

## **VD\_GERICHTE ZA17.050685 vom 27. März 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-03-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA17.050685](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.050685)

FR: VD\_GERICHTE ZA17.050685 du 27 mars 2018

IT: VD\_GERICHTE ZA17.050685 del 27 marzo 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

En l'espèce, il ressort clairement du rapport médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 2 novembre 2017, que l'état médical de M. S. \_\_\_\_\_ n'est pas stabilisé. En effet, selon le Dr N. \_\_\_\_\_, un traitement de physiothérapie intensive a de bonnes chances d'améliorer la mobilité de l'épaule gauche de l'assuré. Celui-ci pourrait peut-être même reprendre son activité de plâtrier peintre à 50% au moins au bout de

#### **E. 3**

Ces constatations contredisent les affirmations de la Dre B. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 août 2017, selon lesquelles aucune mesure thérapeutique ne pourrait prétendument améliorer la situation de l'assuré. Les avis contraires du Dr N. \_\_\_\_\_ et des médecins de la CRR sont toutefois positifs pour M. S. \_\_\_\_\_. En effet, celui-ci conserve un espoir plus que raisonnable de voir sa mobilité de l'épaule gauche améliorée, et de reprendre un jour son activité de plâtrier-peintre, au moins à temps partiel. Il s'agit d'une excellente nouvelle pour l'assuré, dont le moral était au plus bas à l'idée d'être diminué dans sa capacité de travail, et qui souhaite reprendre le plus rapidement possible son ancienne profession.

#### **E. 4**

La prise en charge du traitement médical est toutefois nécessaire pour atteindre ce résultat. En effet, la franchise d'assurance-maladie M. S. \_\_\_\_\_ s'élève à CHF 2'500.-, et il ne perçoit plus d'indemnités journalières, ce qui précarise fortement sa situation financière déjà difficile. Il n'a donc pas les moyens de financer son traitement de physiothérapie.

#### **E. 5**

Vu que l'état médical de M. S. \_\_\_\_\_ n'est pas stabilisé, la SUVA doit continuer à prendre en charge le traitement médical. Elle semble d'ailleurs reconnaître cet état de fait, puisqu'elle a accepté de prendre en charge le traitement antalgique de l'assuré. La SUVA doit également continuer le versement des indemnités journalières. En revanche, il ne se justifiait pas de statuer sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

#### **E. 6**

Sur le vu de tout ce qui précède, l'opposition doit être rejetée. [...] Par mail du 15 novembre 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_ s'est en substance renseigné auprès de la SUVA sur la prise en charge du traitement de physiothérapie. Il lui a été répondu le même jour qu'une décision sur opposition avait été notifiée au conseil de l'assuré et que cette décision confirmait «notamment notre prise de position concernant la prise en charge du traitement de physiothérapie avec effet au 31.10.2017». B. a) Par acte du 24 novembre 2017, S. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal. Il a

conclu, à titre de mesures provisionnelles, à la prise en charge provisoire par l'intimée de son traitement de physiothérapie et, sur le fond, à l'annulation de la décision sur opposition du 14 novembre 2017 et à ce qu'il "a droit à de plus amples prestations d'assurance-accidents". Par décision du 27 novembre 2017, le juge instructeur a fait droit à la requête du recourant et lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire, à savoir l'assistance d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc, avec effet au 24 novembre précédent. b) Par déterminations du 3 janvier 2018, la CNA a conclu à l'irrecevabilité de la requête de mesures provisionnelles, subsidiairement au rejet. Elle soutient que la décision du 14 novembre 2017 n'a pour objet que le droit du recourant à une rente d'invalidité à partir du 1er novembre 2017 et que le droit au traitement du recourant n'y est pas concerné. En conséquence, la requête de mesures provisionnelles devrait être déclarée irrecevable. Par déterminations du 10 janvier 2018, le recourant a soutenu que la correspondance du 11 septembre 2017 ne constituait pas une décision. Or, selon le recourant, rendre une décision sur le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité implique

- 10 - que l'assurance considère que l'état médical est stabilisé et ait mis fin à la prise en charge du traitement médicale et aux indemnités journalières. Il a confirmé ses conclusions provisionnelles. Dans une écriture du 22 janvier 2018, la CNA a fait valoir que la correspondance du 11 septembre 2017 constituait une décision au sens de l'art. 51 LPGA. Elle a également produit une appréciation médicale de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, qui a notamment la teneur suivante : "En nous référant aux examens cliniques réalisés par le Docteur N.\_\_\_\_\_ et par la Docteure B.\_\_\_\_\_, la fonction de l'épaule n'est guère limitée, mais il apparaît rapidement des douleurs. De ce fait, de manière générale, nous relevons qu'en présence d'une fonction articulaire de l'épaule guère limitée, la physiothérapie spécifique proposée par le Docteur N.\_\_\_\_\_ améliorerait probablement l'état de santé dans le sens d'une réduction ou disparition des douleurs dues à la dyskinésie de l'omoplate. En sachant que chez Monsieur S.\_\_\_\_\_, la dyskinésie de l'omoplate a déjà été constatée au début du séjour à la Clinique Romande de Réadaptation, nous avons peine à penser que ce dernier n'a pas bénéficié de la physiothérapie spécifique à son problème. Le Docteur N.\_\_\_\_\_ mentionne encore «Actuellement la capacité de travail dans un travail adapté (à hauteur d'établi, avec un travail non répétitif, sans port de charges de plus de 5 kg et sans vibration) est totale. Dans son ancienne profession, j'ai bon espoir qu'avec une physiothérapie adaptée, il puisse reprendre au moins 50%, mais il faut se donner au moins trois mois de physio adaptée». Le Docteur N.\_\_\_\_\_ reconnaît donc que Monsieur S.\_\_\_\_\_ a déjà une capacité totale dans une profession adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles précitées. Cette capacité déjà totale ne peut donc s'améliorer grâce à la physiothérapie spécifique proposée. Quant à l'amélioration de la capacité de travail pour atteindre tout au moins les 50% dans la profession exercée auparavant, elle est possible, mais cette ancienne profession de plâtrier-peintre, suite à une atteinte de la coiffe des rotateurs chez Monsieur S.\_\_\_\_\_, n'est plus exigible. En effet, suite à une atteinte de la coiffe des rotateurs, bien qu'opérée, les mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontale, tout comme le port de charge répété sont à éviter. Conclusions La physiothérapie spécifique en cas de dyskinésie de l'omoplate proposée par le Docteur N.\_\_\_\_\_ est probablement en mesure de réduire les douleurs dues à cette dernière. Chez Monsieur S.\_\_\_\_\_, cette dyskinésie de l'omoplate a déjà été constatée lors de son séjour à la Clinique Romande de Réadaptation, par conséquent Monsieur S.\_\_\_\_\_ a très certainement déjà bénéficié de la physiothérapie spécifique

proposée par le Docteur N.\_\_\_\_\_.

- 11 - Il est possible que la physiothérapie spécifique proposée par le Docteur N.\_\_\_\_\_ améliore la capacité de travail pour atteindre au moins 50% dans l'ancienne profession de Monsieur S.\_\_\_\_\_, mais cette profession n'est plus considérée comme étant exigible par les médecins de la Clinique Romande de Réadaptation tout comme par la Docteure B.\_\_\_\_\_. En sachant que suite à une atteinte de la coiffe des rotateurs, bien qu'opérée, les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité prolongée et/ou répétitive au-dessus du plan des épaules, pas d'activité prolongée et /ou répétitive avec le membre supérieur gauche en porte-à-faux, pas de port de charges lourdes répétitives supérieures à 5-10 kg, doivent être retenues, la profession de plâtrier-peintre ou maçon n'est plus compatible. Ces limitations fonctionnelles ont d'ailleurs été émises par les médecins de la Clinique Romande de Réadaptation tout comme par la Docteure B.\_\_\_\_\_. La capacité de travail dans une profession adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées chez Monsieur S.\_\_\_\_\_ est totale, donc elle ne peut pas encore être améliorée. Réponse aux questions Le traitement de physiothérapie proposé par le Dr N.\_\_\_\_\_ est-il propre à améliorer de manière sensible l'état de santé du recourant, soit lui permettre d'améliorer ou de récupérer sa capacité de travail ? Dans le sens d'une amélioration de l'état de santé consistant en une réduction des douleurs, peu probable, puisque Monsieur S.\_\_\_\_\_ a très certainement bénéficié de cette forme de physiothérapie lors de son séjour en mai 2017 à la Clinique Romande de Réadaptation, la dyskinésie de son omoplate ayant déjà été constatée. Quant à l'amélioration de la capacité de travail au moins jusqu'à 50%, celle-ci est éventuellement possible dans son ancienne profession de plâtrier-peintre, mais cette activité professionnelle n'est plus exigible chez Monsieur S.\_\_\_\_\_, suite à son atteinte de la coiffe des rotateurs. De plus, la capacité de travail de Monsieur S.\_\_\_\_\_ est totale dans une profession adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues suite à une atteinte de la coiffe des rotateurs." c) Par réponse sur le fond du 23 janvier 2018, la CNA a conclu à l'irrecevabilité de la conclusion du recourant tendant à l'octroi de plus amples prestations LAA en tant qu'elle concerne son droit au traitement médical et à l'indemnité journalière postérieurement au 31 octobre 2017 et au rejet pour le surplus. Dans sa réplique du 30 janvier 2018, le recourant a contesté l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'intimée. Il a fait valoir qu'elle aurait dû tenir compte d'un abattement de 15 % sur le salaire théorique pour tenir compte de sa situation personnelle (limitations fonctionnelles, difficile maîtrise du français, permis B), ce qui aboutirait à une rente d'invalidité de 22 %. Il a déclaré confirmer ses conclusions.

- 12 - En annexe à son écriture du 23 février 2018, le recourant a transmis une copie du rapport médical du Dr N.\_\_\_\_\_ du 6 février précédent. En référence à celui-ci, il a fait valoir que le traitement de physiothérapie finalement entrepris lui avait permis d'améliorer la mobilité de son épaule gauche et qu'il devrait recouvrer une pleine capacité de travail dès début mars 2018. L'intimée ne s'est pas déterminée. 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-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La

LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 recourant est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable. Il en va de même de la requête de mesures provisionnelles (art. 86 LPA-VD).

- 13 - 2. a) L'intimée soutient que la fin du traitement n'ayant pas fait l'objet de la décision sur opposition du 14 novembre 2017, tant les conclusions de la requête de mesures provisionnelles que du recours portant sur cette question sont irrecevables. Dans son écriture du 22 janvier 2018, elle fait valoir en particulier que sa correspondance du 11 septembre 2017 – qui mettait fin à la prise en charge du traitement et le versement des indemnités journalières au 31 octobre 2017 – est une décision au sens de l'art. 51 LPGA. L'intimée conclut au rejet pour le surplus. b) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 130 V 138 consid. 2.1; cf. également TF 9C\_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1 et les références citées). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53). c) Le Tribunal fédéral a jugé que, aux termes de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. En d'autres termes, la personne assurée a légalement un droit à la poursuite d'un traitement curatif tant que l'on peut s'attendre à ce que ce traitement médical améliore considérablement son état de santé et que le stade médico- thérapeutique final n'a pas été atteint. La naissance du droit à une rente de l'assurance-accidents dépend donc entre autres également du moment où le stade médico-thérapeutique final est atteint, cet aspect partiel

- 14 - formant un élément constitutif de l'objet du litige dans la mesure où il détermine le droit à la prestation. La question de savoir si un cas a correctement été clôturé ne peut donc pas acquérir force de chose jugée de manière séparée dans le cadre d'un recours concernant le droit à une rente (8C\_43/2017 in SVR 11/2017 UV n° 40). L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 LPGA). Conformément à l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. La distinction entre ces deux formes de procédure doit se faire de telle sorte que l'on se trouve en présence d'une décision – dans des cas différents de la définition générale de l'art. 5 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021), orientée sur des critères de contenu – uniquement lorsque le document en question est désigné en tant que décision ou lorsqu'il

contient à tout le moins l'indication des voies de droit. Si une décision comprise en ce sens ne présente pas ces caractéristiques, les conséquences sont réglées conformément à l'art. 49 al. 3, 3ème phrase, LPGA, soit qu'une notification irrégulière ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Les conséquences juridiques concrètes découlent de la nature du défaut. Une indication des voies de droit erronée ou manquante entraîne régulièrement la prolongation de la période d'opposition. Si la lettre par laquelle l'assureur exprime son point de vue ne remplit cependant pas les exigences précitées et qu'elle ne doit dès lors pas être considérée comme une décision, la procédure ne peut pas être poursuivie par une décision sur opposition, mais doit d'abord passer par le prononcé d'une décision (ATF 134 V 145 consid. 3.2). Cela étant, à défaut de réaction dans le délai utile, la décision rendue de manière informelle entre en force comme si la

- 15 - procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). Il y a ainsi force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 126 V 23 consid. 4a et les références citées). En ce qui concerne le délai pour contester un acte de l'administration, la jurisprudence distingue selon qu'il s'agit de la clôture du cas signifiée de manière informelle ou d'un décompte d'indemnités journalières. Dans la première éventualité, le délai pour faire part de son désaccord est d'un an car, sur cette question, l'administration aurait dû obligatoirement statuer par le biais d'une décision écrite (art. 49 al. 1 LPGA; aussi l'art. 124 OLAA ; ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). La situation est en revanche différente dans la seconde éventualité, à savoir lorsque l'intéressé veut contester une communication pouvant faire l'objet d'une procédure simplifiée en vertu de l'art. 51 al. 1 LPGA. Contre une communication effectuée conformément au droit sous la forme simplifiée, il est possible d'exiger une décision écrite dans un délai de réflexion, qui, selon les circonstances, peut être supérieur au délai légal de trente jours mais qui ne saurait cependant dépasser plusieurs mois (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1.). Aussi, ce délai doit-il être fixé à trois mois ou nonante jours à compter de la communication d'un décompte d'indemnité journalière (TF 8C\_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1, 8C\_14/2011 du 13 avril 2011 consid. 5).  
d) En l'espèce, par son courrier du 11 septembre 2017, l'intimée a informé le recourant qu'elle mettrait fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement au 31 octobre 2017. Or, dans son opposition du 8 novembre 2017, le recourant a clairement manifesté son désaccord avec la correspondance du 11 septembre 2017. Dès lors, l'intimée aurait dû rendre une décision formelle susceptible d'opposition puis de recours.

- 16 - De plus, à suivre le raisonnement de l'intimée, celle-ci aurait dû déclarer l'opposition irrecevable et non pas la rejeter puisque, par cette opposition, le recourant réclamait la poursuite du traitement et du paiement des indemnités journalières. A cela s'ajoute le fait que la CNA a répondu le 15 novembre 2017 au Dr N.\_\_\_\_\_ que la décision sur opposition confirmait la prise de position de l'assurance concernant la prise en charge du traitement de physiothérapie. Peu importe toutefois. La question de la recevabilité peut rester ouverte dès lors que tant le recours que la requête de mesures provisionnelles doivent être rejetés sur le fond. 3. a) Le recourant a conclu à l'annulation de la décision sur opposition du 14 novembre 2017 et à ce qu'il "a droit à de plus amples prestations de l'assurance-accidents". b) Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières

cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, ceci pour autant qu'aucune rente ne soit allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1, 133 V 57 consid. 6.6.2). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante

- 17 - sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TF [anciennement TFA], RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). c) En l'espèce, tous les médecins admettent que, dans une activité adaptée, la capacité de travail du recourant est entière. C'est notamment le cas du Dr N.\_\_\_\_\_. Celui-ci estime qu'avec la poursuite d'une physiothérapie adaptée, le recourant pourrait reprendre son ancienne activité de plâtrier-peintre à un taux d'au moins 50 %. Toutefois, dans la mesure où, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail du recourant est entière, on ne voit pas en quoi la physiothérapie préconisée par le Dr N.\_\_\_\_\_ pourrait améliorer la situation du recourant dans la mesure définie par la jurisprudence rappelée ci-dessus. Le recourant soutient que l'intimée est contradictoire puisqu'elle admet de prendre en charge le traitement antalgique. Or, il s'agit là d'un traitement fondé sur l'art. 21 al. 1 LAA et non pas du traitement au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. d) Pour le surplus, il y a lieu de constater que la critique du recourant quant à l'évaluation du degré d'invalidité (abattement de 15 %) n'a été formulée qu'au stade de la réplique. La décision de l'intimée à cet égard n'a pas été attaquée en procédure d'opposition. Force est de constater qu'elle est donc entrée en force (ATF 119 V 347). Au demeurant, le grief du recourant n'est pas fondé. En effet, pour évaluer l'invalidité, l'intimée s'est fondée sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ci-après : DPT) établies par elle-même. Cette façon de procéder est conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (ATF 135 V 297 consid. 5.2. p. 301, 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475). Les conditions posées par la jurisprudence pour admettre de se référer aux DPT produites par la CNA étaient remplies (production de cinq DPT au minimum, communication du nombre total de

- 18 - postes de travail pouvant entrer en considération compte tenu du handicap de l'assuré; salaire le plus haut, salaire moyen et salaire le plus bas pour les postes de travail en question; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 481 in fine). Le degré d'invalidité retenu procède de la comparaison des revenus sans et avec invalidité. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'intimée n'avait pas à opérer un abattement sur le résultat ainsi obtenu. En effet, en cas de recours à des DPT, il n'y a pas lieu de procéder à une réduction car celles-ci prennent déjà en considération la situation particulière de l'assuré. En d'autres termes, lorsque le revenu d'invalidité est déterminé sur la base des DPT, une réduction du

salaire, eu égard au système même des DPT, n'est ni justifiée ni admissible (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.3; cf. TF 8C\_715/2008 du 16 mars 2009 consid. 4.3). 4. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Partant, la requête de mesures provisionnelles doit également être rejetée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA; cf. ATF 127 V 205). c) Par décision du 27 novembre 2017, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire dès le 24 novembre 2017 dans le sens de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc. Il a par ailleurs été exonéré du paiement de toute franchise mensuelle. Lorsque, comme en l'espèce, une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, le conseil d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] cum art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 19 - Le 25 février 2018, Me Jean-Michel Duc a produit la liste de ses opérations pour la période du 17 novembre 2017 au 23 février 2018. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès. L'heure et demie comptée par Me Jean-Michel Duc au titre d'"opérations après jugement", en l'occurrence pour les éventuelles opérations supplémentaires induites par les déterminations de l'intimée sur la dernière écriture du recourant, doit être retranchée, dès lors qu'elle n'est pas justifiée. Pour le surplus, l'activité de l'avocat entre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Sur la base d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), l'indemnité peut, conformément à la liste de ses opérations et sous la réserve de l'heure et demie ci-dessus mentionnée, être arrêtée au montant total de 2'901 fr., débours et TVA inclus. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant alloué à son conseil d'office, dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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