

VD_GERICHTE ZD20.049801 vom 11. Juli 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.049801

FR: VD_GERICHTE ZD20.049801 du 11 juillet 2024

IT: VD_GERICHTE ZD20.049801 del 11 luglio 2024

Erwägungen

E. 28

al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, non touchés par la réforme législative, ont été atteints en janvier 2014 tandis que le droit à un quart de rente pourrait être reconnu à compter du 1er juin 2014. 3. Dans sa réplique et ses déterminations ultérieures, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, arguant que l'intimé n'avait pas suffisamment motivé son changement de position quant à la reconnaissance d'une date théorique de naissance du droit à la rente au 1er janvier 2014 et d'ouverture d'un droit à un quart de rente dès le 1er juin 2014, en regard des périodes d'octroi de rente figurant dans les décisions litigieuses. Le grief de violation du droit d'être entendu doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). On ne discerne toutefois pas la violation du droit d'être entendu alléguée par la recourante dans ses écritures. En effet, l'intimé a uniquement exprimé son point de vue sur la procédure de recours pendante, soit postérieurement aux décisions attaquées. Au demeurant, s'agissant d'une opinion exprimée par l'intimé dans sa réponse aux recours et précisée dans des écritures ultérieures, la recourante a pu se déterminer sur ce point auprès de la Cour de céans, conformément aux règles de procédures. Ces règles s'inspirent de la jurisprudence relative au principe énoncé à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), reconnaissant en particulier le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre - 23 - connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). Il convient par ailleurs de relever que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Le grief de violation du droit d'être entendu doit ainsi être rejeté, étant relevé que l'argumentation soulevée sera examinée avec le fond du litige en tant que la recourante admet que le droit à la rente a pu débiter au plus tôt en janvier 2014 mais conteste le taux d'invalidité à cette date et l'évolution ultérieure de ce taux déterminés par l'intimé. 4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). 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

- 24 - résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au

E. 31

décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi- rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

- 25 - Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à

influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

- 26 - trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit par ailleurs que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 5. a) Pour 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément

- 27 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte

asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). 6. a) Avec les décisions litigieuses, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er juin 2015. Bien qu'il n'ait pas pris de conclusion en ce sens et ait finalement proposé le rejet du recours, l'intimé a exposé en cours de procédure, comme déjà relevé ci-dessus (cf. consid. 2b), que le droit théorique de la recourante à une rente d'invalidité aurait pu prendre naissance dès le 1er janvier 2014 mais que le préjudice économique permettant l'octroi d'un quart de rente était atteint seulement à compter du 1er juin 2014. Se fondant sur le raisonnement présenté par l'intimé dans ses écritures, la recourante a conclu pour sa part à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2014. Dans le cadre de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'incapacité de travail peut être définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; Michel Valterio, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 9 ad art. 28 LAI). Pour établir rétrospectivement quand la période de 365 jours a commencé à courir, il faut déterminer le moment à partir duquel la

- 28 - personne assurée a subi une diminution sensible de son rendement dans son activité professionnelle ou dans ses travaux habituels. Une réduction de la capacité de travail de 20 % suffit en principe à ouvrir la période d'attente (Valterio, op. cit., n. 13 ad art. 28 LAI et les références). Le délai d'attente d'une année, pendant lequel l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail de 40 % en moyenne sans interruption notable, commence également à courir lorsque la personne assurée a travaillé, pendant une certaine période, au-delà de ce qui était raisonnablement exigible de sa part, en risquant d'aggraver son état de santé (TF 8C_724/2011 du 24 juillet 2012 consid. 4.3 et les références). En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 7 août 2012, alors que la psychiatre traitante de la recourante attestait d'une incapacité de travail depuis le mois de mai 2012. La situation psychique avait autorisé une reprise du travail progressive durant l'automne 2012, jusqu'au taux de 100 % dès le 1er décembre 2012, puis l'assurée avait mis fin à son suivi psychiatrique le mois suivant. Cependant, selon les rapports médicaux de la Dre H._____ des 27 mars 2013 et 26 mars 2014 en particulier, approuvés par le SMR (cf. notamment l'avis du 24 avril 2014), sous réserve d'une incapacité de travail totale du 18 janvier au 11 février 2013 pour des raisons rhumatologiques, la recourante a continué à travailler dans son emploi au taux de 100 % quand bien même sa capacité de travail était de l'ordre de 60 % dans toute activité en raison de son atteinte rhumatologique. Dans ses avis subséquents, notamment du 31 mars 2020 et du 26 février 2021, le SMR a confirmé que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60 % du 11 février 2013 au 30 janvier 2014, toujours en se fondant sur les rapports de la Dre H._____. Partant, il y a lieu de retenir que la recourante a travaillé au-dessus de ses forces et de ses limitations du 11 février 2013 au 30 janvier 2014, de sorte qu'elle subissait une incapacité de travail de 40 % durant ce laps de temps. Comme l'ont admis les parties en procédure de recours, il en résulte une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne pendant une année entre le 18 janvier 2013 et le 17 janvier 2014. La

- 29 - condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était donc remplie à cette dernière date, le délai de carence de l'art. 29 al. 1 LAI étant par ailleurs également déjà largement échu. Certes, un arrêt de travail de 100 % a été délivré du 30 janvier au 1er février 2014. Comme cela ressort des rapports de la Dre H. _____, il s'agissait d'un arrêt de travail ponctuel et il n'en demeure pas moins qu'au 17 janvier 2014, la recourante exerçait son activité habituelle à temps plein depuis plus d'une année sans interruption notable, puis qu'elle a continué à ce même taux pendant encore plusieurs mois. Pendant cette période, elle a perçu son salaire contractuel, de sorte qu'elle n'a subi aucun préjudice économique. Il en résulte qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, la recourante ne présentait aucune incapacité de gain, et donc aucune invalidité. Ce constat a pour corollaire qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un calcul du degré d'invalidité tant et aussi longtemps qu'elle a conservé son emploi à temps complet et perçu son salaire contractuel. b) La Dre H. _____ a attesté par la suite d'une aggravation de l'état de santé de la recourante à compter du 30 juin 2014. Selon son rapport du 18 décembre 2014, l'intéressée a subi une incapacité de travail totale du 30 juin au 12 juillet 2014 puis a repris son activité habituelle à 50 % dès le 13 juillet 2014. Sous réserve d'une période d'arrêt de travail à 100 % du 9 au 28 février 2015, la recourante a continué à exercer son activité habituelle au taux de 50 % auprès du même employeur jusqu'à fin juin 2015. L'intimé a admis dans sa réponse au recours, en se fondant sur les rapports établis à l'époque par la Dre H. _____, que la recourante présentait durant la période du 30 juin 2014 au 30 juin 2015, une capacité de travail de 50 % dans toutes activités et qu'il en résultait une perte de gain et donc le droit à une rente d'invalidité à compter du 1er juin 2014, la condition d'une incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI restant remplie par ailleurs. La recourante n'apporte aucun élément d'ordre médical susceptible de faire admettre une incapacité de travail plus importante sur cette période. Certes, la Dre H. _____ a attesté d'abord une incapacité de travail de 100 % à compter du 30 juin 2014, mais celle-ci a pris fin après 13 jours seulement et la recourante a repris son travail à 50 % à ce moment-là. Une seconde

- 30 - période d'incapacité de travail a ensuite été attestée dans le courant du mois de février 2015, mais pour une durée de vingt jours suivie d'un retour au travail à 50 %. La Dre H. _____ a confirmé dans plusieurs rapports, y compris les plus récents, les dates d'incapacité de travail précitées. Il faut ainsi retenir une diminution durable de la capacité de travail dans toutes activités de 50 % dès le 30 juin 2014. Cependant, c'est à tort que l'intimé propose de déterminer le degré d'invalidité en procédant à une comparaison des revenus issus de l'activité habituelle de la recourante au revenu hypothétique qu'elle pourrait obtenir en optant pour une activité adaptée. La capacité de travail applicable à cette période étant la même aussi bien dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, il s'agit d'un cas d'application de la méthode de comparaison en pourcent. En effet, lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 3 ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2). Par conséquent, il faut retenir que la recourante présentait, à compter de juin 2014, une invalidité de 50 %, ouvrant droit à une demi-rente. c) Pour la suite, l'intimé s'est référé aux décisions litigieuses, concluant à leur confirmation. Celles-ci retenaient que l'état de santé de la recourante justifiait une demi-rente d'invalidité du 1er juin au 31 août 2015, une rente entière du 1er septembre au 30 novembre 2015 puis un quart de rente d'invalidité dès le 1er décembre 2015. Le taux

retenu pour la première période est fondé sur un taux moyen d'invalidité, notion absente de l'assurance-invalidité, comme l'a du reste rappelé l'intimé dans son écriture du 3 mars 2021. Néanmoins, il est constant que l'incapacité de travail de 50 % dans toute activité constatée ci-dessus a perduré jusqu'à mi-juin 2015. La recourante a alors dû subir une intervention chirurgicale au genou entraînant une incapacité de travail

- 31 - complète jusqu'à mi-août 2015, avant de retrouver une capacité de travail de 50 % comme avant son opération (cf. rapport du Dr C. _____ du 18 novembre 2015). L'intimé a tenu compte de cette opération et de ses suites pour reconnaître le droit à une rente entière du 1er septembre au 30 novembre 2015, soit du troisième mois suivant l'aggravation au troisième mois suivant la fin de la guérison du genou, en application de l'art. 88a LAI. Quand bien même l'intimé a mentionné dans son écriture du 24 août 2021 que cette partie de sa décision était « généreuse », il a conclu à la confirmation de sa décision. Dès lors que les conditions légales minimales pour prendre en compte une aggravation temporaire de l'état de santé étaient remplies, puisqu'elle s'est étalée sur les mois de juin, juillet et août 2015, il n'y a pas lieu de procéder à une reformatio in pejus. En conséquence, il apparaît que le droit à une demi-rente d'invalidité reconnu ci-dessus dès le 1er juin 2014 a pris fin le 31 août 2015 pour céder la place au droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2015. A partir de cette période, l'intimé s'est écarté de l'appréciation de la Dre H. _____, qui maintenait une incapacité de travail de 100 % en exposant que l'évolution post-opératoire n'était pas bonne, contrairement à ce qui était annoncé par le chirurgien (cf. rapport de la Dre H. _____ du 6 novembre 2015). Les décisions litigieuses s'appuient sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du K. _____, dont la recourante conteste la valeur probante. 7. a) Pour procéder à leur analyse bidisciplinaire, les expertes du K. _____ ont disposé du dossier fourni par l'intimé, qu'elles ont complété de rapports obtenus directement auprès des médecins traitants et en sollicitant de nouvelles imageries (cf. pièces jointes au rapport). Elles ont chacune rencontré la recourante et rédigé un rapport dans leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'experte sur la base de son entretien avec l'intéressée, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par les parties. Chaque expert a posé ses diagnostics en expliquant les motifs pour lesquels il a retenu

- 32 - telles atteintes et en a écarté d'autres, en s'appuyant non seulement sur ses propres observations à l'examen mais également sur les observations et conclusions figurant dans les rapports établis en temps réel par les médecins traitants. Une évaluation consensuelle a ensuite été établie par visioconférence (cf. p. 6 de l'évaluation consensuelle). L'experte en rhumatologie a ensuite donné, le 14 mai 2020, une réponse motivée à la demande de précision de l'intimé. Cette expertise bi-disciplinaire remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière, comme l'a constaté le SMR dans son avis du 31 mars 2020. b) Sur le plan rhumatologique, la recourante conteste les conclusions de l'experte du K. _____ en se prévalant des avis du Prof. G. _____ et de la Dre H. _____. Elle ne critique pas le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, ce diagnostic étant également retenu par ses médecins (cf. notamment l'expertise du Prof. G. _____ du 3 janvier 2018 et les rapports médicaux de ce spécialiste des 24 août 2020, 14 juillet 2021 et 16 septembre 2021, ainsi que les rapports de la Dre H. _____ des 21 septembre 2012, 6 novembre 2015, 1er mai 2017, 12 octobre 2018 et 1er avril 2020). En revanche, toujours en se fondant sur ces mêmes rapports, elle estime que l'experte en rhumatologie a retenu à tort le

diagnostic de fibromyalgie, en attribuant à cette maladie les douleurs inflammatoires liées à la spondylarthrite ankylosante. D'après le Prof. G. _____, la Dre P. _____ ne pouvait pas se fonder sur une IRM pour déterminer si la maladie rhumatismale était active et, arrivant à la conclusion que non, en déduire que les douleurs provenaient de la fibromyalgie. Concernant en premier lieu du diagnostic de fibromyalgie, il faut constater que le Prof. G. _____ a admis dans son expertise du 3 janvier 2018 que le diagnostic de fibromyalgie, retenu au cours de l'examen effectué par un spécialiste du SMR en 2016, pouvait exister concomitamment avec une spondylarthrite. En outre, ce médecin n'excluait pas que ce soit le cas de la recourante. A cet égard, il faut

- 33 - relever, à l'instar du SMR dans son avis du 27 octobre 2020, que l'experte n'a pas « utilisé » la fibromyalgie au détriment de la spondylarthrite, mais plutôt constaté l'intrication des deux pathologies, contrairement à ce que le Prof. G. _____ paraît conclure. En effet, la Dre P. _____ a exposé que les douleurs ressenties par la recourante le matin étaient typiques d'une maladie inflammatoire, tandis que celles qui l'amenaient à s'allonger en cours de journée relevaient de la fibromyalgie, puis que les douleurs inflammatoires revenaient à l'issue de ce temps de repos. S'agissant en second lieu du grief de conclusions fondées à tort sur l'analyse des IRM, il apparaît que les divers rapports établis par la Dre H. _____ font état d'éléments médicaux obtenus par des IRM. On retient du reste que parmi les rapports d'imagerie que l'experte du K. _____ a pu se procurer (cf. pièces jointes du rapport d'évaluation consensuelle du 3 février 2019), figure un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 30 novembre 2016, dont il ressort qu'il n'y a « [p]as d'image suggérant une spondylarthropathie active ». Il apparaît ainsi que l'imagerie médicale constitue un élément diagnostic usuel pour poser le diagnostic de la spondylarthrite et déterminer si la maladie est active. En conséquence, les remarques formulées à ce propos par les médecins consultés par la recourante ne sont pas de nature à jeter le doute sur la valeur probante de l'expertise rhumatologique, ce d'autant que les conclusions de l'experte ne reposent pas exclusivement sur les résultats d'IRM. Par ailleurs, on comprend aisément à la lecture du rapport de la Dre P. _____ que, lorsqu'elle a indiqué que la maladie n'était pas active, elle n'a pas nié l'existence de douleurs liées à cette maladie mais a exprimé le fait que la situation était stable, en ce sens que la recourante ne subissait pas actuellement de poussée inflammatoire. L'experte a d'ailleurs rappelé que la spondylarthrite était une maladie évolutive et que de nouvelles poussées restaient possibles (ch. 6, p. 26 de l'expertise rhumatologique). Ces remarques trouvent écho dans les écrits de la Dre H. _____ et du Prof. G. _____, lesquels font état d'une situation inchangée depuis 2017, respectivement 2018.

- 34 - Il n'en demeure pas moins 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 déterminant (cf. TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). Il faut également rappeler que les conclusions des médecins traitants peuvent être influencées par leur relation thérapeutique (cf. consid. 5c, ci-avant). En l'occurrence, le Prof. G. _____ insiste sur la pertinence des outils d'évaluations BASDAI, BASFI et FACIT, lesquels démontreraient en l'occurrence que l'atteinte rhumatologique dont souffre la recourante est particulièrement invalidante. Cependant, s'agissant de questionnaires d'auto-évaluation de la douleur (BASDAI), des capacités fonctionnelles (BASFI) et de la fatigue (FACIT), leurs résultats sont par définition subjectifs. S'ils permettent au spécialiste traitant d'observer l'évolution de la maladie et de vérifier l'efficacité de la thérapie par comparaison des

ressentis du patient à des moments divers, ces tests ne sauraient suffire pour évaluer l'invalidité de la personne du point de vue asséurologique. Or, la Dre P. _____ a invité la recourante à faire part de ses plaintes, de ses difficultés et à décrire son fonctionnement au quotidien ainsi que durant ses loisirs, puis a procédé à un examen rhumatologique complet. Ces éléments lui ont permis de se faire une idée objective des répercussions des atteintes dont souffre la recourante sur sa capacité de gain. Or celle-ci ne remet pas en question les éléments anamnestiques recueillis par l'experte et ses médecins ne pointent pas d'incohérence sur le status décrit dans le rapport d'expertise. La recourante, avec l'appui de ses médecins, critique également l'évaluation de l'experte sur le traitement suivi. L'argumentation présentée tend cependant à sortir les éléments de leur contexte et de les confronter avec les difficultés rencontrées par la recourante pour conserver son activité professionnelle. Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, l'experte a relevé que la prise en charge thérapeutique était adéquate, qualifiant même le suivi proposé par la Dre H. _____ d'irréprochable et la médication actuelle de « tout à fait » judicieuse (ch. 7.2, p. 27 du rapport d'expertise rhumatologique). Quant à l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'experte a évoqué une

- 35 - situation « pas insurmontable » en relation avec de probables éléments d'autolimitation, indiquant ainsi que l'autolimitation était faible. L'experte n'a ainsi pas prétendu que la recourante pourrait surmonter ses atteintes par un effort de volonté. Elle a au contraire reconnu que l'activité habituelle n'était plus exigible et que la capacité de travail dans une activité adaptée était limitée à 50 %. Enfin, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle allègue que l'experte n'aurait pas tenu compte d'une atteinte à l'épaule gauche. Elle a en effet noté les plaintes de la recourante à cet égard (cf. ch. 3.1 p. 17 et 3.2 p. 19 du rapport d'expertise rhumatologique). Il ressort de ces éléments en particulier que la recourante décrivait des douleurs dans les mouvements à hauteur et vers l'arrière, mais qu'en adaptant sa gestuelle, elle ne ressentait pas ces douleurs. L'experte a ensuite examiné cette articulation et décrit le status (ch. 4.3, p. 24 du rapport d'expertise rhumatologique). Il n'y a ainsi pas d'omission de cette problématique. c) Du point de vue psychiatrique, l'experte du K. _____ n'a retrouvé aucun élément dans sa spécialité susceptible d'influencer la capacité de gain de la recourante. Quand bien même son analyse reste succincte, il convient de relever que l'experte a passé en revue l'ensemble des critères d'évaluation déterminés par la jurisprudence lorsque le diagnostic de fibromyalgie est posé par un rhumatologue. La recourante ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique. Celles-ci ne sont par ailleurs sérieusement contredites par aucune pièce au dossier. La demande de prestations a été déposée alors que la recourante était en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques depuis quelques mois, mais cette incapacité a été levée progressivement peu de temps après et la recourante a mis fin à son suivi en début d'année 2013. d) En définitive, il faut constater que la situation médicale de l'assurée a fait l'objet d'une évaluation complète, sur la base d'expertises conduites dans les règles de l'art et jouissant à ce titre d'une pleine valeur

- 36 - probante. L'intimé était donc fondé à retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Invitée à préciser la date à partir de laquelle cette capacité de travail était exigible, la Dre P. _____ a mentionné l'intervention du genou, en juin 2015, comme point de départ de la situation définitive. Il reste à déterminer le degré d'invalidité qui en résulte, étant rappelé qu'une incapacité de travail complète a été reconnue pour les

suites de l'intervention au genou, avec pour conséquence l'octroi d'une rente entière du 1er septembre au 30 novembre 2015. 8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus). a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGA).

- 37 - b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). c) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle

- 38 - le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le

titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). 9. En l'espèce, le taux d'invalidité doit être déterminé à la date où l'effet de l'intervention au genou a pris fin, soit au 1er septembre 2015. Afin de rendre les décisions litigieuses, l'intimé a établi un calcul du salaire exigible le 14 mai 2020, aboutissant à un degré d'invalidité de 47.42 %. a) Pour le revenu sans invalidité, l'intimé a repris le salaire de 50'440 fr. communiqué dans le questionnaire de l'employeur en 2012, indexé à 2015. La recourante n'a pas contesté ce chiffre, mais il convient cependant de relever que l'intimé a procédé à l'indexation avec la variation des salaires nominaux totale au lieu de la variation propre aux salaires nominaux des femmes. Corrigé d'office, le revenu sans invalidité à prendre en compte est donc de 51'557 fr. 52. b) S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé a utilisé les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1_skill_level, niveau de qualification 1, indexé à 2015. La recourante n'a pas émis de grief quant au recours à cette statistique, mais n'admet pas le résultat du calcul dans la mesure où elle estime que le taux d'activité exigible est limité à 20 %. Ce taux ne peut être admis, compte tenu des éléments qui précèdent (cf. consid. 7 ci-dessus).

- 39 - Dans la mesure où la recourante n'a plus exercé son activité habituelle depuis juin 2015 et que l'inexigibilité de cette activité a été reconnue dès cette période, le recours aux données de l'ESS est justifié. Cependant, il faut constater que le calcul de l'intimé est posé sans précision sur l'année d'ESS utilisée et les taux d'indexation utilisés. Le montant de 4'321 fr. servant de base de calcul n'est ainsi pas vérifiable et ne correspond pas aux données suivantes, qui seront donc substituées. En effet, selon l'ESS 2014, TA1_skill_level, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes, tous secteurs confondus, était de 4'191 francs. La durée moyenne du travail en Suisse étant de 41.7 heures et le taux d'indexation pour les femmes de 0.5 % en 2015, il en résulte un revenu annuel de 52'691 fr. 56 à 100 %, respectivement 26'345 fr. 78 à 50 %. c) L'intimé a indiqué qu'un abattement supplémentaire au titre de désavantage salarial ne se justifiait pas, mentionnant en particulier que les limitations fonctionnelles étaient déjà prises en considération dans la capacité de travail résiduelle de la recourante. En effet, les activités visées par le tableau TA1_skill_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par les experts dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction du taux d'activité, de sorte qu'il n'y a pas de désavantage à compenser. Le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et

- 40 - répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C_341/2023 du 29 janvier

2024 consid. 6.1 et les références citées). Aucun abattement n'est ainsi justifié pour ce motif à l'égard de la recourante. Pour le surplus, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes, qui ne requièrent pas de formation particulière. d) La comparaison des revenus déterminés ci-dessus entraînent une perte de gain de (51'557 fr. 52 - 26'345 fr. 78 =) 25'211 fr. 74, de sorte que le taux d'invalidité s'élève à 49 % (chiffre arrondi ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Il en découle que le droit de la recourante à une rente entière dès le 1er septembre 2015 a pris fin le 30 novembre 2015, l'évolution de son état de santé constatée durant le mois d'août 2015 ouvrant droit à un quart de rente à compter du 1er décembre 2015 comme l'avait retenu l'intimé dans les décisions litigieuses. La recourante n'a pas contesté le refus de mesures professionnelles. Sur ce point, il faut constater à l'instar de l'intimé que de nombreuses activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante ne nécessitent pas de formation particulière (activités légères visées par l'ESS, skill_level, niveau de compétence 1 ; cf. TF 9C_486/2022 du 17 août 2023 consid. 8). Aucune mesure ne paraît ainsi susceptible d'améliorer sa capacité de gain, étant au demeurant rappelé qu'elle peut solliciter une aide au placement, comme l'a indiqué l'intimé dans la décision litigieuse. 10. La recourante conteste encore la compensation de la rente rétroactive allouée, à concurrence d'un montant de 15'632 fr. 70, avec une créance en restitution de prestations alléguée par E._____.

- 41 - a) Selon l'art. 22 al. 1 LPGA, le droit aux prestations est incessible ; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. L'art. 22 al. 2 LPGA prévoit en revanche que les prestations accordées rétroactivement par l'assureur social peuvent être cédées à l'employeur ou à une institution d'aide sociale publique ou privée dans la mesure où ceux-ci ont consenti des avances (let. a) ou à l'assureur qui a pris provisoirement à sa charge des prestations (let. b). A teneur de l'art. 85bis al. 1 RAI, les employeurs, les institutions de prévoyance professionnelle, les assurances-maladie, les organismes d'assistance publics ou privés ou les assurances en responsabilité civile ayant leur siège en Suisse qui, en vue de l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, ont fait une avance, peuvent exiger qu'on leur verse l'arriéré de cette rente en compensation de leur avance et jusqu'à concurrence de celle-ci. Les organismes ayant consenti une avance doivent faire valoir leurs droits au moyen d'un formulaire spécial, au plus tôt lors de la demande de rente et, au plus tard au moment de la décision de l'office AI. Ce régime n'a pas été modifié par l'entrée en vigueur de l'art. 22 al. 2 LPGA (SVR 2007 IV n° 14 p. 52). En vertu de l'art. 85bis al. 2 RAI, sont considérées comme avances, d'une part, les prestations librement consenties, que l'assuré s'est engagé à rembourser, pour autant qu'il ait été convenu par écrit que l'arriéré serait versé au tiers ayant effectué l'avance (let. a) et, d'autre part, les prestations versées, contractuellement ou légalement, pour autant que le droit au remboursement, en cas de paiement d'une rente, puisse être déduit sans équivoque du contrat ou de la loi (let. b). Interprétant la volonté du législateur sur la base des travaux parlementaires, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que la réglementation des paiements en mains de tiers était limitée aux versements rétroactifs de prestations d'assureurs sociaux et que l'art. 85bis RAI constituait la norme réglementaire autorisant le paiement en mains de tiers du rétroactif des prestations de l'assurance-invalidité (TFA I 428/05 du 18 avril 2006 et I 31/00 du 5 octobre 2000 in VSI 2003 p. 265).

- 42 - Les avances librement consenties selon l'art. 85bis al. 2 let. a RAI supposent le consentement écrit de la personne intéressée pour que le créancier puisse en exiger le

remboursement. Dans l'éventualité de l'art. 85bis al. 2 let. b RAI, le consentement n'est pas nécessaire ; celui-ci est remplacé par l'exigence d'un droit au remboursement « sans équivoque ». Pour que l'on puisse parler d'un droit non équivoque au remboursement à l'égard de l'AI, il faut que le droit direct au remboursement découle expressément d'une norme légale ou contractuelle (TF 9C_926/2010 du 4 août 2011 consid. 3.2). Il est de jurisprudence constante que les prestations des assurances indemnités journalières conclues par un employeur en faveur de son personnel conformément à la LCA sont des prestations au sens de l'art. 85bis al. 2 RAI (TF 9C_926/2010 du 4 août 2011 consid. 4.2 et les nombreuses références). Les arrérages de rente peuvent être versés à l'organisme ayant consenti une avance jusqu'à concurrence, au plus, du montant de celle-ci et pour la période à laquelle se rapportent les rentes (art. 85bis al. 3 RAI). b) En l'espèce, la demande de compensation d'E._____ date du mois de mai 2015 et indique qu'elle est effectuée par l'assureur perte de gain en cas de maladie (contrat collectif pour des indemnités journalières régi par la loi sur le contrat d'assurance [LCA]). Le formulaire de demande de compensation prévoit trois fondements possibles à la demande de compensation, à savoir des dispositions légales, des dispositions contractuelles ou l'accord écrit de la personne ayant reçu des avances ou de son représentant légal, et prévoit que l'organisme demandeur coche la case adéquate et produise les dispositions pertinentes ou la preuve de l'accord de l'assuré. E._____ n'a coché aucune des trois cases, mais s'est prévalu de l'accord de l'assurée dans son courrier du 29 mai 2015. Elle a transmis ledit document, comportant la signature de la recourante, le 30 juin 2015.

- 43 - Il découle de ces pièces que le versement direct de prestations rétroactives à E._____ a été octroyé par l'intimé sur la base d'un dossier complet. La recourante s'est plaint essentiellement de l'absence des pièces au dossier, mais celles-ci figurent dans le dossier fourni par l'intimé sous les numéros de document 43 et 49. L'intéressée n'a formulé aucun grief quant au montant et à la période concernée, étant au demeurant relevé que l'intimé devra procéder à un calcul complémentaire des prestations rétroactives compte tenu du résultat du présent recours. Il convient en outre de rappeler que le point de savoir si et, le cas échéant dans quelle mesure, un assureur dispose d'une créance en restitution à l'encontre d'un assuré doit, en cas de litige, être tranché dans une procédure opposant l'assurance concernée et l'assuré. Partant, la conclusion de la recourante portant sur le versement en mains d'E._____ doit être rejeté. 11. Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 12. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er juin 2014 au 31 août 2015. Elle est confirmée pour le surplus.

- 44 - b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du

litige, à savoir une admission très partielle du recours, il convient de les répartir à raison de deux tiers pour la partie recourante et d'un tiers pour l'intimé. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont dès lors mis à la charge de la partie recourante par 400 fr. et à la charge de l'intimé par 200 francs. La partie recourante a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il a été retenu dans la décision de taxation intermédiaire rendue le 1er février 2022, après examen de la liste d'opérations déposées le 30 décembre 2021 par Me Girardin à l'occasion de son changement d'étude, que le nombre d'heures admissibles au 31 décembre 2021, eu égard à l'importance et la complexité du litige, était de 22 heures et 50 minutes. Me Girardin a déposé le 2 mars 2022 une liste d'opérations complémentaire, chiffrant à 3 heures et 12 minutes le temps consacré à la présente affaire pour la période du 1er janvier au 28 février 2022. Après examen de cette seconde liste, il apparaît que plusieurs opérations concernent l'ouverture du dossier dans la nouvelle étude, ainsi que des mémos adressés à la cliente. Il s'agit manifestement de tâches de secrétariat qui n'ont pas à être rémunérées en sus des débours et doivent donc être retranchées. Il convient par ailleurs de réduire certaines opérations en tant qu'elles concernent partiellement des tâches de secrétariat, telles que la demande de prolongation d'un délai, la préparation de la liste d'opérations ou la prise de connaissance de la taxation intermédiaire d'assistance judiciaire. En conséquence, cette liste peut être admise à raison de 2 heures et 30 minutes, portant le temps qui peut équitablement être pris en compte pour la fixation des dépens à 25 heures et 20 minutes. Sur cette base, l'indemnité de dépens réduits doit être fixée à 2'400 fr., débours et TVA compris (art. 10, 11 et 13 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1], et mise à la charge de l'intimé.

- 45 - c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Girardin peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, étant rappelé que les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2021 ont déjà été rémunérées par décision de taxation intermédiaire du 1er février 2022, avec un montant de 4'647 fr. 80 pour 22 heures et 50 minutes. S'agissant des opérations effectuées dès le 1er janvier 2022, la liste d'opérations du 2 mars 2022 ne pouvant être intégralement suivie pour les motifs exposés ci-dessus, il convient d'arrêter le complément d'indemnité à 508 fr. 90, dont 22 fr. 50 de débours et 36 fr. 40 pour la TVA (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). d) Les dépens alloués dépassent l'indemnité complémentaire du mandat d'office qui vient d'être fixée. Dans la mesure où un montant de 4'647 fr. 80 a déjà été avancé à Me Girardin à titre de rémunération intermédiaire du mandat d'office, le canton est subrogé pour le solde des dépens dépassant l'indemnité complémentaire (art. 122 al. 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). En conséquence, les dépens dus par l'intimé devront être versés à la recourante à raison de 508 fr. 90 et le solde, par (2'400 fr. - 508 fr. 90 =) 1'891 fr. 10, au canton, représenté par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes. e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et le solde de 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, 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).

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