

VD_GERICHTE ZD19.040761 vom 15. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.040761

FR: VD_GERICHTE ZD19.040761 du 15 septembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.040761 del 15 settembre 2020

Erwägungen

E. 15

septembre 2020 au cours de laquelle la recourante a été entendue. A cette occasion, la recourante a également produit une nouvelle ordonnance de médicaments. E n d r o i t :

- 42 - 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, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 LPGA) 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 droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 43 - L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. (art. 17 al. 2 LPGA).

Lorsqu'un assuré dépose une demande de révision, il doit établir de façon plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

- 44 - b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

- 45 - Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 6. a) Il ressort de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) du 26 janvier 2016 du Prof V. _____ et de la Dre P. _____, avec le consilium rhumatologique du Dr B.W. _____ et le consilium psychiatrique du 22 janvier 2016 du Dr B. _____ que la recourante a bénéficié d'une

résection du coccyx en septembre 2009. Après cette opération, elle a toujours souffert d'importantes douleurs, désormais permanentes, avec des irradiations au bassin. Comme ces douleurs persistent, elle a eu des infiltrations du nerf honteux, qui ont eu un bon résultat initial de quelques heures suivi pourtant par une aggravation. Par la suite, l'assurée a subi une neurolyse du nerf honteux droit avec une amélioration des douleurs dans les suites opératoires puis, à nouveau, une nouvelle péjoration après deux ou trois mois. Un neurostimulateur sacré bilatéral a été définitivement implanté en avril 2013 avec une amélioration des douleurs, mais sans que la médication algique ait pu être diminuée. La recourante continue de présenter des douleurs des fesses et des irradiations dans le bassin, jusque dans le vagin et l'anus. Ces douleurs s'améliorent par moments à la programmation du neurostimulateur. Elle rapporte cependant une fatigue liée à sa médication ainsi qu'à ses douleurs. Au moment de l'expertise, l'assurée prenait les médicaments suivants : Citalopram® 20 mg 1-0-0, Dafalgan® (agent actif : paracétamol®) 1g 1-1-1- et en réserve, Irfen retard® 800 mg 1-0-0 et en réserve, Ceraset®, Lyrica® (agent actif : prégabaline) 75 mg 2/j et 150 mg 1/j, Mydocalm® (en fait : Mydocalm, agent actif : Tolperison) 150 mg 1-1-1, Symfona forte®, Pantoprazol, Librax®, Iberogast®, Vesicare® et Ulcar®. L'examen neurologique est décrit comme normal : la recourante ne présente pas de parésie ni niveau sensitif, notamment sur les fesses et le périnée. La sensibilité est conservée dans toutes ses modalités. Il n'y a

- 46 - pas d'hyperalgésie ni d'allodynie. Le tonus axial est conservé, aucun trouble sensitivomoteur au niveau des membres n'est retrouvé. Le Prof. V. _____ et la Dre P. _____ retiennent comme diagnostic un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne. Pour sa part, le Dr B.W. _____ relève que les douleurs n'ont jamais cédé depuis l'accident malgré de multiples interventions, résection du coccyx, pose de stimulateurs, intervention sur le nerf honteux droit. La douleur est décrite comme continue, présente jour et nuit, exacerbée le soir par la position assise et la position couchée sur le dos. Cet expert retient quant à lui comme diagnostic des sacralgies chroniques post traumatiques d'origine indéterminée et l'absence d'arguments pour une spondylarthropathie. Enfin, l'expert psychiatre, le Dr B. _____, considère que l'anamnèse et le tableau clinique [actuel] correspondent au diagnostic d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, comme défini par la CIM-10 (F45.41). Il explique que, sans comorbidité psychiatrique, ce trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques ne s'accompagne pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie chez une expertisée qui garde des relations proches et stables avec sa famille et ses amis. Malgré une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, elle mène une vie autonome et assume son rôle de mère, tout en cherchant une solution pour ses problèmes sociaux, avec par exemple l'idée de reprendre une activité adaptée à ses douleurs. Ainsi, sa vie sociale et ses activités quotidiennes témoignent de ses ressources personnelles, lui permettant d'affronter ses plaintes, par exemple concernant une fatigue, qui ne se manifeste pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, comme décrit dans l'anamnèse. En l'absence de traitement psychiatrique et psychothérapeutique après l'accident en janvier 2009, il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art des aspects somatoformes de ses plaintes. Sans signe d'épuisement psychique, la recourante continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et les taux sanguins des antidouleurs laissent planer des doutes quant à sa mise à contribution des options thérapeutiques ainsi que le poids effectif des souffrances. En conséquence, le trouble douloureux chronique avec

facteurs somatiques et psychiques de la

- 47 - recourante n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, l'effort à surmonter les symptômes non expliqués par un processus physiologique reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à 100 %, au plan psychique. En définitive, selon les experts s'exprimant dans l'appréciation globale du cas de la recourante, l'atteinte ne reposerait pas sur un substrat organique. Au vu de l'absence de déficits neurologiques, du caractère intermittent des douleurs, de l'adhérence discutable à la prise des traitements médicamenteux (les taux sériques de quelques-uns des antalgiques ont été trouvés au plus bas, dont le paracétamol et l'ibuprofène ; cf. consilium du Dr B. _____), du potentiel thérapeutique favorable d'une prise en charge psychothérapeutique, de l'absence de maladie rhumatologique sous-jacente (cf. consilium rhumatologique rappelé ci-après), avec la survenue de symptômes non expliqués entièrement par un processus physiologique dans un contexte de stress psychosocial, les experts concluent à une pleine capacité de travail de la recourante dans des activités ciblées où l'assurée pourrait changer régulièrement de position. b) Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a supprimé avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision la demi-rente servie à l'assurée depuis le 1er mai 2011 en raison de douleurs chroniques suite à un traumatisme du coccyx suivi de plusieurs opérations. A l'époque, l'instruction de la cause démontrait que l'intéressée présentait une capacité de travail de 0 % du 4 janvier 2009 au 6 janvier 2009, de 60 % du 7 janvier 2009 au 19 mai 2009, de 50 % du 20 mai 2009 au 10 novembre 2010, de 0 % du 11 novembre 2010 au 30 janvier 2011 et, pour finir, de 50 % à compter du 31 janvier 2011. En l'occurrence, dans le contexte de la procédure de révision requise par l'assurée en décembre 2013, une expertise neurologique et de médecine interne a été réalisée par le R. _____ (R. _____), lequel a rendu son rapport en date du 23 mars 2018. Sur le plan interdisciplinaire, les experts concluent à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un emploi limitant la station

- 48 - assise permanente à moins d'une heure et évitant la montée sur des échelles ou toutes activités équivalentes ainsi que la conduite de machines. L'activité habituelle d'opératrice est considérée comme une activité adaptée, sous réserve de la possibilité d'alternance de la position assise chaque heure. Les conclusions des experts R. _____ confirment pleinement l'expertise de 2016, en retenant une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, soit permettant l'alternance des positions chaque heure, comme c'est le cas dans l'activité habituelle d'opératrice exercée par la recourante. La recourante conteste la valeur probante des expertises au dossier, soutenant qu'elles contiennent des contradictions intrinsèques et que leurs conclusions relatives à la non organicité de ses symptômes (douleurs) et à sa capacité de travail résiduelle sont contredites par les appréciations médicales des spécialistes qu'elle a consultés. Elle se réfère ce faisant aux avis médicaux qu'elle a produits devant l'OAI comme devant l'autorité de céans, soit le rapport du 12 octobre 2018 de son nouveau médecin traitant, la Dre A. _____, le rapport établi le 22 octobre 2018 par le Prof S. _____, le rapport établi le 5 avril 2019 à l'attention de Me Duc par le Dr E. _____, le rapport établi le 3 octobre par le Prof X. _____ ainsi que le rapport établi le 22 juillet 2019 par le Dr J. _____. Dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assurée, le SMR a observé qu'aucun rapport médical faisant état d'éléments médicaux objectivement vérifiables permettant de s'écarter des conclusions exposées ci-avant n'avait été produit (cf. avis SMR du 10 juillet 2019). A la suite des nombreux

rapports médicaux au dossier, il a constaté que, sur le plan neurologique et de médecine interne, aucun élément clinique objectivable ne permettait d'expliquer les douleurs ressenties par l'assurée. Face à un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, seule la répercussion estimée des douleurs sur la capacité de travail était différente. Ces atteintes devaient être évaluées conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles sans substrat organique. Les experts consultés ont estimé à cet égard qu'un effort de

- 49 - volonté de la part de la recourante était exigible pour surmonter ses douleurs. c) On constate en effet que, dans son rapport du 22 octobre 2018, le Prof S. _____ ne fait que rapporter une neurotomie par radiofréquence, sans pour autant retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce traitement serait propre à améliorer l'état de santé de sa patiente en augmentant sensiblement sa capacité de travail (arrêt du TF 8C_202/2017 du 21 février 2018, consid. 3). Il ne saurait donc remettre en cause les conclusions dûment motivées par les experts à ce propos. Au surplus, la Cour de céans relève que l'avis médical de la Dre A. _____, qui soutient que les douleurs de la recourante sont facilement objectivables en procédant à l'anesthésie de la partie sacrée où les nerfs ont été coupés lors de la coccygectomie, ne constitue qu'une hypothèse, qui n'a au demeurant pas été confirmée par le Dr E. _____, alors que l'OAI avait mandaté ce spécialiste du traitement de la douleur pour examiner ce point. Ce dernier médecin, tout comme le Dr J. _____, lui aussi spécialiste du traitement de la douleur (dont on ne sait pas s'il a personnellement examiné la recourante puisqu'il ne fait que répondre aux questions posées par le conseil de l'assurée et ne rapporte pas une date de consultation), ainsi que le Prof X. _____ dans une certaine mesure, se contentent d'indiquer que les douleurs ne sont objectivables que par l'hyperalgésie qu'ils ont constatée chez la recourante. Si, d'un point de vue médical, on peut comprendre que pour les spécialistes de la douleur, les plaintes de l'assurée suffisent pour admettre la réalité des souffrances exprimées, il n'en demeure pas moins que, faute d'autre élément diagnostique permettant d'objectiver ces symptômes (examens radiographiques par exemple), les douleurs décrites ne peuvent pas, d'un point de vue assécurologique, être considérées comme invalidantes au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et conduire à l'octroi de prestations (cf. TF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Les conséquences que ces spécialistes tirent des réponses données par la recourante au questionnaire DN4 ne sauraient elles non plus être

- 50 - retenues, dès lors qu'elles constituent un élément subjectif et non pas objectif. Au vu de ce qui précède, il ressort du dossier médical que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par la recourante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; TFA arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Il s'ensuit que la cause a été suffisamment instruite sur le plan neurologique et de la médecine interne, la hernie discale étant postérieure à la décision litigieuse. 7. a) A l'appui de son mémoire, la recourante a transmis de nouvelles pièces médicales. Il s'agit des rapports du Dr J. _____

de la Clinique de la douleur à [...] et du Prof X. _____, datés respectivement du 22 juillet 2019, et du 3 octobre 2018. Ces documents ont été soumis pour appréciation au SMR qui s'est prononcé dans un avis du 7 octobre 2019. Ce service observe que, par rapport au travail du Dr G. _____, expert neurologue du R. _____, la situation décrite est la même sans aucun élément contradictoire clinique. Aucun nouvel élément clinique objectivable n'est apparu depuis l'expertise du Dr G. _____ de 2018, qui a fondé la décision litigieuse et aucun diagnostic étiologique des douleurs n'est posé par aucun des trois médecins en dehors du traumatisme initial et de l'acte chirurgical de 2010. Le SMR admet que, face à ce constat d'un tableau hyperalgique sans support organique objectif, seule la répercussion sur la capacité de travail est différente d'un spécialiste à l'autre. Il ajoute néanmoins qu'il lui semble regrettable qu'il n'ait pas été répondu à la question de savoir si le traitement antalgique et sa posologie

- 51 - étaient réellement adaptés et quel était son impact sur la capacité de travail finale de la recourante (asthénie). De plus, il est soulevé qu'il aurait été souhaitable de procéder à une évaluation psychiatrique, compte tenu notamment de l'état psychique décrit par le Prof X. _____ en 2018. On relèvera à cet égard que, contrairement à ce que constate le SMR, les experts du R. _____ n'avaient pas retenu que l'asthénie pouvait limiter la capacité de travail de l'assurée. Par rapport à la décision sur opposition de la CNA du 11 mai 2017, il semble que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé courant 2018. En effet, l'expertise du M. _____ de 2016 relevait certes que la recourante présentait une fatigue, mais celle-ci n'était pas présente dans tous les aspects de la vie alors qu'en 2018 les experts du R. _____ relevaient une asthénie dorénavant permanente qui impose des siestes régulières. L'expertise du M. _____ soulignait également une mauvaise compliance à certains médicaments antalgiques. A la fin de l'année 2018 et au mois de juillet 2019, tant le Prof X. _____ que le Dr J. _____ proposaient une adaptation au mieux de la thérapie médicale (perfusion intraveineuse de Lidocaïne ou de Kétamine et hypnose). Les parties convenant d'examiner si le traitement antalgique et sa posologie (s'agissant notamment du Lyrica 300 mg) peuvent être adaptés ainsi que les conséquences de l'asthénie permanente sur la capacité de travail de la recourante, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et addictologique. De plus, l'état psychique de l'assurée semble s'être aggravé depuis l'expertise du Dr B. _____ en 2016. En effet, le Prof X. _____ note en octobre 2018 pour la première fois un discours de volonté d'en finir ainsi qu'une patiente désespérée et dépressive. Le 9 septembre 2020, la Dre A. _____ atteste également une aggravation de l'état anxio-dépressif. Il s'ensuit que la cause doit également être renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

- 52 - procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est également possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément (ATF 137 V 210 consid.

4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'occurrence, la situation médicale de la recourante n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, pharmacologique et addictologique. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par l'assurée. 8. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) L'art. 61 let. g LPGA prévoit que le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. ba) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

- 53 - assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Selon l'art. 69 al. 1bis deuxième phrase LAI, le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. bb) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. c) Il est toutefois nécessaire, dans le cas d'espèce, de rappeler les règles régissant l'assistance judiciaire. Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat [et de 110 fr.

- 54 - pour un avocat-stagiaire] (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, par décision du juge instructeur du 26 septembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre précédent et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations lors de l'audience du 15 septembre 2020, laquelle fait état de 10 heures de prestations. Aucune des opérations effectuées n'a été réalisée par Me Duc, mais uniquement par ses consoeurs avocates au sein de la même étude, Me Girardin et Me Dugon, actuellement Me Saint Leger depuis son mariage. C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part,

et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Marine Girardin et Marine Saint Leger n'ont pas été autorisées à procéder au titre de l'assistance judiciaire – respectivement, à se substituer à Me Jean-Michel Duc – dans le cadre de

- 55 - la présente affaire. Partant, l'activité qu'elles ont déployée ne devrait pas être indemnisée, conformément à la jurisprudence précitée. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat, titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières.

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