

## **VD\_GERICHTE ZD22.009075 vom 23. November 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-11-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.009075](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.009075)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.009075 du 23 novembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.009075 del 23 novembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations. Il s'agit en particulier de déterminer si la situation médicale de la recourante s'est notablement aggravée entre la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 24 septembre 2012 accordant une rente limitée dans le temps, et la décision litigieuse du 31 janvier 2022 et si, cas échéant, cette péjoration éventuelle justifie l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente serait antérieure au 1er janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

#### **E. 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

- 23 - 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) 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). 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). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose 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 conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit

- 24 - (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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. d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

## **E. 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). 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

- 25 - 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 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). b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). En outre, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, et réf. cit.).

- 26 -

## **E. 6**

a) Au dépôt de sa première demande de prestations en mai 2009, l'assurée a indiqué souffrir d'une atteinte au ligament antérieur croisé de son genou droit, lequel a par la suite subi deux entorses en septembre 2009 et octobre 2010. Dans sa décision du 24 septembre 2012, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 12 décembre 2013, l'OAI avait retenu que l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide-soignante, mais était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du 1er septembre 2010. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche ininterrompue de plus de 10 à 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg. Aussi, le droit à une rente était reconnu du 6 novembre 2009 au 30 novembre 2010. Depuis lors, le degré d'invalidité obtenu après comparaison des revenus était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à un éventuel reclassement. b) L'assurée a déposé une nouvelle demande, le 10 juin 2019, en raison d'une aggravation de son état de santé. Après un projet de décision de refus d'entrer en matière, l'OAI s'est fait remettre un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ et un rapport d'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ et a admis l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée, au vu de nouvelles atteintes affectant la colonne lombaire et l'épaule droite. Aussi, l'aggravation de la situation initiale, en juin 2019, n'est pas contestée, ni l'incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-soignante. Est en revanche litigieuse la question de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. L'OAI estime pour sa part, se fondant sur l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_, que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, depuis toujours. La recourante considère en revanche que son état de santé ne lui permet pas de travailler à un taux supérieur à 50 %, comme l'attestent ses médecins traitants

et comme l'a constaté l'Orif. aa) En l'espèce, le Dr K. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique, comprenant un status général, neurologique et ostéoarticulaire. Il

- 27 - a ainsi constaté qu'en dépit des douleurs alléguées, l'assurée pouvait réaliser les mouvements demandés, notamment la marche sur la pointe des pieds ou sur les talons. La marche était au demeurant normale, sans boiterie. Le reste du status neurologique était parfaitement normal, sans trouble sensitivomoteur des quatre membres ou de syndrome radiculaire, l'épreuve de Lasègue étant négative et pouvant être portée à 90° des deux côtés, mais entraînant des inguinalgies homolatérales. Au plan rachidien, il n'y avait pas de trouble statique du rachis, la mobilité lombaire et cervicale était diminuée, l'assurée présentait 1 signe comportemental de Kummel sur 2. La mobilité des deux épaules était limitée à l'élévation, mais l'assurée développait une importante résistance volontaire avec contrepulsions à la mobilisation passive des épaules en élévation et en abduction. La rotation externe était en revanche bien conservée en actif. L'épreuve de Jobe et du palm-up était douloureuse aux deux épaules, mais cependant bien tenue. La mobilité des autres articulations périphériques était conservée. Le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas trouvé de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique, ni de signes de synovite périphérique. Les manœuvres de périarthrite de hanches étaient négatives. L'assurée présentait un syndrome rotulien droit, un très discret et débutant hallux valgus gauche et une légère tendance aux avant-pieds plats transverses. Au vu de ces éléments cliniques et du dossier radiologique, le Dr K. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic principal de tendinopathie du sus-épineux et des longs chefs des biceps des deux côtés avec petite déchirure partielle de la face superficielle du tendon des deux côtés et petite bursite sous-acromio-deltoïdienne, avec status après ponction- trituration d'une tendinite calcifiante de l'épaule droite. Il a posé les diagnostics associés de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire avec troubles dégénératifs modérés des articulations sacro-iliaques et possible arthrite psoriasique (cependant peu probable et actuellement quiescente). A titre de diagnostics secondaires, il a fait état de chondropathie fémoropatellaire débutante droite avec rotule basse, status après plastie du ligament croisé antérieur et atteinte neuropathique de la branche infrapatellaire du nerf

- 28 - saphène interne, ainsi que de possible rhumatisme psoriasique peu probable car quiescent. S'agissant de ce dernier diagnostic, le Dr K. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il le retenait comme possible, mais peu probable au vu de l'absence de synovites chroniques, des radiographies normales des mains et des pieds, de l'absence d'atteinte des articulations et d'érosion. Le Dr S. \_\_\_\_\_ avait également constaté l'absence de synovites périphériques et exclu le diagnostic de rhumatisme psoriasique. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a précisé que ce diagnostic ne pouvait être totalement exclu au vu du psoriasis cutané diagnostiqué. En outre, cliniquement et radiologiquement, il n'y avait pas de signes pour une rhizarthrose droite ou gauche, malgré les douleurs alléguées. Au vu de l'ensemble de ces éléments, le Dr K. \_\_\_\_\_ a conclu que l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible. Dans une activité adaptée, à savoir permettant l'alternance des positions 2 à 3 fois par heure, sans port de charges régulier de plus de 5 kg, sans travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, sans exposition à des vibrations, sans élévation ou abduction des deux épaules au-dessus de 70°, ne nécessitant pas de force de préhension importante ou de serrage répété d'objets, sans genuflexion répétée, sans franchissement d'escabeau ou d'échelle ou d'escaliers régulier, sans marche en terrain irrégulier et sans marche de plus de 15 minutes, la capacité de travail était de 70 %. Le médecin du SMR a en outre longuement expliqué les

raisons pour lesquelles l'incapacité de travail était arrêtée à 30 %. Il a tenu compte des limitations fonctionnelles qui, se surajoutant, conduisaient à une baisse de rendement. L'incapacité de travail tenait en outre compte du diagnostic possible, mais peu probable, de rhumatisme psoriasique et de l'arthrose postérieure L4-L5 avec des poussées congestives importantes. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a ajouté qu'il ne pouvait retenir une incapacité supérieure à 30 %, notamment au vu de l'absence de sacro-illite clinique et radiologique, de synovite clinique et radiologique ou d'atteinte structurelle de l'éventuel rhumatisme psoriasique. Il n'y avait au demeurant aucune raison biomécanique pour attester une incapacité de travail supérieure.

- 29 - Il a également pris en compte les ressources de l'assurée. Ainsi, en dépit des douleurs qu'elle évaluait habituellement à 7-8/10, l'intéressée était encore capable de marcher 10 à 15 minutes, d'enlever la poussière, de préparer son petit déjeuner, de faire la vaisselle, de faire son lit, et de faire ses courses en compagnie de sa sœur qui portait les achats. Elle avait également pu voyager en 2015, en avion, et en 2019, en train. Elle n'avait en outre pas de syndrome radiculaire ou de trouble sensitivomoteur des 4 membres. L'assurée disposait encore de ressources mobilisables, étant entourée par sa famille et ses proches et semblant motivée par une reprise d'une activité à 50 %. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a observé que l'assurée s'était montrée très démonstrative seulement après lui avoir demandé sa tolérance à la position assise, faisant des grimaces et se touchant le dos, alors qu'elle ne l'avait pas fait durant les 30 premières minutes d'entretien. Il a ainsi retenu un syndrome d'amplification des plaintes, au vu de cet élément et des discordances entre les douleurs alléguées et les activités quotidiennes réalisées. L'assurée avait par ailleurs mis en échec divers traitements prescrits pour le rhumatisme psoriasique, faisant état d'effets secondaires qui ne sont généralement pas connus, alors même que les traitements s'étaient montrés efficaces. L'assurée ne portait en outre pas toutes les attelles prescrites le jour de l'examen clinique. L'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ rejoint au demeurant celle du Dr S. \_\_\_\_\_ avant lui, seule l'évaluation de la capacité de travail différant, ce qui s'explique par le fait qu'elle prend en compte de nouvelles atteintes ainsi que les interactions entre les limitations fonctionnelles. Se fondant sur son examen complet, prenant en compte les plaintes – spontanées et dirigées – de l'assurée, comportant une anamnèse détaillée, décrivant le contexte médical, comportant des conclusions claires et motivées, l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ peut se voir conférer une pleine valeur probante. cc) Les autres pièces au dossier auxquelles se rapporte la recourante ne permettent pas de remettre sérieusement en cause les

- 30 - constatations du Dr K. \_\_\_\_\_. En effet, les Drs P. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ persistent à attester une capacité de travail de 50 %, quelle que soit la situation médicale effective. Ainsi, alors qu'il ressort des radiographies du 15 septembre 2020 et du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2020 que la tendinite calcifiante s'est totalement résorbée, ce médecin évalue toujours la capacité de travail à 50 %. Il en va de même du Dr P. \_\_\_\_\_ qui, dans ses certificats, reprend les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles et atteste une capacité de travail à 50 %, sans objectiver son appréciation. Il persiste au demeurant à retenir le diagnostic de rhumatisme psoriasique, même après que le Dr S. \_\_\_\_\_ l'a écarté de manière circonstanciée. Les limitations fonctionnelles qu'il retient sont en outre les mêmes que celles constatées par le Dr K. \_\_\_\_\_. Les médecins traitants ne mettent au demeurant pas en évidence une erreur factuelle ou d'argumentation de la part du Dr K. \_\_\_\_\_, pas plus qu'ils ne l'ont fait eu égard aux conclusions de

l'expert S. \_\_\_\_\_. Ils se livrent simplement à une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui est insuffisant pour remettre en question les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. S'agissant de la gastrite auto-immune de Biemer dont fait état la Dre B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 juin 2023 ainsi que du syndrome des jambes sans repos retenu par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 juillet 2022, ces atteintes sont postérieures à la décision entreprise et échappent ainsi à l'examen judiciaire. Elles pourraient cas échéant être examinées dans le cadre du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, pour autant qu'elles aient une incidence sur la capacité de travail de l'assurée. La recourante a encore produit un rapport d'IRM du 24 juin 2022. Cet examen, qui a certes mis en évidence une progression de la chondropathie, a été réalisé postérieurement à la décision litigieuse. En ce sens, elle sort du cadre du litige. On rappellera toutefois que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais bien l'effet de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées), de sorte que le rapport d'IRM n'aurait quoi qu'il en soit

- 31 - pas suffi à remettre en cause l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_. Il en va de même du rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_ du 27 juin 2022. Comme relevé à juste titre par le SMR dans son avis du 20 juillet 2023, le fait de retenir désormais une gonarthrose tricompartmentale à prédominance fémoro- patellaire et fémoro-tibiale interne, en lieu et place du diagnostic de chondropathie fémoro-patellaire débutante droite, n'a pas d'effet sur les limitations fonctionnelles relatives au genou, ni sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, la recourante ne saurait tirer avantage des conclusions de l'Orif. Le médecin de l'Orif et le responsable d'équipe ont relevé que l'assurée avait été peu adhérente à la mesure et avait peu participé en raison de ses nombreuses absences pour des rendez-vous médicaux. Aussi, l'assurée n'avait été présente que 50 % du temps, de sorte qu'ils ont conclu que la capacité de travail était d'au moins 50 %, dans la mesure où c'est ce qu'elle avait démontré. Il est également fait état d'un comportement affirmé de l'assurée vis-à-vis de ses limitations, d'une motivation fluctuante et d'une sous-évaluation de ses capacités. Ainsi, ils ont précisé qu'ils ne disposaient pas d'arguments médico- socioprofessionnels réduisant de manière probante la capacité de travail dans une activité adaptée. En définitive, la recourante fait une lecture partielle des conclusions du rapport de l'Orif. dd) Vu ce qui précède, l'OAI pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'examen clinique du Dr K. \_\_\_\_\_ et considérer que l'assurée est capable, depuis toujours, de travailler à 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) La recourante a encore conclu à l'octroi de mesures professionnelles, notamment une aide au placement. Une telle mesure a toutefois été octroyée par l'OAI au stade du projet de décision et acceptée par la recourante. Aucune autre mesure ne se justifie, dès lors que les activités adaptées d'auxiliaire de santé, de secrétaire médicale ou de réceptionniste médicale sont envisageables, sans formation supplémentaire.

- 32 -

## **E. 7**

La recourante n'élève aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité. Ce dernier, contrôlé d'office, peut être confirmé. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a refusé d'accorder une rente d'invalidité à la recourante.

## **E. 8**

Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ni d'auditionner les Drs P.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, comme requis par la recourante au pied de ses écritures. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. Les requêtes de la recourante doivent ainsi être rejetées par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

## **E. 9**

a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des opérations adressée le 7 juillet 2023, Me Leuba a chiffré à 13 heures le temps consacré au dossier de la recourante. Ces opérations étant

- 33 - justifiées, l'indemnité de Me Leuba est arrêtée à 2'646 fr. 20, TVA par 189 fr. 20 et débours par 117 fr. compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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