

VD_GERICHTE ZD21.020563 vom 24. November 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-11-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.020563

FR: VD_GERICHTE ZD21.020563 du 24 novembre 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.020563 del 24 novembre 2022

Erwägungen

E. 4

février 2021 et considéré qu'aucun élément nouveau, ni aucun argument, ne justifiait la remise en question de sa position. L'OAI a dès lors établi une décision le 8 avril 2021, allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour les périodes limitées du 1er juillet 2017 au 31 mars 2018, puis du 1er juin 2018 au 31 mai 2019. B. B._____, toujours représentée par Me Duc, a déféré la décision du 8 avril 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 11 mai 2021, constatant préalablement que cette décision lui avait été notifiée directement, en dépit de la procuration confiée à son avocat. Sur le fond, elle concluait principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2018 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Reprenant les arguments invoqués au stade de la procédure d'audition, elle a également insisté sur les effets secondaires engendrés par une importante médication. Elle estimait ne pas être mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Elle suggérait que soit mise en œuvre une nouvelle expertise médicale, ainsi qu'une expertise ergothérapeutique, en sus de débats publics. Elle requérait enfin l'assistance judiciaire gratuite, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

- 12 - Par décision du 20 juillet 2021, la magistrate instructrice a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire, l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi que désignant Me Duc en qualité d'avocat d'office, à compter du 11 mai 2021. L'OAI a répondu au recours le 9 août 2021 et conclu à son rejet, se référant au rapport d'expertise du M._____, SA et aux différents avis rendus par le SMR. Par courrier du 28 février 2022, l'assurée a adressé à la Cour de céans un rapport de son physiothérapeute, W._____, du 3 juin 2021. Ce dernier exposait que la problématique de l'épaule était à son terme, l'assurée ayant recouvré ses amplitudes actives et passives, sans séquelles dans le déroulement des activités quotidiennes. En revanche, l'assurée rencontrait une dégradation récente de ses lombalgies chroniques, avec des douleurs quotidiennes limitantes. Des douleurs au tibia avaient été investiguées, sans toutefois que l'échographie ou l'IRM n'aient détecté de cause organique. L'ergothérapeute poursuivait son traitement par des thérapies manuelles, dont le rythme avait dû être diminué en raison de la symptomatologie douloureuse. L'assurée a répliqué le 17 mars 2022 et maintenu ses conclusions. Elle a derechef critiqué la valeur probante conférée au rapport du M._____, SA, se prévalant d'un nouveau rapport du Dr L._____ du 27 janvier 2022. Ce spécialiste avait mis en évidence, à la suite d'une IRM cervicale réalisée le 26 octobre 2021, une double discopathie C5-C6 et C6-C7. Il relevait que l'assurée ne se sentait pas capable de reprendre une activité professionnelle en raison des douleurs à l'origine de difficultés de concentration. Par duplique du 14 avril 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions et rappelé la teneur de l'avis rédigé par le SMR le 4

février 2021.

- 13 - En date du 31 octobre 2022, sur requête de la magistrate instructrice, Me Duc a déposé la liste des opérations déployées dans le cadre de la présente procédure. E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD). c) En l'espèce, le recours formé le 11 mai 2021 contre la décision de l'intimé du 8 avril 2021 a été interjeté en temps utile, compte

- 14 - tenu des fêtes judiciaires pascals (cf. art. 38 al. 4, let. a, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, et est par conséquent recevable. d) On précisera que, selon l'art. 49 al. 3, 3ème phrase, LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Un défaut de notification n'est toutefois susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. En effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2). La recourante remarque, à titre préliminaire, que la décision attaquée a été notifiée irrégulièrement, dès lors que sa notification est intervenue à son adresse et non à celle de son conseil. L'intimé a certes expédié la décision litigieuse à la recourante et non à son mandataire, sans toutefois que cette erreur ne cause de préjudice, puisque le présent recours a été introduit en temps utile par Me Duc. La notification irrégulière est ainsi restée sans conséquence, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'attarder plus avant sur cette question. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la

- 15 - décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). c) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2018, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et la valeur probante du rapport d'expertise du M. _____ SA. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du

E. 6

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 (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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

- 19 - externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 assécurologique. 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 7

a) L'assuré peut soulever des motifs « formels » de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] et 36 al. 1 LPGA [intérêt personnel, lien de parenté, représentation d'une partie ou opinion préconçue pour une autre raison]) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompetence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être

- 20 - examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3). b) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

E. 8

En l'occurrence, la recourante estime que le rapport d'expertise du M. _____ SA devrait être écarté, soulignant notamment son « impression que le M. _____ SA est à la solde de l'Office AI et rend des expertises volumineuses, incomplètes et partiales ». On ne saurait, à l'évidence, conclure à la partialité des experts concernés sur la base des seuls arguments avancés par la recourante, fondés précisément sur ses impressions, et non sur des éléments objectifs, en dépit des exigences posées par la jurisprudence fédérale précitée. S'agissant au surplus du volume du rapport d'expertise incriminé, on observe que celui-ci contient une septantaine de pages d'analyse et un nombre conséquent d'annexes, les experts ayant recueilli diverses pièces médicales supplémentaires, en sus d'avoir requis un examen neurologique auprès du Dr X. _____. Compte tenu de la pluralité des disciplines médicales investiguées et du long historique médical de la recourante, il n'apparaît pas que le rapport des spécialistes du M. _____ SA puisse être qualifié de prolix. Sa valeur probante sera au demeurant examinée dans les considérants ci-après.

E. 9

La recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans de la médecine interne, psychiatrique et orthopédique au

- 21 - sein du M. _____ SA. Elle ne fait valoir aucun grief à l'encontre des volets de médecine interne et de psychiatrie, lesquels ne prêtent d'ailleurs pas flanc à la critique. On peut remarquer que les spécialistes du M. _____ SA ont procédé à des examens approfondis de la situation, retraçant notamment l'ensemble des pathologies affectant ou ayant affecté la recourante. Ils ont considéré que la recourante ne rencontrait aucune limitation psychique en dépit d'un trouble de la personnalité (trouble mixte de la personnalité, à traits immatures, dépendants et alexithymiques), ni aucune restriction du registre de la médecine interne. Cette appréciation n'est pas remise en question par la recourante et peut être confirmée, celle-ci ne bénéficiant au demeurant d'aucun suivi spécialisé, hormis sur le plan orthopédique, singulièrement neurochirurgical.

E. 10

a) Le volet orthopédique a été analysé par le Dr P. _____ pour le compte du M. _____ SA, lequel s'est adjoint les services du Dr X. _____ pour procéder à un examen neurologique du nerf fémoro-cutané et s'est procuré les documents médicaux actualisés relatifs aux problèmes rencontrés par la recourante au membre supérieur droit (coude et épaule ; cf. rapport du Dr X. _____ du 12 décembre 2019 à la Dre T. _____, ainsi que compte-rendu opératoire du Dr N. _____ du 16 décembre 2019). b) La recourante reproche à l'expert d'avoir « omis de procéder à l'examen de l'ensemble des clichés radiologiques ». On ne saurait prendre en compte ce grief, étant rappelé que l'expert du M. _____ SA était en possession de l'intégralité du dossier de la recourante, parmi lesquels figurent non seulement les rapports radiologiques, mais également ceux des spécialistes assurant son suivi (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 janvier 2020, Annexe 1, Résumé du dossier de la personne assurée). Au demeurant, le Dr P. _____ s'est rallié aux diagnostics retenus par les spécialistes traitants en prenant en considération ceux de failed back surgery et de tendinopathie du sus-épineux avec arthrose acromio-claviculaire.

- 22 - c) La recourante estime que les experts du M. _____ SA auraient dû procéder à une expertise neurologique « vu les atteintes neurologiques au niveau du rachis avec déficit objectivé ». Cela étant, ainsi qu'il a déjà été observé, le Dr P. _____ a requis les services du Dr X. _____, spécialiste en neurologie, pour un complément d'examen. On rappellera en outre que le M. _____ SA disposait de l'ensemble des rapports du Dr L. _____, spécialiste en neurochirurgie, dont les observations ne sont nullement remises en question par les experts. On peut donc considérer qu'un volet neurologique spécifique aurait été superflu dans le cadre de l'expertise diligentée par l'intimé. d) Contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr P. _____ a détaillé précisément les limitations fonctionnelles retenues, comme suit (cf. rapport d'expertise précité, Expertise spécialisée orthopédique, p. 60) : « [...] Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles La personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise/debout toutes les 45 minutes. Elle doit pouvoir bénéficier 2 fois par jour de 30 minutes de pause en plus, avec une place de travail ergonomique, La place de travail doit être adaptée, avec une chaise haute et un plateau de travail plus haut (mobile). Les charges sont limitées à 5 kg de manière non itérative, sans qu'il y ait de charge en flexion antérieure du rachis. Les travaux en position accroupie et les charges au-dessus de la ceinture scapulaire sont exclus à titre préventif. La marche en terrain inégal, les escaliers de manière itérative, les échelles et les

échafaudages sont exclus. [...] » e) Etant donné les éléments ci-dessus, on peut écarter l'ensemble des reproches formulés par la recourante en lien avec l'analyse du volet orthopédique de sa situation.

E. 11

Par conséquent, il n'y a pas lieu de douter de la valeur probante des conclusions consensuelles communiquées par les spécialistes du M. _____ SA, auxquelles on peut se rallier à la date de leur rapport d'expertise.

E. 12

Au demeurant, les informations médicales transmises ultérieurement par la recourante ont été dûment prises en compte par le

- 23 - SMR dans ses avis des 29 octobre 2020 et 4 février 2021. Le SMR a ainsi retenu des incapacités totales de travail des suites des opérations de l'épaule et du coude droits, en se ralliant aux évaluations des Drs N. _____ et T. _____ (cf. rapports des 15 juillet, 28 septembre et 4 novembre 2020). Quant aux rapports subséquents du Dr L. _____, ce dernier a relaté une situation globalement stable, en dépit d'une symptomatologie douloureuse cervico-lombaire et sacro-iliaque. Il a certes objectivé une double discopathie C5-C6 et C6-C7 postérieurement à la décision attaquée, sans qu'on ne puisse toutefois définir de nouvelles limitations fonctionnelles entravant objectivement la capacité de travail résiduelle de la recourante (cf. rapports des 29 juin et 12 octobre 2020). On remarque d'ailleurs que le Dr L. _____ ne s'est pas exprimé sur dite capacité, se limitant à rapporter les propos de sa patiente quant à ses douleurs et à ses difficultés à se projeter dans une activité lucrative (cf. rapport du 27 janvier 2022). Ces éléments sont insuffisants pour remettre en question l'appréciation de l'intimé, fondée sur les conclusions du M. _____ SA et sur les observations communiquées par les autres spécialistes traitants de la recourante.

E. 13

On peut en définitive considérer que la capacité de travail de la recourante et ses fluctuations ont été correctement prises en compte par l'intimé aux termes de la décision querellée. C'est donc à bon droit que l'intimé a servi à la recourante une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1er juillet 2017 au 31 mai 2019, sur la base des art. 28 al. 2 LAI et 88a RAI. On ajoutera que l'intimé a, à juste titre, fait application de l'art. 29bis RAI en retenant des reprises d'invalidité pour les incapacités totales de travail débutées les 1er juin et le 23 novembre 2018 (cf. consid. 4d supra). Il a par ailleurs légitimement qualifié les atteintes de l'épaule et du coude droits – traitées respectivement du 16 décembre 2019 au mois de juillet 2020 et du 17 août au 28 septembre 2020 – de nouveaux cas d'assurance (cf. consid. 4c supra). Il était dès lors fondé à constater que le délai de carence d'un an prévu à l'art. 28 al. 1, let. b, LAI n'était pas échu, ce qui excluait le droit à une rente pour ces intervalles.

- 24 -

E. 14

a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (méthode générale de comparaison des revenus et ses sous-variantes : méthode de comparaison en pour-cent [ATF 114 V 310 consid. 3a et les références] et méthode

extraordinaire de comparaison des revenus [ATF 128 V 29]). Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) On relèvera que l'intimé a fait usage de la méthode de comparaison en pour-cent pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante. Ce procédé n'apparaît pas critiquable, dans la mesure où celle-ci est dotée d'une capacité résiduelle de travail de 85 % dans son activité habituelle, dans laquelle elle peut se prévaloir d'un CFC et de nombreuses années d'expérience. Cela étant, si l'on devait évaluer le degré d'invalidité de la recourante dans une activité lucrative dite adaptée, en procédant à une comparaison de revenus, on n'aboutirait pas davantage au seuil de 40 % lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité. aa) S'agissant du revenu sans invalidité, la société G. _____ SA a indiqué qu'en 2016, l'assurée aurait réalisé un revenu annuel de 62'660 francs (cf. rapport d'employeur du 4 juillet 2017). Après indexation à l'année 2018 au moyen de l'ISS (+ 0,4 % en 2017 et + 0,5 % en 2018 ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »), on obtiendrait un revenu annuel de 63'225 francs.

- 25 - bb) S'agissant du revenu d'invalidité, il y aurait lieu de se référer à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018. Le salaire de référence pour une femme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de compétences professionnelles particulières, s'élevait à 4'414 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit 55'219 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Compte tenu d'une exigibilité réduite à 85 % en raison de la baisse de rendement et d'un abattement de 10 % destiné à prendre en considération la situation personnelle de la recourante, le revenu d'invalidité déterminant se monterait au minimum à 42'243 francs. cc) Le degré d'invalidité de la recourante s'élèverait par conséquent au plus à 33 % ($[(63'225 - 42'243) \times 100] / 63'225$), ce qui exclurait de toute façon le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 aLAI).

E. 15

On observe enfin que la recourante a demandé la tenue d'une « audience publique » sans en préciser le but. Elle n'a par ailleurs pas invoqué l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et n'a pas non plus fait référence à la jurisprudence y relative. Or, si l'art. 6 par. 1 CEDH garantit à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement, une demande doit être formulée de manière claire et indiscutable (TF 9C_335/2021 du 9 février 2022 consid. 3.2). Tel n'est pas le cas en l'espèce, la requête formulée par la recourante – assisté d'un mandataire professionnel – constituant vraisemblablement une requête de preuve qui ne fonde pas l'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Dite requête peut par conséquent être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

E. 16

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 8 avril 2021 confirmée. b) En dérogation à l'art. 61, let. a, LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, bis arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 20 juillet 2021. c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61, let. g, LPGA). d) Me Duc a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 11 mai 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations effectuées le 31 octobre 2022, justifiant 7 heures et 40 minutes de travail au profit de sa cliente. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Duc. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 7 heures et 40 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 69 fr. et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 111 fr. 55, ce qui représente un montant total de 1'560 fr. 55 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 2'160 fr. 55 (1'560 fr. 55 + 600 fr.) dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des

- 27 - affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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