

# **VD\_GERICHTE CO07.034699 vom 28. April 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-04-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_CO07.034699](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_CO07.034699)

FR: VD\_GERICHTE CO07.034699 du 28 avril 2016

IT: VD\_GERICHTE CO07.034699 del 28 aprile 2016

## **Erwägungen**

### **E. 3.1**

L'appelant invoque le non-respect par le personnel médical du devoir d'information et le défaut de consentement éclairé à la radiculographie du 6 mai 2002. Il expose que cette intervention, lors de laquelle il a été infecté aux staphylocoques dorés qui ont finalement causé sa tétraplégie, aurait pu être remplacée par une IRM, examen non invasif. L'intimé ne disposant pas d'un tel équipement en 2002, cet hôpital aurait, pour des raisons de commodité, renoncé à le transférer dans un autre établissement et préféré entreprendre une radiculographie, sans l'informer de cette alternative qu'il eût bien évidemment préférée à l'intervention entreprise. Concrètement, l'intimé n'aurait que brièvement expliqué à l'appelant le déroulement de l'intervention immédiatement avant qu'elle débute, sans l'informer du risque faible mais gravissime d'infection et sans lui laisser le temps de prendre une décision en connaissance de cause. Dès lors, l'intimé aurait failli à son devoir d'information et le consentement hypothétique de l'appelant à la radiculographie entreprise ne pourrait être retenu. L'intimé reconnaît ne pas avoir donné le choix à l'appelant entre une radiculographie et une IRM. Il rappelle toutefois qu'en 2002, très peu d'hôpitaux disposaient d'une IRM. Pour pouvoir procéder à un tel examen, il aurait donc fallu transférer l'appelant, âgé de septante-quatre ans et souffrant de fortes douleurs, au CHUV, alors que la radiculographie, examen simple, largement pratiqué et pour lequel le Dr N. \_\_\_\_\_

- 18 - disposait d'une longue expérience, pouvait être pratiquée sur place. L'intimé rappelle que de l'avis de tous les experts consultés, le risque d'abcès épidual lors d'une radiculographie est rarissime, de sorte qu'il n'aurait pas à être porté à la connaissance du patient. Confronté au choix entre une radiculographie, dont le risque d'infection n'avait pas à lui être communiqué, et une IRM impliquant un transfert au CHUV, l'appelant, alors hospitalisé à l'Hôpital [...] et ayant déjà subi diverses interventions, aurait sans nul doute opté pour la radiculographie, de sorte que son consentement hypothétique serait donné.

### **E. 3.2**

La jurisprudence a établi que l'exigence d'un consentement éclairé se déduit directement du droit du patient à la liberté personnelle et à l'intégrité corporelle. Une opération médicale entreprise sans informer le patient ni recueillir son consentement constitue en soi un acte contraire au droit, qui affecte l'ensemble de l'intervention, même si celle-ci a été effectuée dans le respect des règles de l'art. Pour faire obstacle à l'illicéité de l'atteinte, il faut disposer d'un fait justificatif, qui, en matière médicale, consiste habituellement dans le consentement éclairé du patient, lequel est donné lorsque le malade donne son accord à l'intervention en étant suffisamment renseigné pour pouvoir décider en connaissance de cause (ATF 133 III 121 consid. 4.1.1 et les réf. citées). Le corollaire du consentement éclairé est le devoir d'information du médecin, qui relève de ses obligations contractuelles

(ATF 117 Ib 197 consid. 2a ; ATF 116 II 519 consid. 3b). Si le médecin ne satisfait pas à ce devoir, alors le consentement ne peut être éclairé, puisque le patient n'est pas en mesure de donner son accord en connaissance de cause. Le médecin doit ainsi donner au patient, en termes clairs, intelligibles et aussi complets que possible, une information sur le diagnostic, la thérapie, le pronostic, les alternatives au traitement proposé, les risques de l'opération, les chances de guérison, éventuellement sur l'évolution spontanée de la maladie et enfin sur les questions financières, notamment relatives à l'assurance (ATF 133 III 121 consid. 4.1.2). S'agissant plus spécifiquement des risques concrets de l'opération et des alternatives au traitement proposé, éléments

- 19 - ressortissant typiquement à l'appréciation subjective du médecin traitant (ATF 113 Ib 420 consid. 4), la jurisprudence n'a pas tracé de contours très clairs, de sorte que cette composante du devoir d'information dépend largement des circonstances du cas particulier (Manai, Le devoir d'information du médecin en procès, SJ 2000 341, p. 352). Le principe est de libérer le praticien de son devoir d'information lorsque le risque est atypique, inhabituel ou minime (Devaud, L'information en droit médical, 2009, pp. 158 ss et les réf. citées). Ainsi, un risque absolument imprévisible, voire tellement exceptionnel qu'on ne saurait l'envisager, n'a pas à être révélé (Ney, La responsabilité des médecins et de leurs auxiliaires notamment à raison de l'acte opératoire, 1979, p. 74). La portée du devoir d'information ne dépend cependant pas uniquement de la fréquence statistique : un risque statistiquement rare doit être mentionné si sa survenance causerait un dommage étendu, altérant gravement la qualité de vie du patient (Devaud, op. cit., pp. 158 ss et les réf. citées ; Manai, op. cit., p. 352). Quand le patient a déjà subi une ou plusieurs opérations du même genre, l'information sur les risques de l'intervention peut être plus limitée (TF 4C.348/1994 du 31 mai 1995, consid. 5a, publié partiellement in SJ 1995 708). Il incombe au médecin d'établir qu'il a satisfait à son devoir d'information, dans la mesure où celui-ci existait, et qu'il obtenu le consentement éclairé du patient préalablement à l'opération (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; TF 4C.66/2007 du 9 janvier 2008 consid. 5.1). En l'absence de consentement éclairé, la jurisprudence reconnaît au médecin la faculté de soulever le moyen du consentement hypothétique du patient. Le praticien doit alors établir que le patient aurait accepté l'opération même s'il avait été dûment informé. (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3 ; Manai, op. cit., p. 358). Là aussi, le fardeau de la preuve incombe au prestataire de soins, le patient devant toutefois collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3). Cela étant, le consentement hypothétique ne peut en principe pas être admis lorsque le genre et la gravité du risque encouru auraient nécessité un besoin accru

- 20 - d'information, auquel le médecin n'a pas satisfait (ATF 133 III 121 consid. 4.1.3).

### **E. 3.3**

En l'espèce, les premiers juges, après avoir exposé les principes applicables en matière d'information et de consentement hypothétique, ont considéré que la survenance d'un abcès épidual après une radiculographie était exceptionnelle et que, selon les données existant dans la littérature médicale, la fréquence de l'abcès épidual était de 0.2 à 1.2 cas pour 10'000 admissions à l'hôpital, soit un risque statistiquement très faible, largement inférieur à 1%. Même si les conséquences de cette infection pouvaient être graves, ce risque ne pouvait pas être présenté comme important et n'engendrait pas un besoin accru d'information qui exclurait l'existence d'un consentement hypothétique. De l'avis des premiers juges, ceci

postulait très certainement en faveur d'une acceptation par l'appelant de l'intervention proposée par l'intimé si cette dernière lui avait indiqué le risque statistique qu'elle était à même d'apprécier, qui ne pouvait pas être présenté comme important. Au surplus, le demandeur n'avait nullement établi de motif de refus, alors que s'il entendait faire porter le débat sur cette question, il lui incombait de collaborer à la preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser l'opération s'il en avait connu les risques. Ce raisonnement peut être confirmé. Un risque statistique aussi faible (moins de 0,01%), que l'expert hors procès [...] a qualifié d'exceptionnel, aucun cas n'ayant été décrit dans la littérature médicale ces 30 dernières années – l'expert judiciaire L. \_\_\_\_\_ ayant au demeurant déclaré en audience que c'était le premier cas qu'il voyait – était si imprévisible que son information n'avait pas à être donnée, même si les conséquences de sa réalisation étaient potentiellement graves. Respectivement, il faut considérer que le patient aurait consenti à une telle intervention si on lui en avait donné le choix. A ce propos, il convient de souligner qu'au considérant 8.2 de son arrêt du 20 décembre 2013 relatif à l'assistance judiciaire, le Tribunal fédéral n'a pas contesté le raisonnement des premiers juges en tant que tel, mais a uniquement

- 21 - relevé que ceux-ci n'avaient pas examiné si le médecin devait informer le patient d'une possibilité d'IRM sans geste invasif, à exécuter dans un autre établissement hospitalier, ou s'il pouvait s'en dispenser. Le 1er mai 2002, l'appelant a signalé des douleurs sciatiques, soit une très importante douleur irradiant dans la fesse et la jambe gauche jusqu'au pied. Le Dr [...] a diagnostiqué une paralysie complète des releveurs du pied et une atteinte aiguë de la racine lombaire L5 avec un pied tombant paralytique et un signe de Lasègue positif à 45°. Il en a déduit un syndrome radiculaire aigu. La radiculographie a été effectuée le

## **E. 6**

mai 2002. Dès lors qu'il a été retenu plus haut que le risque d'abcès épidual n'avait pas à être révélé au titre du devoir d'information du médecin, au vu de son aspect exceptionnel et imprévisible, il convient de se demander exclusivement si, placé devant l'alternative radiculographie sur place ou IRM moins invasive dans un autre hôpital équipé, l'appelant, dans les circonstances du cas d'espèce, aurait choisi la deuxième possibilité. Certes, le fardeau de la preuve du consentement hypothétique appartient au médecin, mais le patient doit collaborer à cette preuve en rendant vraisemblable ou au moins en alléguant les motifs personnels qui l'auraient incité à refuser cette intervention. Au vu de la situation du patient, qui souffrait d'importantes douleurs irradiantes dans la fesse et la jambe gauche jusqu'au pied avec un pied devenant paralytique, celui-ci aurait selon toute vraisemblance choisi la radiculographie, laquelle ne présentait aucun risque qui aurait dû lui être exposé. Certes, elle impliquait une ponction lombaire, alors que l'IRM était moins invasive, mais pour un patient souffrant de douleurs importantes et d'une paralysie naissante, le confort d'une intervention rapide dans l'hôpital même, plutôt qu'un déplacement dans un autre établissement dont il fallait réserver et organiser la prise en charge, était tel qu'un consentement hypothétique peut être retenu à cet égard. C'est d'autant plus le cas qu'il ne s'agissait par ailleurs pas d'une opération importante, mais d'un simple examen destiné à déterminer l'origine de ses douleurs, et que le caractère invasif de la radiculographie, qui impliquait certes une ponction, doit être relativisé. L'appelant n'a pas invoqué de motif personnel qui lui aurait fait préférer une intervention moins invasive, par exemple sa crainte pour son

- 22 - intégrité corporelle, voire à l'égard d'une ponction. On relèvera à cet égard qu'il avait déjà subi plusieurs interventions chirurgicales, notamment, peu de temps auparavant, la mise en place d'une prothèse totale du genou droit, ce qui montre qu'il ne craignait pas des interventions nettement plus invasives que la ponction qu'impliquait la radiculographie. Il doit ainsi être retenu que l'intimé, en n'informant pas l'appelant du risque d'abcès épidual, n'a pas failli à son devoir d'information, et que placé devant l'alternative radiculographie ou IRM, l'appelant aurait porté son choix sur la première, de sorte que son consentement hypothétique peut être admis. Le grief tiré du défaut d'information et de consentement hypothétique est donc mal fondé. 4. 4.1 L'appelant fait valoir une faute médicale commise à l'occasion de la radiculographie du 6 mai 2002. Il estime qu'une obligation maximale incomberait à l'hôpital en matière d'hygiène et de stérilité, la faute d'asepsie étant présumée en cas d'infection consécutive à une injection et le renversement de cette présomption étant à la charge de l'hôpital. Or l'intimé n'aurait à aucun moment tenté d'apporter la preuve libératoire, en prouvant qu'il aurait pris toutes les précautions d'hygiène et de stérilité requises. Bien plus, la radiculographie n'aurait fait l'objet d'aucun protocole, ce qui rendrait tout contrôle de l'asepsie impossible. L'intimé aurait donc violé les règles de l'art au moment de procéder à la radiculographie, et ce indépendamment de l'excellente réputation du médecin traitant et du surpoids de l'appelant, au demeurant non pertinent. L'intimé, pour sa part, estime que l'inexistence d'un rapport d'intervention ne constituerait pas encore une violation des règles de l'art. Il souligne qu'en 2002, il n'existait pas de directive écrite à ce sujet et qu'il n'était pas dans les usages dans les hôpitaux de zone de rédiger des protocoles d'intervention. Il se réfère à la description de l'intervention rédigée postérieurement par le Dr N. \_\_\_\_\_ et rappelle que le

- 23 - déroulement de la radiculographie n'aurait été critiqué par aucun des experts. Cet examen constituerait une intervention bénigne, nécessitant des opérations de stérilité classiques, effectuées en l'espèce par des praticiens expérimentés. Il ne pourrait dès lors se voir reprocher aucune violation des règles de l'art. Au demeurant, un lien de causalité adéquate ferait défaut entre cette intervention et l'état actuel de l'appelant, celui-ci étant la conséquence de la polyneuropathie contractée durant son séjour aux soins intensifs. 4.2 Au considérant 9 de son arrêt du 20 décembre 2013 relatif à l'assistance judiciaire, le Tribunal fédéral a considéré que la question du respect des règles de l'art lors de la radiculographie du 6 mai 2002 devait s'analyser au regard de deux problématiques : d'une part, il convenait de déterminer si l'inexistence de tout rapport d'intervention constituait une violation du devoir de documentation imputable à la défenderesse ; dans l'affirmative, l'incidence de ce manquement sur le sort de l'action devait être discutée. D'autre part, il y avait lieu d'apprécier si l'établissement hospitalier avait été en mesure de renverser la présomption de faute d'asepsie dont bénéficie le patient qui recherche le médecin ensuite d'une infection consécutive à une injection intra-articulaire, conformément à l'ATF 120 II 248. Il convient donc d'examiner successivement ces deux aspects. 4.3 S'agissant de l'obligation de documentation du médecin, le Tribunal fédéral, dans un arrêt récent publié aux ATF 141 III 364, a posé au considérant 5 le principe que le but premier de cette obligation est d'ordre médical, à savoir assurer le traitement adéquat du patient. Selon notre Haute Cour, l'aspect procédural de cette obligation, en ce sens qu'elle permet l'obtention de moyens de preuve, n'est que secondaire et ne justifie pas un devoir plus étendu. L'absence de documentation d'une intervention qui n'en nécessiterait pas sous l'angle médical ne saurait porter préjudice au médecin sous l'angle de la preuve dans le cadre d'un litige postérieur. Ainsi, seuls doivent être documentés les faits et actes essentiels d'un point de vue médical, les gestes

usuels, courants voire évidents n'étant pas soumis à l'obligation de documentation.

- 24 - En l'espèce, il résulte de l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2015, ordonnée en deuxième instance, qu'en 2002, il n'était pas d'usage de rédiger un protocole d'intervention décrivant de manière détaillée la procédure pour un examen tel qu'une radiculographie. Par contre, les règles de bonne pratique et l'usage, en 2002 comme aujourd'hui, voulaient que le compte rendu de l'examen de radiculographie mentionne brièvement la technique utilisée. Ce compte rendu devait également décrire le résultat de l'examen et apporter en conclusion un examen radiologique. L'expert a joint la copie du compte rendu tirée du système d'information radiologique de l'Hôpital de Montreux. Le deuxième paragraphe décrit la technique utilisée, la façon de la décrire étant la technique elle-même. Suivant les usages et règles de l'art, il n'est pas fait mention du consentement oral du patient dans ce document, ce qui ne surprend pas l'expert et correspond selon ses dires à la façon habituelle de travailler de 2002. Il ne faudrait cependant selon lui pas en conclure que le patient n'a pas eu les explications habituelles ou la possibilité de manifester son désaccord. L'expert V. \_\_\_\_\_ a par ailleurs confirmé que la pratique de la radiculographie telle que décrite par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans la pièce 1001 était conforme aux règles de l'art, telles qu'admises et pratiquées en 2002. Il faut ainsi constater que s'agissant d'un examen courant nécessitant des gestes médicaux classiques, il n'y avait pas de motif d'ordre médical de documenter l'intervention en elle-même dans un protocole, de sorte que le devoir de documentation du praticien était inexistant à cet égard. Pour le surplus, le compte-rendu rédigé correspondait aux règles de l'art de l'époque. Il n'y donc a pas eu de violation de la part du personnel traitant du devoir de documentation. Il s'ensuit que les conséquences de la violation d'un tel devoir n'ont pas à être examinées. 4.4 S'agissant de la présomption de faute d'asepsie, le Tribunal fédéral a jugé que dans le cas d'une infection consécutive à une injection intra- ou périarticulaire, le patient qui recherche le médecin bénéficie en

- 25 - principe d'une présomption de fait au stade de l'appréciation des preuves, en ce sens que le juge doit constater la faute d'asepsie, faute qui est une violation des règles de l'art, si la partie défenderesse n'affaiblit ou n'ébranle (« erschüttert » dans le texte allemand) pas cette présomption, ce qu'elle peut faire en indiquant les précautions concrètement appliquées lors de l'intervention et médicalement recommandées pour prévenir l'irruption de gènes pathogènes. A défaut de cette contre-preuve, la partie défenderesse ne peut pas utilement opposer au patient le risque résiduel à tout acte invasif (ATF 120 II 248 consid. 2c, JdT 1995 I 559). La présomption de fait a la même structure que les présomptions légales, à ceci près que le tribunal conclut du fait-prémisse au fait à prouver en se fondant sur son expérience de la vie ; le ressort de la présomption est donc toujours la forte probabilité que le fait à prouver découle du fait-prémisse. La portée de la présomption varie cependant selon le degré de généralité et d'abstraction de la règle d'expérience ainsi formulée. Si la présomption se fonde exclusivement sur des règles d'expérience et prend la forme d'une règle générale et abstraite qui dépasse le cas concret, elle opère un allègement du fardeau de la preuve pour l'avenir : les futurs plaideurs pourront l'invoquer comme ils le feraient pour une présomption légale. Si la présomption résulte des indices existant dans le cas concret et n'est pas érigée en règle générale, elle relève de l'appréciation des preuves par le tribunal. Elle peut faciliter la preuve en pratique, mais n'opère, au sens technique, ni un renversement du fardeau de la preuve ni même un allègement de ce fardeau. Le tribunal peut cependant, au vu de son expérience de la vie, se fonder sur le fait- indice pour admettre

que la preuve a été rapportée. Lorsque le fait-indice est prouvé, l'autre partie n'a pas le fardeau de la preuve du contraire, car le tribunal reste libre d'apprécier la force du fait-indice dans le cas concret. La présomption de fait ne relève plus alors de l'art. 8 CC, mais du droit de procédure sur l'administration des preuves (Steinauer, Traité de droit privé suisse II/1, Le titre préliminaire du Code civil, 2009, nn. 654-658 pp. 249- 250). L'autre partie peut apporter une contre-preuve, qui aboutit dès que la preuve principale est affaiblie et il n'est pas exigé que le juge soit persuadé de l'exactitude de la contre-preuve (Lardelli, Basler Kommentar,

- 26 - Zivilgesetzbuch I, 5e éd., 2014, n. 87 ad art. 8 CC : cf. ATF 120 II 393, JdT 1995 I 571 : ATF 130 III 321 consid. 3.4, JdT 2005 I 618). La présomption que, si un traitement médical produit des effets négatifs, toutes les mesures n'ont pas été prises, relève de la deuxième catégorie et de l'appréciation des preuves (Steinauer, op. cit, n. 658 p. 250, en référence précisément à l'ATF 120 II 248). L'expert L.\_\_\_\_\_ a considéré que les actes médicaux exécutés sur la personne de l'appelant étaient conformes aux exigences de la science médicale. A l'allégué de l'intimé selon lequel l'infection subie par le demandeur lors de la radiculographie n'était pas due à une violation des règles de l'art, il a répondu qu'il ne lui était pas possible de répondre à cet allégué car il n'avait pas d'information sur la technique proprement dite, l'hôpital ne disposant pas de protocole pour ce genre de geste à l'époque. Il aurait ainsi été rassurant de pouvoir s'appuyer sur un protocole (« check-list ») passant en revue les différents temps de l'intervention, notamment la désinfection. L'expert a en outre relevé que le Dr N.\_\_\_\_\_ était un médecin expérimenté dans les gestes diagnostiques neurologiques, que le geste avait été compliqué par le surpoids du patient et que l'infection était une complication rare mais classique de chaque intervention invasive. L'expert a conclu que malgré l'absence d'un protocole, il n'avait pas de raison de penser que des fautes de stérilité aient été commises durant l'intervention. A l'allégué de l'intimé selon lequel aucune violation des règles de l'art ne pouvait être reprochée à la défenderesse, il a à nouveau répondu qu'il ne lui était pas possible de répondre par l'affirmative sans protocole de prise en charge d'une radiculographie à l'Hôpital et sans être sûr que ledit protocole, notamment les phases d'asepsie, aient été scrupuleusement respecté. Il a toutefois finalement relevé qu'une complication infectieuse telle que celle survenue à la suite de la radiculographie du 6 mai 2002 n'était probablement pas imputable à une violation des règles de l'art. Quant à l'expert hors-procès [...], quand bien même il ne s'est pas expressément déterminé sur le respect des règles de désinfection, il a considéré que les documents à disposition ne permettaient pas d'établir

- 27 - que les règles de la science médicale n'auraient pas été respectées lors de la radiculographie. Le Dr N.\_\_\_\_\_ dit avoir procédé conformément à la note rédigée postérieurement (pièce 1001), soit notamment de la manière suivante : « Matériel. Il est déposé stérilement sur une petite table, recouverte d'un champ stérile (seringues, aiguilles à ponction lombaires, compresses, petit récipient pour désinfections). Examen. (...) Une désinfection du point de ponction est réalisée (...) ». Entendu comme témoin, il a relevé être toujours très sensible à l'asepsie et prendre toutes les précautions nécessaires à cet égard (masques, gants stériles, champs stériles, etc.). Il a confirmé qu'en l'occurrence tout avait été fait comme à l'habitude. De l'avis de la Cour de céans, ces éléments sont suffisants pour retenir que l'intimé a apporté des doutes suffisants pour renverser la présomption de fait de faute d'asepsie, sur la base conjointe de l'expertise, qui considère qu'aucun élément ne permet de conclure à des fautes de stérilité, de la bonne réputation du Dr N.\_\_\_\_\_, et du

descriptif de l'intervention rédigé par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui a confirmé être toujours très sensible à l'asepsie et prendre toutes les précautions nécessaires à cet égard et qu'en l'occurrence tout avait été fait comme à l'habitude. Par ailleurs, on ne saurait opposer à l'intimé, pour mettre en doute la contre-preuve qu'il a apportée, l'absence de protocole, dont il a précisément été déterminé au considérant 4.3 ci-dessus que la tenue n'était pas nécessaire sous l'angle de l'obligation de documentation, la documentation d'un élément de routine ou d'une évidence médicale, comme celle de la désinfection du point de ponction et du respect des mesures de stérilité, n'étant pas exigée. Partant, force est de constater que la présomption de fait de faute d'asepsie a été renversée. Dès lors, la question du lien de causalité avec le dommage subi, contesté par l'intimé, peut demeurer ouverte. Le

- 28 - grief tiré de la violation des règles de l'art lors de la radiculographie du 6 mai 2002 est mal fondé. 5. Il résulte des considérants qui précèdent que l'appel doit être rejeté et le jugement entrepris confirmé. Les frais judiciaires de deuxième instance, qui doivent être arrêtés à 11'770 fr., soit 10'970 fr. d'émolument forfaitaire (art. 62 al. 1 TFJC [tarif des frais judiciaires civils du 28 septembre 2010 ; RSV 270.11.5]) et 800 fr. de frais d'expertise (art. 91 al. 1 TFJC), seront provisoirement laissés à la charge de l'Etat dès lors que l'appelant est au bénéfice de l'assistance judiciaire (art. 122 al. 1 let. b CPC). L'appelant versera à l'intimé la somme de 15'000 fr. à titre de dépens de deuxième instance (art. 122 al. 1 let. d CPC et art. 7 al. 1 TDC [tarif des dépens en matière civile du 23 novembre 2010 ; RSV 270.11.6]). En date du 26 avril 2016, Me Philippe Mercier, conseil d'office de l'appelant, a produit une liste des opérations effectuées durant la période allant d'août 2012 à avril 2016, en précisant qu'il n'avait pas pris en compte la procédure d'assistance judiciaire ayant abouti à l'arrêt du Tribunal fédéral du 20 décembre 2013, ce dernier ayant indiqué que les frais d'assistance judiciaire de l'appelant étaient couverts par les dépens alloués. La liste des opérations contient une description du mandat et énumère en détail chaque opération effectuée, sans indiquer combien de temps a été consacré à chaque poste. Elle fait état d'un temps estimatif consacré au mandat de 96 heures. Même compte tenu de la nature et de la complexité du litige, ce temps de travail paraît quelque peu surévalué. En particulier, il faut relever que la liste des opérations mentionne les activités effectuées dès le mois d'août 2012, alors que dans sa décision du 25 mars 2014, le Juge délégué de la Cour de céans avait mis l'appelant au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 26 avril 2013. Pour les correspondances et les téléphones, il se justifie, en comptant une moyenne de 15 minutes par correspondance et de 20 minutes par téléphone, d'admettre un total de 26 heures. Pour le mémoire d'appel de

- 29 - 19 pages, la réplique de 16 pages, les déterminations sur le rapport d'expertise et les autres opérations, un total de 44 heures peut être comptabilisé. Partant, il convient de réduire l'indemnité d'office de Me Mercier à un total de 70 heures de travail. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a RAJ (règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), l'indemnité doit être fixée à 12'600 fr., montant auquel il faut ajouter des débours forfaitaires par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ) ainsi que la TVA par 8 % sur le tout, ce qui porte l'indemnité d'office de Me Mercier à un total de 13'716 fr., TVA et débours compris. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité au conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

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