

## **VD\_GERICHTE ZD10.006530 vom 26. Februar 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-02-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD10.006530](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.006530)

FR: VD\_GERICHTE ZD10.006530 du 26 février 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD10.006530 del 26 febbraio 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Si oui, quel genre d'activité et à quel pourcentage? Des activités de type fort variées, y compris bimanuelles, et à 100% moyennant une période d'adaptation.

#### **E. 3**

L'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ et la réponse du Dr W. \_\_\_\_\_ du 24 janvier 2011 au questionnaire du soussigné précise: « Je ne peux que confirmer qu'en effet, actuellement, la patiente n'est à mon avis pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche pour une quelconque activité et ceci de manière définitive ». Pouvez-vous confirmer cette affirmation? Non

#### **E. 4**

Si oui, pourquoi?

- 16 - -

#### **E. 5**

Si non, pourquoi? Cela découle de manière limpide et explicite de nos observations médicales, sans qu'il soit besoin de formuler d'autres arguments, ni avoir à « vulgariser » notre rapport qui nous semble compréhensible pour un non-médecin.

#### **E. 6**

L'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ précise que Mme M. \_\_\_\_\_ possède une pleine capacité dans l'activité de produits dentaires à domicile et à 50% en tant que tenancière d'une épicerie. Pensez-vous que l'expert, en répondant de telles fantaisies, demeure dans le cadre de sa mission ou est-ce qu'il en sort? Ce n'est pas notre rôle de juger ici un confrère et ses rapports (confrère dont nous ne partageons d'ailleurs souvent ni la démarche ni les conclusions). Cela étant, les termes employés par Me de Gautard sont un peu surprenants. En ce qui nous concerne, notre opinion repose uniquement sur l'interrogatoire de Mme M. \_\_\_\_\_, nos propres observations et la consultation des pièces objectives du dossier.

#### **E. 7**

L'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ pose la question de savoir si les éléments de l'attitude de Mme M. \_\_\_\_\_ pourraient correspondre à une mise en scène. Il est expressément demandé de répondre à cette question. Le terme de « mise en scène » n'est pas clairement défini ni circonscrit en termes médicaux (ou peut-être alors en psychiatrie, mais nous ne sommes pas psychiatres). Parlons de « simulation » peut-être, un terme plus usuel en médecine. Plus clairement, le comportement de la patiente en cours d'examen est amplement décrit plus haut. Ce qui nous semble clair en tout cas est le fait que Mme M. \_\_\_\_\_ nous trompe (ou essaye du moins, de manière peu convaincante – et sans

grande conviction ... – il faut le dire, face à des examinateurs tant soit peu expérimentés, différenciés et critiques dans leurs observations). Il ne s'agit pas par contre (à ce qu'il nous semble) d'une hystérie au sens psychiatrique du terme. Nous avons souhaité qu'un collègue psychiatre assiste à l'examen somatique, mais cela n'a pas été possible. La nature humaine est complexe, et les interactions entre psyché, soma et société parfois évidentes, et d'autres fois plus difficilement sondables. Il est pour nous clair que les allégations de Mme M. \_\_\_\_\_ ne sont pas recevables mais il ne nous appartient pas de chercher à interpréter ce qu'il y aurait derrière.

#### **E. 8**

Peut-on exiger une activité, quelle qu'elle soit, de la part de Mme M. \_\_\_\_\_? « Une activité » certainement, « quelle qu'elle soit » sans doute pas... mais tout de même un grand nombre d'activités bimanuelles sont à sa portée, si elle le veut bien.

#### **E. 9**

Est-il possible d'améliorer la capacité de travail, quelle que soit l'activité de Mme M. \_\_\_\_\_? Oui mais cela dépend uniquement de la patiente (et éventuellement de son entourage). »

- 17 - Se déterminant sur l'expertise de la Clinique D. \_\_\_\_\_, l'OAI a fait savoir le 21 février 2013 que les constatations et les conclusions des experts n'étaient pas de nature à remettre en cause les termes de la décision querellée, si bien qu'il concluait derechef au rejet du recours et à la confirmation de cette dernière. De son côté, le 1er mai 2013, la recourante s'est bornée à qualifier les conclusions des experts d'inadmissibles, ajoutant que ce n'était pas parce qu'un tiers pouvait mobiliser son bras qu'elle-même pouvait le faire sans douleurs et sans conséquences. H. Invité par le magistrat instructeur à produire la liste détaillée de ses opérations et de ses débours dans le cadre de la présente procédure, le conseil de la recourante a fait parvenir le 7 mai 2013 une lettre dans laquelle il a expliqué que ses débours s'élevaient à 150 fr. et qu'il avait consacré « un peu plus d'une trentaine d'heures » à la conduite de cette cause, précisant pour le surplus les activités effectuées. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28

- 18 - octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité constitue une incapacité de gain, 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 exigibles. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa

- 19 - gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C\_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_667/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.1). En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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

- 20 - 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 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références; TF 9C\_66/2013 du 1er juillet 2013 consid. 4). S'agissant enfin des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée

(ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C\_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3). 4. a) En l'espèce, l'autorité de céans a considéré, dans son jugement du 15 avril 2008, que l'examen pratiqué au SMR en novembre 2006 ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Elle a donc renvoyé la cause à l'office intimé afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical, puis rende sur cette base une nouvelle décision. Chargé de procéder à l'expertise de la recourante, le Dr P.\_\_\_\_\_ a conclu le 12 décembre 2008 à une limitation modérée des amplitudes articulaires du poignet gauche et à une modeste perte de l'opposition du pouce, ce qui n'empêchait cependant pas l'intéressée d'exercer une activité adaptée sans diminution de rendement, à compter du mois d'octobre 2007. Se fondant sur l'appréciation de l'expert prénommé, l'intimé a dénié le droit de la recourante à une rente dès le 1er janvier 2008 (décision du 5 février 2010). Critiquant l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, la recourante a contesté pouvoir utiliser son membre supérieur gauche avec un plein rendement dans une activité adaptée et a reproché à l'expert des propos désobligeants à son endroit. Elle a dès lors demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et l'audition du Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Invité à répondre au questionnaire de la recourante, le médecin prénommé a confirmé que sa patiente n'était « pas en mesure d'utiliser son membre supérieur gauche pour une quelconque activité et ceci de façon définitive ». Afin de départager les conclusions divergentes

- 21 - des Drs P.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de la recourante, le magistrat instructeur a diligencé une expertise auprès de la Clinique D.\_\_\_\_\_. Le 4 février 2013, les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont conclu que la recourante présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, y compris bimanuelle, moyennant toutefois une période d'adaptation. Outre les diagnostics relatifs au membre supérieur gauche, le Dr P.\_\_\_\_\_ évoque une discopathie modérée C5-C6 et une surcharge chronique de l'aponévrose plantaire bilatérale. Des talalgies sont également mentionnées. De leur côté, conformément au mandat d'expertise qui leur a été assigné, les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ précisent à titre liminaire que l'objet de leur travail concerne « uniquement les données anamnestiques, ainsi que les observations et examens ayant directement trait à la détermination de la capacité de travail ». En ne faisant ainsi pas état des pathologies qui viennent d'être citées, ils considèrent qu'elles ne sont pas pertinentes pour l'appréciation de la capacité de travail. Telle est du reste la position de la recourante puisque, tant dans le questionnaire adressé au Dr W.\_\_\_\_\_ que dans ses différentes écritures, elle se prévaut uniquement de l'atteinte à son bras gauche pour contester la capacité de travail qui lui a été reconnue. b) La recourante soutient en substance que les douleurs ressenties font obstacle à une pleine mobilisation de son bras gauche, limitant par là-même sa capacité de travail. Cet avis est infirmé par les différents experts l'ayant examinée. En 2008 déjà, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait en effet pas détecté de séquelle significative de la maladie de Südeck, ni des troubles neurologiques susceptibles d'expliquer la position adoptée par le membre supérieur gauche. L'image scintigraphique n'avait rien révélé non plus. Cependant, confronté aux plaintes et aux souffrances alléguées par la recourante, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait fait part de son étonnement en présence d'un tableau objectif plutôt rassurant et d'un tableau subjectif réputé mauvais. Il relevait que l'absence de troubles trophiques résiduels significatifs témoignait d'une utilisation adéquate du membre supérieur gauche. En outre, l'imagerie radiologique standard

- 22 - mettait en évidence une architecture physiologique du poignet et de la main gauches contredisant un phénomène d'épargne chronique. A cela s'ajoutait l'absence de troubles

neurologiques ou orthopédiques probants pouvant rendre compte de l'essentiel du tableau subjectif. Par ailleurs, le Dr P. \_\_\_\_\_ avait exprimé sa surprise en constatant que lorsque la recourante décrivait des souffrances marquées, elle ne montrait pas une mimique corroborant ses dires. Bien plus, la prise régulière d'antalgiques et d'anti-inflammatoires annoncée n'avait pas été confirmée dans les dosages sériques pratiqués au jour de l'expertise. Ces différents éléments, associés à l'attitude adoptée par la recourante avec son membre supérieur gauche, avaient conduit l'expert P. \_\_\_\_\_ à envisager un phénomène de simulation de la part de cette dernière. Tout en ne niant pas l'existence de quelques séquelles fonctionnelles durables, se limitant pour l'essentiel à une perte de la force de préhension et à une baisse de tolérance pour les charges portées, le Dr P. \_\_\_\_\_ avait considéré que ces limitations n'excluaient pas une capacité totale de travail, sans diminution de rendement, dans une activité de bureautique, d'informatique, de surveillance de gestion de commande, de téléphoniste, de réceptionniste ou de micro-technique. Une place sur une chaîne de montage était également envisageable. De leur côté, comparant les radiographies réalisées après l'accident du 24 janvier 2005 et celles effectuées dans le cadre de leur examen le 13 décembre 2011, les Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ relèvent qu'à cette date, il n'y a « aucun signe d'arthrose, ni radio-carpienne ni au niveau de l'interligne radio-ulnaire distal. Il n'y a pas de déminéralisation mouchetée (pas de signe radiologique d'une maladie de Südeck active), ni altération séquellaire frappante de la trame osseuse ». Ils ajoutent que le dernier examen neurologique effectué par le Dr X. \_\_\_\_\_ en octobre 2007 révélait que la conduction électrique de tous les nerfs au membre supérieur gauche était normale et qu'il n'y avait aucune fonte musculaire ou diminution de la force objectivée. En outre, une scintigraphie osseuse du 18 décembre 2008 montrait l'absence de signes et d'activités de la maladie de Südeck. Ces résultats conduisent les experts à retenir une « excellente évolution de l'examen clinique depuis celui effectué par le Dr

- 23 - P. \_\_\_\_\_ en 2008 ». Or, la recourante ne rapportait aucune amélioration subjective dans sa vie quotidienne. Se prononçant alors sur les discordances entre les déclarations de l'intéressée et le résultat des observations cliniques, les experts indiquent que le score anormalement élevé du handicap perçu, la présence de signes d'une hyperkératose des pulpes témoignant d'une utilisation quotidienne du bras gauche et la fluctuation importante durant l'examen de la mesure des amplitudes et de la force, selon que l'attention de la recourante est portée ailleurs ou qu'elle est stimulée, ôtent toute crédibilité à ses allégations d'impotence fonctionnelle. Forts de ce constat, les Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ posent le diagnostic de « production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice) ». Ils rejoignent à cet égard l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_, évoquant l'éventualité d'une « mise en scène », au vu de l'attitude adoptée par la recourante avec son membre supérieur gauche. S'agissant enfin de la capacité de travail, les experts de la Clinique D. \_\_\_\_\_ estiment qu'un grand nombre d'activités bimanuelles sont accessibles à plein temps à la recourante, moyennant une période d'adaptation et un effort de sa part. c) De ce qui précède, il appert que les constatations du Dr P. \_\_\_\_\_, d'une part, et des experts N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, d'autre part, se superposent dans une large mesure. En premier lieu, leurs observations cliniques respectives, y compris les examens radiologiques, ne mettent pas en évidence, d'un point de vue orthopédique ou neurologique, d'atteinte objectivement significative au bras gauche. D'ailleurs, les diagnostics posés (Dr P. \_\_\_\_\_: status bientôt quatre ans après fracture de type Pouteau-Colles du radius distal gauche, traitée conservativement, consolidée en position vicieuse; Drs N. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_: status après fracture de l'épiphyse

distale du radius gauche) évoquent plutôt une situation stabilisée sur le plan médical, voire, quoi qu'en dise la recourante, une évolution favorable. Seules subsistent quelques séquelles fonctionnelles communément admissibles, sans toutefois que celles-ci n'entravent la reprise à plein temps d'une activité réputée adaptée. Les différents tests (force, amplitude, mobilité) effectués ne corroborent par ailleurs nullement les allégations d'impotence fonctionnelle avancées par

- 24 - la recourante. Dans ce contexte, l'appréciation des experts prénommés convergent à propos de l'attitude de la recourante en situation d'examen. Alors que le Dr P.\_\_\_\_\_ note une contradiction entre les souffrances décrites par cette dernière et la mimique adoptée, à quoi s'ajoute l'absence confirmée en laboratoire de la prise de médicaments, les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ s'avisent quant à eux des discordances existant entre les propos tenus par cette dernière et leurs observations cliniques. Ces constatations conduisent tous les médecins prénommés à envisager l'éventualité d'une attitude simulatrice, les experts de la Clinique D.\_\_\_\_\_ allant jusqu'à retenir le diagnostic de simulation de symptômes. Ce faisant, ceux-ci battent en brèche les allégations de la recourante, selon lesquelles l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ contiendrait des propos tendancieux à son endroit. Quoi qu'il en soit, tout en s'abstenant de rechercher l'origine de l'attitude observée, les Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ n'en excluent pas moins catégoriquement toute validité aux plaintes de la recourante. Ainsi donc, en présence d'analyses cliniques reposant sur des observations convergentes à de nombreux égards, les experts administratif et judiciaires concluent que la recourante présente une capacité de travail entière avec un plein rendement dès le mois d'octobre 2007 dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles, énoncées notamment par le Dr P.\_\_\_\_\_. d) Pour sa part, la recourante ne démontre pas en quoi sa capacité de travail, respectivement sa capacité de gain, serait diminuée. Dans ce sens, les réponses apportées par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin traitant, au questionnaire qu'elle lui a adressé en 2010 ne lui sont d'aucun secours. Outre que l'avis de ce dernier est isolé, son appréciation, au demeurant fort succincte, n'est nullement – tant s'en faut – corroborée par les experts N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_. On retiendra dès lors que la recourante présente une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, dans toute activité réputée adaptée à ses limitations fonctionnelles, à compter du mois d'octobre 2007. Il convient de relever que l'expertise de la Clinique D.\_\_\_\_\_ satisfait aux exigences jurisprudentielles pour lui conférer

- 25 - pleine valeur probante. Elle contient, outre une anamnèse personnelle, une anamnèse médicale centrée sur la pathologie à examiner, prend en considération les plaintes de l'assurée, rend compte des examens cliniques et des tests effectués et pose un diagnostic dûment motivé. La description du contexte médical et l'appréciation médicale sont claires. Analysant les discordances entre les déclarations de l'assurée et les observations cliniques, les experts expliquent pour quels motifs ils excluent toute impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche de la recourante. Ainsi, les conclusions des Drs N.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ doivent être suivies, dès lors que le dossier constitué ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par les experts prénommés. Dans cette mesure, la décision attaquée ne prête pas le flanc à la critique, en tant qu'elle dénie le droit de la recourante à toute prestation de l'AI. Il suit de là que le grief de la recourante, reprochant à l'office intimé de ne pas avoir examiné l'opportunité de mesures professionnelles, tombe à faux, faute d'un degré d'invalidité suffisant (ATF 130 V 488). e) Partant, le recours se révèle entièrement mal fondé, de sorte qu'il doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision

querellée. 5. a) La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 26 - En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). b) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean de Gautard à compter du 25 mars 2010 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le 7 mai 2013, Me de Gautard a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à trente heures au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 150 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'994 fr. pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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