

VD_GERICHTE ZD22.049201 vom 23. November 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-11-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.049201

FR: VD_GERICHTE ZD22.049201 du 23 novembre 2023

IT: VD_GERICHTE ZD22.049201 del 23 novembre 2023

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent

- 15 - en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). c) L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit

prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

- 16 - d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

E. 4

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

- 17 - position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en

- 18 - considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

E. 5

a) En l'espèce, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire auprès de L. _____, qui a rendu son rapport le 17 janvier 2022. Les experts X. _____, T. _____ et M. _____ ont retenu divers diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail et estimé que celle-ci était nulle dans l'activité habituelle de livreur de repas depuis novembre 2019. La capacité de travail était toutefois de 50 %, également depuis cette date, dans une activité adaptée, en raison de l'atteinte psychiatrique. Les experts ont détaillé leur appréciation dans le cadre de leur évaluation consensuelle pluridisciplinaire. b) Sur le plan somatique, le recourant a été examiné par le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne, ainsi que par le Dr M. _____, spécialiste en rhumatologie. Ceux-ci ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, résumés dans l'annexe 4 du rapport (p. 32 ss), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes consultés par le recourant depuis le dépôt de sa première demande de prestations en 2011. Ils ont chacun établi un rapport portant sur leur spécialité respective comprenant, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations faites lors de l'examen, les diagnostics et les réponses motivées aux questions soumises par l'intimé. Ces expertises remplissent ainsi l'ensemble des requis de la jurisprudence en la matière, ce que le SMR a du reste constaté dans son avis du 1er février 2022.

- 19 - Le recourant critique les volets somatiques en se prévalant pour l'essentiel du rapport du Dr E. _____ du 4 avril 2023 produit en procédure. Or ce rapport ne fait pas état d'éléments nouveaux ou qui auraient été ignorés des experts dans le cadre de leur appréciation. Le Dr E. _____ a exposé que son patient ne pouvait effectuer « aucun travail qui pourrait péjorer son état clinique » par le fait qu'il souffre régulièrement de cervico-dorso-lombalgies. Toutefois, l'expert en médecine interne a pris en compte les douleurs en question dans son rapport d'expertise, notant en particulier que le recourant se plaignait de douleurs cervicale et au niveau de l'omoplate droite, descendant dans le bras, surtout au niveau du coude à droite, avec perte de force dans le bras, diminution de la prise avec la main, des fourmillements et l'incapacité de porter des charges de plus de 1 à 2 kg. Cet expert a aussi noté que le recourant se plaignait depuis environ une année de douleurs à la hanche droite qui l'obligeaient à marcher lentement pendant maximum quinze minutes, limitaient la position assise à maximum 30 minutes, entraînaient des réveils nocturnes lors de changements de position et l'empêchaient parfois de sortir de sa baignoire ou d'enfiler

son pantalon (cf. ch. 3.2 de l'expertise de médecine interne, p. 8 du rapport). L'expert en rhumatologie a également fait état de plaintes douloureuses du recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise de rhumatologie, p. 25 du rapport). Il a ainsi noté que la douleur la plus importante se situait au niveau lombaire (fesse droite), mais qu'il existait également des douleurs au niveau de l'omoplate droite et à la face externe du coude, que le recourant évaluait son temps de marche à 15 minutes et la position assise à 15 minutes. Par ailleurs, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa dernière écriture, les experts somaticiens ont retenu les mêmes diagnostics que le Dr E. _____ et ont ajouté celui d'épicondylite du coude droit. Ainsi, l'avis du Dr E. _____ constitue tout au plus une appréciation différente d'un même état de fait, ce qui ne suffit pas à remettre en doute la valeur probante des volets somatiques de l'évaluation pluridisciplinaire, ce d'autant qu'il s'agit du médecin généraliste traitant du recourant depuis plusieurs années. Au demeurant, ce médecin ne se prononce pas spécifiquement sur la question d'une activité adaptée aux limitations d'ordre somatique et ne l'exclut pas non plus. En conséquence, les griefs

- 20 - du recourant à l'égard du volet somatique de l'expertise doivent être écartés. Le recourant se prévaut par ailleurs de l'ATF 139 V 346, portant sur la fatigue associée au cancer (« Cancer-related Fatigue » ou CrF). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a reconnu que cette forme de fatigue, bien que n'ayant pas encore trouvé sa place dans la CIM, était une entité pathologique propre, répondant à des critères diagnostics déterminés par la Coalition Fatigue et analogues aux critères de la CIM-10. Même si les causes et les origines de la CrF n'étaient pas encore entièrement élucidés et que cette fatigue pouvait durer de nombreuses années après la fin du traitement, il fallait retenir qu'elle était obligatoirement liée à un cancer et qu'elle avait donc une cause organique au moins indirecte, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'appliquer par analogie les principes développés sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (consid. 3). Cela étant, déjà invoqué lors de la première demande de prestations, cet arrêt n'est d'aucun secours au recourant. En effet, il convient en premier lieu de rappeler que la problématique d'une CrF a été investiguée par les experts de la B. _____, et n'a pas été retenue par ceux-ci pour les motifs suivants (p. 17 du rapport d'expertise) : « (...) Au total, chez cet assuré opéré puis traité par chimiothérapie et radiothérapie au cours du second semestre 2010, le diagnostic de trouble de l'adaptation a été retenu par le Dr S. _____. On peut considérer ce diagnostic comme adéquat pour traduire, en termes psychiatriques et dans le cas de CIM10, les symptômes dépressifs communément associés au traitement du cancer et pouvant se prolonger. Au moment de cette première expertise et au-delà, c'est-à-dire, à la date de la nôtre, l'assuré ne présentait plus d'altération de l'humeur, qui serait la seule explication possible à la persistante, très improbable, d'une "cancer related fatigue", des années après la fin du traitement. La reconnaissance d'une incapacité entière, se terminant en mai 2012, nous paraît donc justifiée. A partir de mai 2012, il a recouvré une capacité entière. (...) »

- 21 - Or le recourant n'a pas contesté la décision rendue par l'intimé fondée sur cette expertise. En second lieu, il faut relever que les experts de L. _____ ont eu accès à l'ensemble du dossier du recourant, dont l'expertise précitée. Le Dr X. _____ a noté que le recourant avait présenté une fatigue post-oncologique pendant plusieurs mois, mais qu'il avait retrouvé une capacité totale de travail dès septembre 2011. Cet expert a également relevé que le recourant présentait un syndrome d'apnée du sommeil léger à modéré, qu'il avait arrêté l'appareillage CPAP après trois mois sans influence sur sa fatigue et qu'à cet égard, il ne présentait pas de somnolence diurne, d'augmentation de l'asthénie ou d'autre

pathologie en relation avec cette symptomatologie. Ainsi, pour l'expert de médecine interne, le problème était « plutôt au niveau psychique » (ch. 7.1 et 7.4 de l'expertise de médecine interne, p. 12 du rapport d'expertise). c) Sur le plan psychiatrique, le recourant a été examiné par la Dre T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celle-ci a, comme ses confrères somaticiens, eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. annexe 4, p. 32 ss du rapport). Elle a rencontré le recourant le 30 novembre 2021 pour un entretien lors duquel elle a recueilli les plaintes spontanées de l'intéressé (ch. 3.1 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport), puis a procédé à une anamnèse complète en suivant un schéma structuré (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, pp. 16 ss du rapport). Dans ce contexte, elle a notamment interrogé le recourant sur son état psychique actuel en envisageant les différentes symptomatologies relevant de sa spécialité par catégories (cognition, humeur, troubles anxieux, troubles de la pensée, troubles de la perception, personnalité, symptômes d'état de stress post-traumatique), sur le retentissement de son état mental dans les différents aspects de sa vie (entourage, activités quotidiennes et ménage, relations sociales, loisirs) et sur le déroulement d'une journée type. L'experte a par ailleurs restitué ses constatations en reprenant les catégories de symptomatologies (ch. 4 de l'expertise psychiatrique, pp. 19 ss du rapport), avant de poser ses diagnostics (ch. 6 de l'expertise psychiatrique, pp. 20 s. du rapport). A cet égard, elle a expliqué sur quels éléments elle retenait telle atteinte plutôt

- 22 - qu'une autre et a évalué les différents indicateurs dégagés par la jurisprudence. Elle a ainsi, en particulier, déterminé les limitations induites par les troubles et a évalué la cohérence et la plausibilité, l'évolution des traitements, ainsi que les capacités, ressources et difficultés. Cette expertise répond ainsi également aux critères posés par la jurisprudence en matière d'atteintes d'ordre psychique. Le recourant se prévaut dans ce cadre des rapports établis par la Dre V. _____. Cette dernière n'a toutefois pas non plus fait état d'éléments qui n'auraient pas été pris en compte par l'experte psychiatre. La Dre V. _____ a exposé, s'agissant des mesures médicales, que son patient avait une grande réticence concernant les médicaments. On ne voit pas ici de contradiction avec les constatations de l'experte psychiatre, qui n'a pas indiqué que la capacité de travail, de 50 % depuis novembre 2019 dans une activité adaptée, serait améliorée par un traitement médicamenteux ; l'experte s'est en effet limitée à faire part d'un traitement qui pourrait être essayé afin d'alléger l'état anxiodépressif et, possiblement, la perception douloureuse. La psychiatre traitante et l'experte divergent quant à la conscience morbide de l'assuré, la première estimant que le patient est dans le déni total de sa pathologie, et la seconde étant plutôt d'avis qu'une conscience morbide partielle est présente (ch. 4.3 de l'expertise psychiatrique, p. 20 du rapport). Or l'experte a motivé sa position ; elle a en particulier relevé que, selon le recourant, la thérapie avec suivi bimensuel en psychothérapie déléguée ainsi qu'avec la Dre V. _____ une fois par mois l'aidait, et qu'il évaluait son évolution comme étant assez bonne (ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 16 du rapport). Enfin, la psychiatre traitante conteste l'affirmation de l'experte selon laquelle son patient était apte à s'assumer lui-même. A cet égard, il faut relever que le fait que la majorité des tâches soit effectuée par son épouse, qui ne travaille pas, ne contredit pas l'observation de l'experte. Cette dernière a pris position sous l'angle des capacités et ressources. Or elle a constaté qu'il existait chez le recourant des ressources mobilisables,

- 23 - avec capacité d'adaptation aux règles, de planification et structuration des tâches (ch. 7.4 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport). L'intimé a cité, dans son calcul du 9

février 2022, quelques exemples d'activités adaptées à ces limitations et il en existe bien d'autres. Le grief du recourant sur ce point n'est dès lors pas fondé. En plaidoirie, le recourant a encore fait valoir qu'il présentait des difficultés touchant la concentration, l'attention, la mémoire et la fatigue, lesquelles auraient dû faire l'objet d'un bilan neuropsychologique. Il s'est essentiellement appuyé sur un article tiré d'une revue médicale, ce qui ne suffit pas à remettre en question la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire. Un article publié dans une revue médicale portant sur la recherche en matière de troubles cognitifs liés au cancer ne permet pas d'admettre que le recourant serait concerné. Du reste, l'article évoque des troubles cognitifs qualifiés de léger, se manifestant de la même manière que la CrF. Les experts de la B._____ ont, comme déjà exposé ci-dessus, retenu que cette problématique avait cessé au plus tard en septembre 2019. Il n'en demeure pas moins que l'experte psychiatre a pris note des troubles décrits par le recourant (cf. ch. 3.2 de l'expertise psychiatrique, p. 17 du rapport) et qu'elle en a tenu compte dans son évaluation (ch. 7 de l'expertise psychiatrique, p. 22 du rapport). d) Ainsi, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire de L._____, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique et psychiatrique présentées par le recourant. Le recourant n'a formulé aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Ce calcul, posé conformément aux règles applicables, aboutit à un degré d'invalidité de 51 %. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a octroyé une demi-rente d'invalidité à compter de la fin des délais d'attente fixés par les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, soit dès le 1er octobre 2020.

- 24 -

E. 6

Le recourant a encore fait valoir qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'un assuré âgé de plus de 55 ans, il y avait lieu, en principe, de mettre en œuvre des mesures de réadaptation également lorsque l'on statuait sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que sur l'octroi de la rente. Dès lors qu'il était âgé de plus de 55 ans lorsqu'avaient été rendues les décisions des 8 novembre 2022 et 16 janvier 2023, il était d'avis que l'intimé aurait dû mettre en œuvre des mesures de réadaptation, ce qu'il n'avait pas fait. Cependant, bien que le recourant soit âgé de plus de 55 ans, le droit aux mesures requises implique nécessairement la réduction ou la suppression d'une rente d'invalidité octroyée au préalable ou bien l'allocation à titre rétroactif d'une rente limitée dans le temps (ATF 145 V 209 consid. 5.1), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, puisqu'il n'est question ni d'une révision, ni d'une réduction ou d'une suppression de rente. Ce grief est donc mal fondé.

E. 7

Le dossier est complet et permet à la Cour des assurances sociales de statuer en pleine connaissance de cause. Les requêtes du recourant tendant à son audition ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'un examen neuropsychologique doivent dès lors être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid.

3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

- 25 -

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.
b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Me Duc a produit en dernier lieu une liste des opérations le 23 novembre 2023, faisant état de 23 heures 35 consacrées à la présente procédure par lui-même et son avocate-stagiaire. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations datant de septembre 2022, qui concernent la procédure devant l'intimé, celles relatives à des contacts avec un médecin qui n'a établi aucun rapport médical figurant au dossier, ainsi que celles relatives à une décision de la Caisse AVS ou qui ne correspondent à aucun acte de la cause. Doivent également être retranchés les opérations relatives au dépôt de la demande d'assistance judiciaire ou l'envoi de la liste d'opérations à la Cour, ainsi que les mémos relevant du pur travail de secrétariat, qui ne peuvent donc être indemnisés en tant que travail d'avocat. Pour le surplus, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre, eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Il convient ainsi de

- 26 - ramener à une heure le temps de rédaction du recours du 2 décembre 2022 et des observations du 14 décembre 2022, compte tenu de leur caractère très succinct. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 1 heure 30 pour Me Duc et 17 heures 35 pour son avocate-stagiaire. Compte tenu du tarif horaire applicable, et du forfait de 5 % du défraiment hors taxe pour les débours, le montant de l'indemnité de Me Duc est ainsi arrêté à 305 fr. 35 et celui de son avocate-stagiaire à 2'187 fr. 25, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un total versé à Me Duc de 2'492 fr. 60. La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

- 27 -

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