état de santé de la recourante s'est progressivement amélioré, en tout cas depuis le mois de mars 2012, et que sa capacité de travail est entière dans toute activité sur le plan psychique. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de leurs conclusions. 9. La recourante conteste également le calcul du taux d'invalidité tel qu'effectué par l'OAI. a) En premier lieu, on rappellera que pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui, comme c'est le cas de la recourante, pourraient exercer une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu

- 27 - obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). b) En l'occurrence, dans le cadre des décisions attaquées, l'intimé a appliqué la méthode de comparaison des revenus, se référant aux chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de 2010, pour déterminer le revenu avec invalidité. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut en effet être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2). Dans le cas particulier, l'OAI a retenu un salaire mensuel de 4'225 fr., part du treizième salaire incluse, correspondant au salaire de référence auquel les femmes peuvent prétendre pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) selon les chiffres de l'ESS pour l'année 2010. Ce type d'activité est conforme aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins (cf. notamment consid. 8 supra). On relèvera au surplus qu'il convient effectivement de tenir compte d'un horaire de travail de 41.7 heures par semaine, soit la durée moyenne hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2012 (Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel 2016), et non pas d'un chiffre de 40 heures tel que pris en considération par l'ESS. Indexé à l'année 2012 (taux d'indexation

- 28 - de 1 % en 2011 et de 0.8 % en 2012 selon La Vie économique, 11-2013, tableau B 10.2), le revenu annuel de 53'810 fr. 36 retenu par l'OAI n'est pas critiquable. Dès lors que la recourante est en mesure, depuis le mois de mars 2012, d'exercer une activité adaptée au taux de 80 %, on obtient un revenu annuel d'invalidité de 43'048 fr. 29. c) Pour ce qui est du revenu sans invalidité, celui-ci doit être déterminé en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment

déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les chiffres déclarés par l'employeur dans le questionnaire du 18 août 2010, soit un salaire à 100 % de 55'559 francs. Indexé à l'année 2012, le revenu annuel sans invalidité de 56'563 fr. 60 retenu par l'OAI ne prête pas le flanc à la critique. Comparé au revenu avec invalidité, le préjudice économique se monte à 13'515 fr. 21, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 23.89 % ($13'515.21 \times 100 : 56'563.50$). d) Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité retenu par l'intimé n'est pas critiquable. Celui-ci étant inférieur à 40 %, il n'ouvre pas le droit à une rente. Les griefs de la recourante à cet égard sont par conséquent mal fondés. 10. La recourante conteste également le calcul de la rente tel que réalisé par la caisse fédérale de compensation, repris par l'OAI. a) Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et - 29 - survivants ; RS 831.10) – en particulier les art. 29bis ss – sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité. b) En vertu de l'art. 29bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1er janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29ter al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29ter al. 2 let. a LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.101]). En l'espèce, l'année de naissance de la recourante est 1973. Lors de la survenance du cas d'assurance, en 2009, la durée de cotisations de la classe d'âge était de quinze ans pour la rente complète de l'échelle 44 (cf. Tableau « Table des classes d'âge », édité par l'Office fédéral des assurances sociales, ligne 1973, colonne 2009). S'agissant de la durée effective des cotisations, la période déterminante pour le calcul de la rente commence le 1er janvier 1994, soit le 1er janvier qui suit la date où la recourante a eu 20 ans révolus, et se termine le 31 décembre 2008, soit le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. Or il s'avère que l'intéressée n'a cotisé que durant neuf ans au cours de cette période. L'échelle de rente applicable est donc l'échelle 27 (cf. Tableau « Indicateur d'échelles », édité par l'Office fédéral des assurances sociales, ligne 9, colonne 15). c) Selon l'art. 29quater LAVS, la rente est également calculée en fonction du revenu annuel moyen (ci-après : RAM). Celui-ci se compose notamment des revenus de l'activité lucrative (art. 29quater let. a LAVS), sur

- 30 - lesquels des cotisations ont été versées (art. 29quinquies al. 1 LAVS). Il est établi pour chaque assuré tenu de payer des cotisations des comptes individuels où sont portées les indications nécessaires au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral règle les détails (art. 30ter al. 1 LAVS). En l'occurrence, l'extrait de compte individuel (ci-après : CI) de la recourante indique que pour la période déterminante, ses revenus se sont montés à 51'889 francs. Contrairement à ce que soutient l'assurée, on ne voit pas en quoi le fait qu'elle

travaille à 9 % modifierait ce chiffre, lequel ressort expressément du CI. De même, le fait que l'intéressée soit séparée de son conjoint depuis le 22 janvier 2015 n'est pas décisif dans la prise en compte du revenu déterminant. En effet, la répartition des revenus réalisés pendant les années civiles de mariage est effectuée lorsque les deux conjoints ont droit à la rente (art. 29quinquies al. 3 let. a LAVS) ou lorsqu'une veuve ou un veuf a droit à une rente de vieillesse (art. 29quinquies al. 3 let. b LAVS), ou encore lorsque le mariage est dissous par le divorce (art. 29quinquies al. 3 let. c LAVS). Or aucune de ces hypothèses n'est réalisée dans le cas de la recourante, cette dernière étant certes séparée, mais pas encore divorcée. La somme des revenus de l'activité lucrative doit ensuite être revalorisée en fonction de l'indice des rentes prévu à l'art. 33ter LAVS. L'Office fédéral des assurances sociales fixe chaque année les facteurs de revalorisation de la somme des revenus provenant de l'activité lucrative (art. 30 al. 1 LAVS et art. 51bis al. 1 RAVS). Pour déterminer les facteurs de revalorisation, on divise l'indice des rentes selon l'art. 33ter al. 2 LAVS par la moyenne – pondérée par le facteur 1,1 – des indices des salaires de toutes les années civiles inscrites depuis la première inscription dans le compte individuel de l'assuré jusqu'à l'année précédant la survenance du cas d'assurance (art. 51bis al. 2 RAVS). En l'espèce, selon la table établie par l'Office fédéral des assurances sociales, le facteur de revalorisation pour l'année 2009 est de 1.000. Le montant des revenus demeure ainsi à 51'889 fr. ($51'889 \times 1.000$).

- 31 - Le revenu doit ensuite être divisé par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS), soit neuf ans pour la recourante, de telle sorte que la moyenne de revenu se monte à 5'765 fr. ($51'889 \text{ fr.} : 9$). d) Il convient en outre de tenir compte des bonifications pour tâches éducatives, étant précisé que la recourante n'a pas effectué de tâches d'assistance. Les bonifications éducatives sont attribuées pour les années durant lesquelles une personne avait des enfants âgés de moins de seize ans alors qu'elle était assurée. Il y a toujours lieu de prendre en compte des années entières d'éducation. Aucune bonification n'est ainsi octroyée pour l'année de la naissance du droit à la bonification pour tâches éducatives (art. 52f al. 1 RAVS). Lorsque les parents sont mariés, la bonification pour tâches éducatives est partagée par moitié durant les années civiles de mariage commun. Le montant de telles bonifications correspond au triple de la rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance (art. 29sexies al. 2 LAVS). La moyenne des bonifications pour tâches éducatives résulte de la division des bonifications pour tâches éducatives à prendre en compte, par la durée de cotisations déterminante pour le calcul de la moyenne des revenus de l'activité lucrative. Dans le cas présent, les bonifications pour tâches éducatives ont été prises en compte depuis 2001, soit l'année après la naissance du premier enfant en 2000, jusqu'à 2008, soit huit bonifications. La rente de vieillesse annuelle minimale au moment de la survenance du cas d'assurance, c'est-à-dire en 2009, s'élevant à 1'140 fr. (Table des rentes 2009, échelle 44), le montant à retenir est effectivement 18'240 fr. ($[1'140 \times 3 \times 12 \times 8 \text{ (nombre de bonifications)}] : 9$ (durée des cotisations déterminantes pour le calcul de la moyenne des revenus de l'activité lucrative) : 2).

- 32 - e) Le RAM déterminant se monte dès lors à 24'005 fr., soit 5'765 fr. (moyenne du revenu) + 18'240 (bonifications pour tâches éducatives). Arrondi à 25'056 fr. selon l'échelle 27 du Tableau « Rente partielles mensuelles », dans sa version de 2011, ce montant correspond effectivement à une demi-rente d'invalidité de 430 fr. par mois et à une rente pour enfant de 172 fr. par mois, soit une rente entière de 860 fr. et une rente pour enfant de 344 fr., soit précisément les montants qui figurent dans les décisions contestées. f) Au vu de

ce qui précède, le calcul de l'intimé ne prête ainsi pas le flanc à la critique. 11. a) Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de nouveaux examens médicaux ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 6b). b) En conséquence, le recours doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées. 12. a) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que cette dernière a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. b) Il n'y a, au demeurant, pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

- 33 - c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Damond, qui n'est intervenu que tardivement dans la procédure en remplacement de Me Alessandro Brenchi, lequel a d'ores et déjà été indemnisé, a chiffré à 1 heure et 45 centièmes le temps consacré à ce dossier. C'est ainsi un montant de 261 fr. (1.45 x tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus la TVA à 8 %, d'un montant de 20 fr. 88, soit 281 fr. 88 au total. L'avocat d'office a également droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 2 fr. 90, TVA à 8 % en sus, soit 0.23 fr., qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 285 francs. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

- 34 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.