

VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 285 vom 16. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__285

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 285 du 16 juin 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2025 / 285 del 16 giugno 2025

Regeste

RECHUTE, SÉQUELLE TARDIVE | 11 OLAA

Erwägungen

E. 1

Status et diagnostics Cervicalgies chroniques invalidantes post-fracture C7 ; troubles de la statique avec cyphose cervico-dorsale en nette aggravation et semblant irréversible ; déconditionnement physique en rapport et symptomatologie en rapport avec un syndrome whiplash. Syndrome dépressif réactionnel à cette situation physique. Syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Atteinte des nerfs ulnaires des deux coudes. Ostéoporose et HTA traitées. [...]

E. 3

Etat de santé depuis le mois de juin 2021 Cyphose cervico-dorsale s'aggravant et probablement irréversible. Troubles de la concentration, de la mémoire et de l'humeur, en raison d'un syndrome dépressif réactionnel, mais également en relation avec une médication importante avec effets secondaires non négligeables ; médication cependant impérative pour améliorer sa qualité de vie. [...]

E. 5

a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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 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 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

E. 6

a) En l'occurrence, il est constant que le recourant a été victime d'un premier accident le 24 mars 2012, occasionnant des fractures au niveau des vertèbres C2, C7 et Th1. Il est établi, sur la base du dossier, que ces atteintes ont été traitées conservativement et que l'intéressé, après une période d'incapacité totale de travail, a pu reprendre son activité professionnelle dès le 13 août 2012, à plein temps. Il n'est pas davantage disputé que l'assuré a été victime d'un second accident le 18 septembre 2018, dont les suites ont été considérées comme une rechute de l'événement du 24 mars 2012 (cf. avis du Dr H. _____ du 8 mai 2019), respectivement une séquelle de cet événement (cf. décision de la CNA du 22 juin 2021). Les investigations menées dans ce contexte ont démontré que les fractures subies en 2012 étaient toutes consolidées et qu'il n'y avait pas de nouvelle lésion ou de déformation sévère (cf. rapports d'examen radiologiques du Dr R. _____ des 21 et 22 octobre 2019 ; cf. rapport du Dr L. _____ du 12 mai 2020), mais qu'il existait une cyphotisation de la vertèbre D1 avec la fracture de C7, respectivement un trouble statique avec cyphose cervico-dorsale, susceptible de provoquer des douleurs chroniques au niveau de la musculature (cf. rapport du Dr W. _____ du 15 janvier 2020 ; cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020 des Drs C. _____ et G. _____ de la Clinique V. _____). Du point de vue de la médecine d'assurance, il a plus particulièrement été retenu que le cas était stabilisé et que l'intéressé disposait d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée (cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ de la Clinique V. _____, complété le 23 avril 2021 par le Dr C. _____ ; cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021). C'est sur cette base que la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 11 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % (cf. décision du 22 juin 2021), tout conservant à sa charge les anti-douleurs prescrits pour le rachis cervical et les contrôles médicaux encore

nécessaires (cf. communication de la Caisse du 5 mai 2021). Il convient encore d'ajouter, au demeurant, que la prise en charge par la CNA des événements annoncés en 2012 et 2018 n'a fait l'objet d'aucune contestation de la part de l'assuré à l'époque des faits concernés ; notamment, la décision du 22 juin 2021 est entrée en force, sans que l'intéressé n'ait usé de la faculté d'y faire opposition au sens de l'art. 52 LPGA. Il ne saurait donc être question, au stade de la présente procédure, de revenir sur les éléments y relatifs – ce que le recourant n'invoque pas, du reste. b) Cela étant, dans le cadre des démarches entreprises depuis le 7 novembre 2022 auprès de la CNA puis par-devant la Cour de céans, l'assuré a fait valoir que son état de santé s'était dégradé depuis la décision du 22 juin 2021 et ce, plus précisément, au niveau de sa colonne cervicale préalablement affectée par l'accident du 24 mars 2012. La CNA, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement le Dr N. _____, a pour sa part réfuté une quelconque détérioration des troubles d'origine accidentelle dont elle avait à répondre. aa) Il est vrai que, dans des rapports des 2 et 16 décembre 2022 puis du 4 avril 2023, le Dr U. _____ a fait mention d'une aggravation de la statique cervicale, respectivement d'une cyphose cervico-dorsale en aggravation. Ce médecin n'a cependant pas explicité ses affirmations, pas plus qu'il n'a apporté d'élément médical concret, clinique ou radiologique, susceptible d'objectiver l'aggravation évoquée. En tant qu'elles sont dépourvues de réelle motivation, les assertions péremptoires du Dr U. _____ ne sauraient dès lors être tenues pour convaincantes par le Tribunal. Quant au Dr L. _____, il a indiqué le 28 juin 2023, dans un questionnaire établi par le conseil du recourant, que le patient décrivait certes une péjoration subjective de la cyphose cervico-dorsale depuis le précédent examen réalisé en mai 2020, mais qu'une nouvelle IRM de la colonne cervicale – datée du 8 mai 2023 et dûment versée au dossier de la CNA – témoignait en revanche d'une stabilité globale du status radiologique par rapport à l'IRM de 2019. Le Dr L. _____ a, du reste, estimé que les limitations fonctionnelles décrites en 2020 par les médecins de la Clinique V. _____ demeuraient entièrement pertinentes, ce qui témoigne d'une absence d'amplification objective des atteintes. En d'autres termes, l'appréciation émise le 28 juin 2023 par le Dr L. _____ met en évidence que les troubles de la colonne cervicale du recourant n'ont pas connu d'évolution objective significative. Aucune notion d'aggravation des troubles de la colonne cervicale ne peut, en outre, être déduite du rapport du 16 mars 2023 du Dr P. _____. En particulier, les potentiels de réinnervation au niveau du myotome de C7 évoqués par le Dr P. _____ n'apparaissent guère significatifs, dans la mesure où ce médecin n'en a pas moins conclu à l'absence de souffrance radiculaire de C6 jusqu'à C8. On notera, du reste, que les potentiels de réinnervation susmentionnés ne paraissent pas résulter de développements organiques récents, dès lors que le Dr R. _____ avait déjà évoqué, le 22 octobre 2019 à la suite d'une IRM de la colonne cervicale, une discrète saillie uncarthrosique droite en C6-C7 réduisant le foramen et pouvant irriter la racine C7 droite, à corrélérer à la clinique. Là encore, on ne voit donc pas de trace tangible d'une détérioration des troubles du rachis cervical du recourant à la suite de la décision du 22 juin 2021. S'agissant par ailleurs du rapport du 12 février 2024 du Dr J. _____ produit par le recourant au cours de la présente procédure judiciaire, la Cour de céans observe que ce document ne décrit aucune évolution objective des atteintes de la colonne cervicale du recourant. Ledit rapport n'apporte donc aucun élément concret évocateur d'une aggravation des atteintes cervicales induites par l'événement de 2012, respectivement des modifications organiques constatées à la suite de l'événement de 2018. Il apparaît, en d'autres termes, que les pièces en mains de la Cour de céans ne témoignent d'aucune rechute, postérieurement à la décision du 22 juin

2021, des atteintes du rachis cervical découlant des événements accidentels précédemment annoncés à la CNA. bb) Rien au dossier ne tend par ailleurs à démontrer le développement, depuis la décision du 22 juin 2021, d'une (nouvelle) atteinte organique ou psychique susceptible d'être rattachée aux événements accidentels de 2012 et 2018. Tout d'abord, si le Dr U. _____ a transmis, avec son rapport du 2 décembre 2022, un compte-rendu du 18 mars 2022 relatif au traitement d'une appendicite au Centre hospitalier D. _____, il reste que l'on peine à voir en quoi le traitement d'une telle atteinte en mars 2022 pourrait être rattaché aux accidents subis les 24 mars 2012 et 18 septembre 2018. Il est par ailleurs constant qu'un électroneuromyogramme du 15 mars 2023 a mis en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite et une atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes (cf. rapport du Dr P. _____ du 16 mars 2023). A ce propos, il apparaît que tant le Dr P. _____, dans son rapport du 16 mars 2023, que le Dr L. _____, dans le questionnaire rempli le 28 juin 2023, ont souligné le caractère récent de la symptomatologie en question. Pour le reste, aucun avis médical au dossier ne permet d'imputer les atteintes neurologiques susdites aux événements de 2012 et 2018. Bien au contraire, le Dr L. _____ a retenu expressément, le 28 juin 2023, que les troubles affectant les membres supérieurs droits ne pouvaient pas être mis en lien avec une quelconque aggravation de l'état anatomique cervical. Peu importe, dès lors, l'évolution du syndrome du tunnel carpien évoquée le 12 février 2024 par le Dr J. _____. Il n'est pas davantage décisif que certains rapports produits consécutivement à l'annonce de rechute du 7 novembre 2022 fassent mention d'une symptomatologie compatible avec un syndrome de Whiplash, sans autre précision (cf. rapports du Dr U. _____ des 2 décembre 2022 et 4 avril 2023 ; cf. rapport du Dr P. _____ du 16 mars 2023 ; cf. rapport du Dr L. _____ du 28 juin 2023). En effet, tel était déjà le cas lors de la procédure antérieure (cf. rapport du Dr L. _____ du 12 mai 2020). Pour autant, les médecins de la Clinique V. _____ et le Dr N. _____ n'ont retenu aucun argument objectif dans ce sens aux termes de leurs avis respectifs ayant mené à la décision du 22 juin 2021, laquelle échappe à l'appréciation de la Cour de céans (cf. consid. 6a supra). En tout état de cause, il demeure que l'on ne trouve au dossier aucune indication concrète permettant de retenir que l'assuré aurait été victime d'un mécanisme de type "whiplash" ou "coup du lapin" lors des événements de 2012 ou 2018 ; plus spécifiquement, il n'est documenté dans aucun rapport médical en mains de la Cour de céans que l'assuré aurait développé le tableau clinique inhérent à ce type d'atteintes dans les suites immédiates de l'accident de 2012 ou de celui de 2018 (voir à cet égard ATF 134 V 109 consid. 9). La référence faite en 2023 à une symptomatologie de cet ordre n'apparaît donc pas pertinente. On relève également qu'au cours de la présente procédure, un syndrome dépressif réactionnel a été évoqué par le Dr U. _____ (cf. rapports du 2 décembre 2022 et du 4 avril 2023), le Dr P. _____ (cf. rapport du 16 mars 2023) et le Dr L. _____ (cf. rapport du 28 juin 2023). A cet égard, il est constant qu'un état dépressif faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée avait déjà été mentionné au cours de la procédure antérieure et avait, plus spécifiquement, conduit la CNA à tenter d'obtenir des renseignements émanant de la psychiatre traitante de l'assuré, au début de l'année 2020 – en vain. Par rapport du 12 mai 2020, le Dr L. _____ avait quant à lui relevé un état dépressif au titre de comorbidité, mais avec la précision qu'il s'agissait d'un trouble « traité et suivi », sans notion de décompensation. A cela s'ajoute qu'il a finalement été retenu, après un consilium psychiatrique du 17 septembre 2020 (cf. rapport du 15 octobre 2020 du Dr F. _____), que l'assuré présentait non pas un trouble de l'humeur mais un trouble de l'adaptation pour lequel il bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis courant 2019 (cf.

rapport du 15 octobre 2020 du Dr F. _____ ; cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ du 28 octobre 2020 ; cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021), visant à lui permettre de mieux gérer ses émotions (cf. rapport de consilium psychiatrique du Dr F. _____ du 20 octobre 2020), respectivement ses douleurs et ses troubles du sommeil (cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021) – éléments par conséquent dûment intégrés à l'appréciation médicale ayant fondé la décision du 22 juin 2021, sur laquelle il n'y a plus lieu de revenir à ce stade (cf. consid. 6a supra). Dans ces conditions, la seule évocation d'un trouble dépressif réactionnel en 2023, sans autre détail ou précision, ne permet pas de conclure sur ce plan à une péjoration significative des suites accidentelles des événements de 2012 et 2018. Du reste, c'est bien d'une dégradation de son état de santé physique dont le recourant se prévaut désormais devant la CNA (cf. opposition du 22 mars 2023). Si par ailleurs le Dr J. _____ a avancé une hypothèse diagnostique concernant les douleurs de l'assuré, estimant qu'elles pouvaient s'inscrire dans le cadre de l'interface entre le syndrome douloureux et l'aspect psychiatrique (cf. rapport du 12 février 2024), il reste qu'il n'a apporté aucun élément concret afin d'étayer la thèse proposée – que ce soit afin de mettre en doute l'appréciation précédemment défendue par les médecins de la Clinique V. _____ et le Dr N. _____, à la base de la décision définitive (cf. consid. 6a supra) du 22 juin 2021, ou en vue de démontrer qu'une quelconque péjoration de l'état de santé serait objectivement intervenue sur ce plan depuis la décision du 22 juin 2021 ; on notera en particulier que la chronification mentionnée en 2024 par le Dr J. _____ fait écho au processus d'invalidation avancé déjà évoqué par les spécialistes de la Clinique V. _____ en 2020 (cf. rapport du Dr F. _____ du 15 octobre 2020 p. 2 ; cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ du 28 octobre 2020 p. 4) et ne saurait, ainsi, être considérée comme une évolution récente. Sous cet angle également, on ne peut donc conclure à une évolution négative des atteintes induites par les événements de 2012 et 2018. Il suit de là qu'aucune séquelle tardive en lien avec les accidents annoncés en 2012 et 2018 ne peut être admise sur la base des pièces au dossier. cc) Il y a par conséquent lieu, compte tenu des observations qui précèdent, de se rallier aux avis émis par le Dr N. _____ en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, concluant à l'absence de nouveau trouble ou de notion d'aggravation de l'état de santé depuis les procédures antérieures. On soulignera en particulier que le Dr N. _____ a dûment pris position sur l'ensemble des pièces médicales recueillies au cours de la procédure administrative et qu'il en a notamment inféré que les atteintes cervicales du recourant demeuraient stables et que les diagnostics de syndrome de tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite et de légère atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes étaient des diagnostics « prépondérants à la maladie », sans lien de causalité pour le moins probable avec les accidents concernés (cf. avis des 13 janvier, 24 mai et 11 octobre 2023). Par ailleurs, les constatations émises le 12 février 2024 par le Dr J. _____, postérieurement aux avis du Dr N. _____, ne contiennent aucun élément pertinent pour l'issue du litige, ainsi qu'il a été exposé ci-avant (cf. consid. 6b/aa et bb supra). Partant, les conclusions énoncées par le Dr N. _____ apparaissent pleinement probantes. Peu important, en outre, les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'appréciation du Dr N. _____. Notamment, le seul fait que ce dernier œuvre en tant que médecin-conseil pour la CNA (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 8) ne suffit pas en tant que tel, selon la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral, à mettre en doute la fiabilité de son analyse (cf. consid. 5b supra ; cf. spéc. ATF 135 V 465 consid. 4.7). A cela s'ajoute que rien au dossier ne permet d'affirmer que le

Dr N. _____ serait « pro-assureur » (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 8), respectivement que son jugement manquerait ainsi d'objectivité ; sur ce point, il apparaît que le recourant se contente tout au plus d'invoquer péremptoirement un motif formel de récusation (voir à ce sujet ATF 148 V 225 consid. 3.4), en s'abstenant de fournir le moindre élément susceptible d'étayer objectivement ses allégations – procédé appellatoire que la Cour de céans ne peut que rejeter. Finalement, il y a lieu de souligner que l'appréciation formulée sur dossier par le Dr N. _____ n'est certes pas prolix mais qu'elle adresse néanmoins expressément et de manière motivée les éléments mis en exergue dans les rapports médicaux produits devant la CNA. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que semble penser le recourant (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 10 ; cf. réplique du 13 mars 2024 p. 1), un rapport médical établi sur la base du dossier peut se voir reconnaître pleine valeur probante lorsque, comme en l'espèce, ledit dossier restitue une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel, et que ces données sont incontestées (TF 8C_397/2019 du 6 août 2019 consid. 4.3 ; voir également TF 8C_326/2024 du 5 novembre 2024 consid. 5.2 et les références). Sous cet angle, les griefs du recourant ne sont donc pas fondés. dd) Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'il y a lieu de conclure à l'absence d'aggravation – sous forme de séquelle tardive ou de rechute – des suites des accidents subis en 2012 et 2018. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé, aux termes de la décision attaquée, d'allouer de plus amples prestations que la rente d'invalidité de déjà servie, dont le taux a ainsi été maintenu à 11 % compte tenu de l'absence de détérioration de l'état de santé pertinent. On ajoutera tout au plus, par surabondance, qu'en tant que bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accident, le recourant peut prétendre à la prise en charge des prestations pour soins et remboursement de frais aux conditions de l'art. 21 LAA, étant de surcroît rappelé que la Caisse a conservé à sa charge la médication antalgique et les contrôles médicaux liés aux suites des accidents de 2012 et 2018.

E. 7

Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit aux mesures d'instruction requises par le recourant – à savoir l'octroi à d'un délai supplémentaire afin de produire un rapport médical ou une expertise privée, respectivement la mise en œuvre d'une telle expertise, ainsi que la production du dossier de l'OAI le concernant. 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 (appréciation anticipée des preuves [ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1]). Tout au plus relèvera-t-on, s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise, que le Dr L. _____ n'a à aucun moment jugé nécessaire une telle démarche mais qu'il a simplement relevé, confronté au questionnaire soumis par le conseil de l'assuré, que les questions posées par ce dernier s'apparentaient à une demande d'expertise et excédaient ainsi les objectifs de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier D. _____ (cf. rapport du 28 juin 2023). En faisant valoir que le Dr L. _____ avait estimé nécessaire une expertise (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 10), le recourant a donc procédé à une lecture inexacte – voire biaisée – des conclusions du Dr L. _____. On précisera également, au surplus, que la problématique litigieuse vise le point de savoir si les suites des accidents de 2012 et 2018 se sont dégradées, sous l'angle d'une rechute ou d'une séquelle tardive, depuis la décision du 22 juin 2021 (cf. consid. 2 supra). Cette problématique relève ainsi de notions propres à l'assurance-accidents (cf. consid. 4c supra) et implique,

généralement, un fardeau de la preuve incombant en première ligne à l'assuré (cf. consid. 4d supra). Dès lors que ce dernier ne soutient ni ne démontre que les pièces en mains de l'OAI pourraient contenir des éléments décisifs pour l'issue de l'affaire, on voit d'autant moins ce qui justifierait d'en ordonner la production.

E. 8

a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que Me Duc peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. A cet égard, Me Duc a produit le 28 mai 2025 une liste des opérations couvrant la période du 5 janvier 2024 au 28 mai 2025. Cette liste fait état de 7 heures et 15 minutes d'activité – soit 20 minutes réalisées par Me Duc et 6 heures et 55 minutes effectuées par Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire jusqu'au 31 mai 2025 selon les indications publiées dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud (FAO n° 47, du 13 juin 2025). Les opérations annoncées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Ainsi, le temps consacré à la présente affaire doit être indemnisé au tarif horaire de 110 fr. pour les opérations imputables à Me Stucki (art. 2 al. 1 let. b RAJ) et de 180 fr. pour les opérations attribuées à Me Duc (art. 2 al. 1 let. a RAJ), sans égard aux tarifs de respectivement 180 fr. et 300 fr. mentionnés dans le relevé du 28 mai 2025. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité d'office à 931 fr. 70 ([20 min. × 180 fr./h] + [3 fr. ; débours] + [8.1 % ; TVA 2024] + [6h55 × 110 fr./h] + [38,05 fr. ; débours] + [8,1 % ; TVA 2024]), débours et TVA compris (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]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 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 (art. 5 RAJ).

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