

# VD\_GERICHTE ZD24.026168 vom 14. August 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-08-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.026168](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.026168)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.026168 du 14 août 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.026168 del 14 agosto 2025

## Erwägungen

### E. 4

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) 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).

- 18 - 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). c) 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 (art. 29 al. 1 LAI). 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). 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

- 19 - 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. 4.3**

et les références citées). bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

#### **E. 4.3.1**

Status Status général : poids 78 kg taille 176 cm Pouls régulier à 76/ minute TA [tension artérielle] 100/78 mmHg Peau et phanères : normal Status cardiologique : auscultation cardiaque : B1 B2 réguliers, pas de souffle audible. Pas d'OMI [œdème des membres inférieurs], pouls périphériques palpés, bonne perfusion. Status pulmonaire : auscultation physiologique Status abdominal : souple et indolore

#### **E. 4.3.1.2**

et les références citées ; cf. également ATF 146 V 16 consid. 4.1). S'agissant des autres limitations fonctionnelles – éviter le travail de force de haute intensité, le travail de nuit avec alternance jour / nuit, favoriser activité simple et non stressante – il convient de constater qu'elles ont été prises en compte par l'intimé lors du choix de postes de travail raisonnablement exigibles (domaine industriel léger), dont l'éventail apparaît suffisamment large, et qu'elles ne justifient donc pas un abattement supplémentaire. Au surplus, les troubles mixtes des acquisitions scolaires n'ont pas été qualifiés d'incapacitants par l'expert psychiatre, respectivement par l'intimé, si bien que le recourant ne saurait en tirer un

quelconque argument.

- 34 - Le recourant n'élève au surplus aucune critique à l'encontre du calcul ayant abouti aux montants retenus à titre de revenu sans invalidité, soit 48'073 fr. 49, respectivement avec invalidité, à hauteur de 48'294 fr. 37, lesquels, vérifiés d'office, peuvent être confirmés. Partant, en l'absence de préjudice économique, l'OAI était légitimé à refuser au recourant le droit à une rente d'invalidité. On mentionnera au surplus que, même en procédant à un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidité retenu, le degré d'invalidité, qui s'élèverait alors à 14,6 % ( $(48'073 \text{ fr. } 49 - 48'294 \text{ fr. } 37 \times 15 \%) / 48'073 \text{ fr. } 49$ ), n'aboutirait toujours pas à la reconnaissance d'un droit à la rente.

#### **E. 4.3.2**

Examens complémentaires L'ECG [électrocardiogramme] (18.09.23) a montré un rythme sinusal, FC [fréquence cardiaque] 71/minute, axe à 10°, PR 0,134 sec, QRS 0,07 sec, QT 0,35 sec, absence de troubles de la repolarisation. L'echo[graphie] cardiaque transthoracique (18.09.23) a montré l'absence de valvulopathie significative, la fonction systolique du ventricule gauche est normale (fraction d'éjection (FE) entre 55 à 60 %), absence de dilatation des cavités cardiaques droites, pas d'épanchement péricardique.

#### **E. 4.3.3**

Radiologie La scintigraphie myocardique avec test d'effort du 3 octobre 2023 a été normale. Le patient a pu faire un test d'effort sur vélo allant à

- 30 - 125 watts atteignant une FC de 123/minute et une TA 131/89 mmHg. Il n'y a pas eu d'arythmie lors de l'effort notamment de type extrasystoles supra-ou ventriculaire ou accès de fibrillation auriculaire. Les images scintigraphiques n'ont pas révélé d'ischémie myocardique, ni infarctus, la FE du ventricule gauche a été normale (62 %). » A cette suite, l'expert a retenu le diagnostic non incapacitant de fibrillation auriculaire (épisode en 2015) et extrasystole auriculaire sur cœur sain – au vu notamment de l'absence d'arythmie lors du test d'effort, respectivement d'ischémie myocardique lors de la scintigraphie myocardique –, qu'il a justifié comme suit (cf. ibidem, p. 26) : « [...] Il existe un problème essentiellement d'ordre psychique qui interagit avec le cœur en créant des arythmies qui en général ont été la plupart du temps bénignes. [...] Le principal diagnostic cardiologique à retenir est une arythmie supraventriculaire plutôt bénigne en absence de cardiopathie sous-jacente. Sur la base de l'entretien du jour, complété par les examens complémentaires, aucune pathologie cardiaque n'est mise en évidence. D'ailleurs, tous les examens réalisés par le cardiologue traitant vont dans ce sens. La présence d'ESA [extrasystoles auriculaires] ou ESSV [extrasystoles supraventriculaires] est très fréquente dans la population générale. Ceci est souvent lié au stress, excès de fatigue, insomnie. Les ESA n'amènent pas forcément à une FA [fibrillation auriculaire]. Ce patient a eu un seul épisode de FA paroxystique. On ne peut donc pas parler de risque de développer une fibrose de l'oreillette. Pour cela, la FA aurait dû être plus fréquente et de plus longue durée, voire devenir permanente. Et nous ne sommes pas du tout dans cette situation avec ce patient. Cette situation n'est donc pas compatible avec une limitation de la CT. » Il a ensuite communiqué son évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, p. 25-29) [sic] : « 6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle Depuis 2015 l'assuré a évolué avec le diagnostic de FA sur cœur sain et épisodes d'extrasystoles auriculaire[s] (supraventriculaires) (ESA). Du point de vue cardiologique, il a donc un cœur sain et ceci

n'a pas changé depuis lors. Le problème est essentiellement lié à un stress en relation avec le lieu de travail. Ce stress engendre des épisodes de palpitations augmentant son angoisse et créant ainsi une sorte de cercle vicieux.

- 31 - A noter surtout que cet assuré n'a pas présenté qu'un seul épisode de FA en 2015 dont la durée n'a pas pu être précisée.

## **E. 5**

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent 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). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le

- 20 - soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid.

## **E. 6**

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 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

- 21 - 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir

- 22 - l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du

## **E. 6.2**

Évaluation de la cohérence et de la plausibilité En soi les arguments de l'assuré sont cohérents et plausibles. Mais du point de vue cardiologique on n'est pas en présence d'une pathologie pouvant engendrer une incapacité de travail médicalement justifiée sur le plan cardiologique. Une recherche de bénéfice secondaire semble être présente dans le fait que la reconnaissance de ses palpitations l'écarte de son activité professionnelle stressante qui ne lui convient pas, au lieu de se confronter à ce problème, qui n'est donc pas d'ordre médical.

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici [...] Du point de vue cardiologique il n'y a pas de restriction À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de la personne assurée dans cette activité, exprimé sur un 100% ? À 100%. [...] Comment cette capacité de travail- a-t-elle évolué au fil du temps (début de l'IT, évolution de la CT, éventuellement date de l'aggravation) ? Il n'y a pas eu d'évolution, le patient étant bloqué sur son affection cardiaque qu'il considère subjectivement comme grave. Pas d'IT du point de vue cardiologique. [...] » bb) On ne voit aucune raison objective de s'écarter de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_, laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. L'expert a dûment tenu compte de tous les rapports pertinents précédant le jour de l'expertise et a exposé de façon convaincante pourquoi il ne retenait aucune atteinte incapacitante du point de vue cardiologique et pourquoi il évaluait comme faible le risque pour l'assuré de développer une maladie plus grave, comme une fibrose de l'oreillette, tel qu'évoqué par le cardiologue traitant dans son rapport du 14 mars 2022. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le recourant, l'évaluation de l'expert ne diverge pas sensiblement de celle exprimée par le cardiologue traitant, le Dr G. \_\_\_\_\_, selon lequel l'assuré présentait une fibrillation auriculaire paroxystique sur cœur sain (Lone AF [fibrillation auriculaire isolée]), avec une fonction ventriculaire gauche

- 32 - normale à l'échographie réalisée en 2017 et des sensations subjectives d'arythmie qui augmentaient à chaque exposition au stress avec toutefois un bon contrôle objectif des extrasystoles auriculaires sous traitement de bétabloquant (cf. rapport à l'OAI du 13 mars 2023). Le cardiologue faisait certes état d'une capacité de travail de 50 % (cf. rapport du 30 janvier 2023), sans toutefois poser de diagnostic différentiel ou de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été examinées par l'expert, respectivement le SMR. Il en va de même des rapports rédigés ultérieurement à l'expertise (cf. rapport du 8 mars 2024). Tout au plus, le Dr G. \_\_\_\_\_ insiste sur la nécessité d'éviter le stress, laquelle a été prise en compte par l'intimé lorsqu'elle a défini les limitations fonctionnelles visant en particulier à éviter les horaires irréguliers ainsi que les activités induisant du stress. Il n'y a donc aucun élément fourni par le cardiologue traitant qui permettrait de douter des conclusions communiquées par le Dr C. \_\_\_\_\_, lequel a, au demeurant, demandé la réalisation d'exams complémentaires. Il s'agit donc de se rallier à l'évaluation de l'expert, étant souligné ici aussi que le recourant ne s'est prévalu d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure. e) Au surplus, le SMR a considéré que les experts ne pouvaient pas être suivis dans leur appréciation selon laquelle le recourant était capable de travailler dans son activité habituelle d'aide de cuisine, afin de tenir compte du stress et du rythme fluctuant inhérents à cette activité. Dans ce contexte, la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle devait être tenue pour nulle. On observera à cet égard que contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation divergente exprimée par le SMR quant à sa capacité de travail dans son activité habituelle – qui lui est en définitive favorable en tant qu'une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle est retenue – n'est en soi pas suffisante à remettre en cause la valeur probante des expertises ni, d'une autre manière, la crédibilité des experts. f) En définitive, l'intimé était fondé à se baser sur les expertises – probantes – du 4 juin 2021 du Dr J. \_\_\_\_\_ et du 31 octobre 2023 du Dr C. \_\_\_\_\_, ainsi que sur les avis du SMR pour retenir que le

- 33 - recourant présente une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en tenant compte d'une baisse de rendement de 30 %, et que l'état de santé du recourant ne s'est par conséquent pas modifié de manière significative depuis la décision du 12 décembre 2016. 8. Sur le plan économique, le recourant soutient qu'un abattement supplémentaire – sans toutefois le chiffrer – aurait dû être appliqué au revenu avec invalidité afin de prendre en compte les états paroxystiques pouvant survenir en cas de stress ainsi que les troubles mixtes des acquisitions scolaires. En l'occurrence, il sied de constater que les limitations fonctionnelles de l'assuré ont été prises en compte dans l'appréciation du rendement (baisse de 30 % opérée sur la capacité de travail entière retenue) pour tenir compte d'une lenteur dans l'exécution des tâches, d'une intolérance au stress et de la recherche d'un repli dans la zone de confort. La jurisprudence considère à cet égard que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail, de sorte qu'en principe, il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement en raison des limitations fonctionnelles à l'origine de la diminution de rendement (TF 8C\_122/2019 du 10 décembre 2019 consid.

## **E. 9**

Bien que sa requête en ce sens ne fasse l'objet d'aucune conclusion formelle, le recourant demande – à tout le moins implicitement – la réalisation d'une expertise judiciaire en psychiatrie. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer sans qu'il

apparaisse nécessaire de procéder à une expertise judiciaire. Une telle mesure ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

#### **E. 10**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du

- 35 - 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA- VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée 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 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 6 mars 2025, Me Laurent Gilliard a chiffré à 6 heures et 55 minutes le temps consacré au dossier du recourant, ce qui entre globalement dans le cadre matériel et temporel de son mandat. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ), auquel s'ajoutent un montant forfaitaire de débours par 5 %, à concurrence de 62 fr. 25, et la TVA au taux de 8,1 %, à hauteur de 105 fr. 90, il y a lieu de prendre en considération un total de 1'413 fr. 15 pour l'ensemble des activités déployées. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable 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).

- 36 -