

VD_GERICHTE ZD11.022112 vom 25. Juni 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-06-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.022112

FR: VD_GERICHTE ZD11.022112 du 25 juin 2012

IT: VD_GERICHTE ZD11.022112 del 25 giugno 2012

Erwägungen

E. 1

a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances sociales institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA; art. 95 LPA-VD) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 79 al. 1 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il convient donc d'entrer en matière.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

- 17 - les points tranchés par cette décision; de surcroît, 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 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande de prestations du recourant, particulièrement sur le point de savoir si l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise des Drs M._____ et C._____ pour nier le droit aux prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2004. Il s'agit d'examiner si, ainsi que le soutient le recourant, l'instruction du cas était complète lorsque la PMU a rendu son rapport ou s'il pouvait être tenu compte de l'expertise mise en œuvre par l'assurance-accidents dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail et, partant, du droit éventuel à la rente.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption

notable; - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 – partiellement applicable dans la présente procédure, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) –, cette disposition prévoyait que l'assuré

- 18 - avait droit à une rente s'il était invalide à 40% au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). b) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art.

E. 4

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

- 20 - 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3). b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Selon la jurisprudence (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.2 et la référence), le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir une seconde opinion sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas. L'assuré ne dispose pas non plus d'une telle possibilité. Il ne s'agit en particulier pas de remettre en question l'opportunité d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, mais de voir

- 21 - dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA). La nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise découle du point de

savoir si les rapports médicaux au dossier remplissent les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales. Cela dépend de manière décisive de la question de savoir si le rapport médical traite de manière complète et circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et contient une description du contexte médical et une appréciation de la situation médicale claires, ainsi que des conclusions dûment motivées de l'expert (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011, consid. 4.2).

E. 5

a) Le recourant fait grief à l'intimé de s'être référé aux rapports d'expertise des Drs M._____ et C._____, qui constituent selon lui une "second opinion", alors que le dossier était à ses yeux complet avant la mise en œuvre de ces expertises et qu'une décision aurait dû être rendue sur la base du rapport de la PMU du 23 mai 2008, conformément au projet d'acceptation de rente du 11 novembre 2008. Ce grief ne résiste pas à l'examen, la jurisprudence de la "second opinion" invoquée par le recourant ne s'appliquant pas en l'espèce. Il appert en effet, à l'aune du dossier, que l'instruction de la cause n'était pas terminée au moment où le préavis du 11 novembre 2008 – dont le recourant se prévaut – lui a été adressé. Ainsi, la Dresse F._____ du SMR, à la lecture du rapport d'expertise de la PMU du 23 mai 2008, a constaté des imprécisions s'agissant de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et a requis des experts des informations complémentaires. Les réponses apportées ne l'ont pas été par les spécialistes qui ont rédigé le rapport ou procédé aux expertises

- 22 - mais par un tiers, le Dr Q._____, et sont restées finalement imprécises (une capacité exigible de 35% jamais mentionnée dans le rapport, un état semblant stabilisé en janvier 2007 puis "semblant l'être" en août 2007; cf. courrier du Dr Q._____ du 20 août 2008). Le Secteur LFA entendait en outre examiner le cas après avis du SMR notamment sur la question d'une éventuelle exagération des symptômes, voire simulation, et sur l'absence de traitement anti-dépresseur et de suivi thérapeutique (cf. communication interne du 3 juillet 2008). L'OAI a, à cet effet, informé le recourant qu'il requérait des renseignements médicaux complémentaires à la PMU au sujet de l'expertise du 23 mai 2008 (cf. courrier de l'OAI du 25 juillet 2008). Le Dr L._____ du SMR a ensuite considéré qu'il convenait de demander à l'assuré de se soumettre à un traitement antidépresseur avec un suivi de soutien, dans la mesure où l'expert mentionnait que son état de santé pouvait s'améliorer significativement sous ce traitement, et de réévaluer la situation dans six mois (cf. avis médical du 5 septembre 2008). Sur cette base, l'OAI a adressé un courrier au recourant lui expliquant qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 16 juin 2004; toutefois, il l'enjoignait à suivre le traitement médical, précisant qu'un contrôle serait fait régulièrement (cf. courrier de l'OAI du 6 octobre 2008). Au vu de ce qui précède, il est manifeste que le 11 novembre 2008, l'OAI ne disposait pas d'informations – tant de la part des experts de la PMU que de son SMR – lui permettant de déterminer la date à partir de laquelle il pouvait admettre que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. En outre, à la suite de l'avis du Secteur LFA, il apparaissait qu'un complément d'instruction médicale était nécessaire. Au demeurant, on ne saurait admettre que l'expertise de la PMU du 23 mai 2008 remplissait les exigences matérielles et formelles auxquelles sont soumises les expertises médicales, en l'absence de conclusions claires quant à la capacité de travail exigible de la part du

recourant. Une instruction complémentaire sur le plan médical était ainsi nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique. Il s'ensuit que l'OAI était fondé à se référer aux rapports d'expertise des Drs M. _____ et

- 23 - C. _____ pour rendre la décision attaquée, ne s'opposant dès lors pas à la jurisprudence de la "second opinion". Il convient ainsi d'admettre que le projet d'acceptation de rente du 11 novembre 2008 a été adressé avant que l'instruction du dossier ne fût terminée, de sorte que l'OAI était légitimé à se référer aux expertises mises en œuvre par l'assureur-accidents. b) Il y a encore lieu de préciser que si l'assurance-invalidité doit communiquer sa décision à l'assureur-accidents lorsqu'elle fixe le degré d'invalidité d'un assuré victime d'un accident, l'assureur-accidents n'a pas, faute d'être touché par la décision AI, qualité pour former opposition contre la décision portant sur le droit à une rente d'invalidité ou sur le degré d'invalidité (David Ionta, La légitimation active en assurance-accidents (LAA), in: Aspects de la sécurité sociale, 2008, n° 4, p. 39 s., et les références). En l'occurrence, la lettre de L. _____ Assurance du 7 janvier 2009, mentionnée par l'OAI dans la "fiche d'examen du dossier" du 16 février 2010, ne saurait être considérée comme un recours, mais comme une observation sur le préavis s'agissant de la date à partir de laquelle l'amélioration de l'état de santé a été reconnue par l'intimé. L'OAI a d'ailleurs reconnu, comme on l'a vu ci-avant, qu'il manquait au dossier les éléments permettant de se déterminer sur cet élément. Au demeurant, l'OAI avait averti le recourant par courrier du 25 août 2004, à la suite du dépôt de sa demande, qu'il existait une concertation entre les assureurs préalable à toute décision. Partant, le grief du recourant selon lequel l'intimé n'avait pas à admettre la qualité pour agir de L. _____ Assurance est sans pertinence en l'espèce.

E. 6

Cela étant, l'intimé considère que les éléments au dossier ne lui permettent pas de retenir un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente AI au-delà du 30 septembre 2004. Il convient dès lors d'examiner les pièces médicales y figurant. a) Sur le plan psychique, le Dr M. _____ pose les diagnostics d'abus d'alcool (F10.1), de trouble dépressif récurrent, état actuel léger

- 24 - (F33.0), et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Il explique qu'en l'absence des manifestations requises pour poser un diagnostic de dépendance à l'alcool, il retient l'entité diagnostic d'abus d'alcool selon les critères du DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), dans le sens d'une consommation du produit inadaptée et nuisible à l'intégrité bio-psycho-sociale de l'assuré. Il s'étonne que la problématique alcoolique parfaitement évidente n'ait pas été explicitement rapportée dans le libellé diagnostic de l'expertise de la PMU. Cela étant, il confirme qu'il n'y a pas lieu de conférer de valeur incapacitante à cette problématique, tout en sachant qu'elle peut créer des difficultés relationnelles sur le plan privé (agressivité, violences). Il qualifie ensuite l'épisode dépressif de léger, après examen des caractéristiques définies par la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) et le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton. Il relève que les six symptômes requis pour retenir un degré de sévérité moyen ne sont pas atteints et que c'est sur la base d'une appréciation semble-t-il subjective que les experts de la PMU ont qualifié de moyen l'épisode dépressif. Il atteste cependant un épisode dépressif de degré moyen ou sévère, très vraisemblablement dans les suites de l'accident du 16 juin 2003, mais qui n'a

pas conduit à un traitement spécialisé ni à une hospitalisation, et qui a évolué vers une rémission au vu de ce que rapporte le recourant lui-même et de l'absence de mention d'une problématique psychiatrique à l'issue du séjour à la CRR en été 2004. A cet égard, il précise que "le libellé diagnostic est purement somatique. Il n'y a pas eu de consilium psychiatrique alors que ce type de consilium est la règle dans cet établissement lorsqu'une problématique psychiatrique, même minime, se manifeste en cours de séjour". Le Dr M._____ admet ainsi une incapacité de travail psychiatrique de 60%, sur la base de la tristesse, de la perte d'intérêt, de la fatigue et de la fatigabilité, pour la période du 16 juin 2003 au 30 juin 2004, soit quelques jours avant l'hospitalisation à la CRR le 7 juillet 2004. Finalement, il retient un trouble mixte de la personnalité, conformément à ce que prévoit la CIM-10, constatant un parcours de vie qui n'a rien de banal et qui doit avoir son fondement psychopathologique. Selon le Dr M._____, ce trouble n'est

- 25 - toutefois pas de sévérité exceptionnelle, il n'a d'ailleurs pas été formellement retenu lors des précédentes évaluations psychiatriques, de sorte qu'il n'y a pas lieu de lui conférer valeur incapacitante. Le Dr M._____ conclut que depuis le 1er juillet 2004, le recourant a présenté des tableaux dépressifs peu significatifs et qu'il n'y a dès lors pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans le métier d'aide de cuisine ou dans une activité adaptée aux limitations physiques. Compte tenu des considérations qui précèdent, l'appréciation du Dr M._____ est concluante. Son rapport d'expertise du 29 décembre 2009, convaincant et étayé, remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). En effet, les conclusions se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, deux entretiens avec le recourant ainsi qu'avec son médecin traitant et un entretien de synthèse avec le Dr C._____ (cf. consid. 6b infra). Il intègre une anamnèse complète du recourant et les plaintes actuelles y sont mentionnées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les diagnostics sont examinés selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail, sont motivées et convaincantes, et il est exposé concrètement et de manière détaillée pour quels motifs le Dr M._____ ne souscrit pas à l'appréciation des experts de la PMU. Par ailleurs, l'appréciation du Dr M._____ à l'encontre des experts de la PMU a fait l'objet d'un examen par le SMR et été admise comme ayant pleine valeur probante (cf. avis médical du 15 mars 2010). On précisera également que le rapport de la Dresse X._____ du 11 avril 2011 n'est pas de nature à mettre en doute l'appréciation du Dr M._____ dans la mesure où, à la suite des diagnostics posés comme affectant la capacité de travail (abus d'alcool, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et trouble de la personnalité mixte), la Dresse X._____ a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail.

- 26 - Il s'ensuit qu'aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter de l'appréciation du Dr M._____. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant demeure entière sur le plan psychique, aucune atteinte psychiatrique à la santé n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. La capacité de travail a toutefois été réduite de 60%, pour la période du 16 juin 2003 au 30 juin 2004. b) Sur le plan somatique, le Dr C._____ pose les diagnostics de lombalgies chroniques sur status après fracture Burst de L1 (M54.5) et de podalgies bilatérales sur status après fracture complexe des deux calcanéums avec arthrose sous-astragaliennne (Z98.8). L'assuré devait s'orienter vers une activité sans position debout prolongée au-delà de 10 à 15 minutes, sans port de charges

supérieures à 10 kg, ni travaux lourds et pénibles. Selon le Dr C. _____, une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité d'aide de cuisine était justifiée, dans la mesure où elle s'exerçait toujours en position debout. Il estimait qu'une capacité de travail entière pouvait être exigée dans une activité adaptée, par exemple dans le secteur industriel (ouvrier d'usine ou de fabrique), dans les services (surveillant ou gardien), dans le commerce ou l'administration. Il précisait qu'en se basant sur la pratique et l'expérience médicales, on pouvait dire que la situation était stabilisée au deuxième anniversaire de l'accident, et que c'était à partir de cette date qu'une capacité de travail entière pouvait être exigée. En août 2004, les médecins de la CRR constataient déjà une consolidation acquise avec un matériel d'ostéosynthèse en place, au niveau des pieds et du rachis dorso-lombaire. Ils estimaient que la situation médicale était quasiment stabilisée et que la capacité de travail était nulle dans la profession d'aide de cuisine mais totale dans une activité s'exerçant en terrain stable, sans montées ni descentes fréquentes d'escaliers, sans maintien de postures statiques ni positions accroupies et sans répétition de mouvements en porte-à-faux ni port de charges lourdes (cf. rapport de sortie du 30 août 2004). En septembre 2006, le Dr R. _____ retenait qu'en l'absence de douleurs lombaires, toute profession en position assise serait possible pratiquement à plein

- 27 - temps (cf. rapport d'expertise du 31 octobre 2006). En mars 2008, le Dr J. _____ constatait qu'il subsistait des lombalgies et podalgies bilatérales chroniques mais que les fractures (de L1 et du calcanéum) étaient consolidées. Il estimait que la capacité de travail était entière dans une activité s'exerçant surtout en position assise, avec possibilité de varier la position sans mouvements monotones et répétitifs continus, sans levages de poids réguliers supérieurs à 8 kg, et évitant les expositions à des vibrations (cf. rapport d'expertise de la PMU du 23 mai 2008). Cela étant, les avis médicaux sont concordants quant à l'incapacité de travail totale et définitive (depuis l'accident et à l'avenir) dans l'activité habituelle d'aide de cuisine. Ils le sont également s'agissant de la capacité de travail totale dans une activité respectant les limitations fonctionnelles engendrées par les atteintes somatiques précitées; ainsi, l'assuré doit s'orienter vers une activité s'exerçant essentiellement en position assise, ne requérant pas la position debout au-delà de 10 à 15 minutes, sans port de charges supérieures à 10 kg, ni travaux lourds et pénibles, évitant les expositions aux vibrations et les montées et descentes fréquentes d'escaliers. Le Dr C. _____ a énuméré un certain nombre d'activités compatibles avec l'état de santé du recourant, compte tenu des limitations établies. Finalement, il convient d'admettre une pleine capacité de travail dès le 1er juillet 2004, eu égard au rapport de sortie du 30 août 2004 de la CRR. En effet, au terme d'un séjour de plus d'un mois dans le service de réadaptation générale de cette institution, il a été retenu que la situation était quasiment stabilisée et que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée. Il s'agit d'un constat découlant d'observations concrètes. L'appréciation du Dr C. _____, selon laquelle la situation du recourant pouvait être stabilisée au deuxième anniversaire de l'accident, soit en juin 2005, est quant à elle basée sur la pratique et l'expérience médicales. On ne saurait dès lors préférer à l'appréciation concrète des médecins de la CRR l'appréciation plus théorique du Dr C. _____ et posée plus de cinq ans après les faits. Partant, il convient d'admettre que la capacité de travail du recourant demeure entière sur le plan physique dès le 1er juillet 2004, aucune

- 28 - atteinte somatique n'étant reconnue comme ayant un caractère incapacitant. c) A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans retient qu'à la suite de l'accident du 16 juin 2003

et jusqu'au 30 juin 2004, la capacité de travail du recourant était réduite de 60%, eu égard aux atteintes psychiatriques et somatiques (évaluation globale; cf. Jacques Meine, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 23 ss; François Paychère, Le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, ibidem, p. 147). C'est dès lors à juste titre que l'intimé lui a alloué une rente d'invalidité dès le 16 juin 2004, soit à l'issue du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007), et jusqu'au 30 septembre 2004 (art. 88a al. 1 RAI). Dès le 1er juillet 2004, la capacité de travail du recourant, tant sur les plans somatique que psychique, était entière dans une activité adaptée. Dans ces conditions, il ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2004; la décision du 16 mai 2011 n'est dès lors pas critiquable sur ce point.

E. 7

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure est onéreuse et le recourant, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Il a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du juge instructeur de la Cour des assurances sociales du 20 juillet 2011, de sorte que les frais judiciaires, de même qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant sera tenu à remboursement dès qu'il est en mesure de le faire

- 29 - (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) et le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure. c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, Me Agier a produit une liste de ses opérations pour une durée de 18 heures 30 au total. Cela paraît toutefois excessif eu égard à la procédure suivie. Le décompte produit n'expose pas de manière détaillée le temps consacré à chaque opération, mais la lecture de tout le dossier LAA ainsi que le nombre total de conférences avec le recourant (quatre) dont il fait mention ne sauraient être retenues comme des opérations devant être indemnisées dans la présente cause. En effet, Me Agier défend le recourant depuis 2006; il connaissait donc le dossier de son client au moment d'être désigné d'office ainsi que le dossier LAA. Quoiqu'il en soit, Me Agier a déposé un mémoire de recours relativement bref (5 pages), accompagné d'un courrier d'une page dont un paragraphe concerne une demande d'appel en cause, et un mémoire réplique de deux pages. Au regard de l'ensemble des actes de procédure accomplis, on doit considérer que le mandat d'office justifie neuf heures de travail. Compte tenu d'une rémunération de 180 fr. de l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ), à laquelle s'ajoutent la TVA et les débours demandés par le recourant (41 fr., TVA comprise), une indemnité totale de 1'790 fr. 60 est adéquate.

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