

VD_FINDINFO AA 51/2017 - 41/2018 vom 1. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_51_2017_-_41_2018

FR: VD_FINDINFO AA 51/2017 - 41/2018 du 1 mai 2018

IT: VD_FINDINFO AA 51/2017 - 41/2018 del 1 maggio 2018

Regeste

LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT | 9 al. 2 OLAA

Erwägungen

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c). b) Dans le cas particulier, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 16 mars 2017, à nier le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles à l'épaule droite annoncés le 26 avril 2016. c) Il sera noté que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date – alléguée – de l'événement litigieux (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

E. 2.1

avec les références). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. ATF 129 V 177 consid.

E. 3

Dans la mesure où le recourant invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (cf. art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.3 et 141 V 557 consid. 3.1 avec les références citées). Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1). La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. Si par contre l'atteinte est importante, il n'est en règle générale pas possible de remédier à la violation. Une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références citées). b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir indiqué avant la décision sur opposition du 16 mars 2017 qu'elle réfutait la survenance même d'un accident le 2 octobre 2015 (cf. réplique du 23 octobre 2017 p. 2 s.). Certes, quand bien même l'avis du Dr Z. _____ du 9 janvier 2017 mettait en doute l'existence d'un véritable traumatisme les 28 septembre ou 2 octobre 2015, la CNA n'a pas formellement soulevé ce point dans la décision du 24 janvier 2017, qui portait exclusivement sur la problématique du lien de causalité, mais uniquement au stade de la décision sur opposition du 16 mars 2017. On peut ainsi se demander si l'intimée n'a pas violé le droit d'être entendu du recourant. La question peut néanmoins rester indécise. En effet, il n'en demeure pas moins que le recourant a valablement pu faire valoir ses arguments sur le sujet (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017, écriture du 15 septembre 2017 et réplique du 23 octobre 2017), pièces à l'appui (cf. dépositions écrites de B.B. _____, T. _____, C.B. _____ et C.B. _____), tout au long de la présente procédure judiciaire ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer – le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Par conséquent, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit être écarté.

E. 3.1

et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu

sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert de surcroît un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 129 V 177 consid.

E. 3.2

et 125 V 456 consid. 5a ; cf. TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; cf. TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

E. 4

a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA). Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (cf. art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse pas être qualifié d'accident (cf. ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 et 129 V 402 consid.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. consid. 2c supra), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui a été abrogé au 1^{er} janvier 2017 (cf. consid. 2c supra). Cette disposition prévoit que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes : - les fractures (let. a), - les déboîtements d'articulations (let. b), - les déchirures du ménisque (let. c), - les déchirures de muscles (let. d), - les élongations de muscles (let. e), - les déchirures de tendons (let. f), - les lésions de ligaments (let. g) et - les lésions du tympan (let. h). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à

l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; cf. TF 8C_485/2017 du 20 mars 2018 consid. 3). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (cf. TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). A l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (cf. ATF 139 V 327 et 129 V 466 ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA (cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.1). c) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires avec les premières. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (cf. ATF 143 V 168 consid. 5.2.2. et 121 V 45 consid. 2a avec les arrêts cités ; cf. TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3).

E. 7

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1).

E. 8

Il n'est pas contesté que le recourant présente des lésions tendineuses tombant sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. dans ce sens TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 5.1). Si le recourant soutient que ses lésions sont dues à une chute le 2 octobre 2015 (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017 p. 6 ss, écriture du 15 septembre 2017 et réplique du 23 octobre 2017), l'intimée réfute, en revanche, la survenance même d'un événement traumatique (cf. décision sur opposition du 16 mars 2017 p. 6 ss., réponse du 7 juin 2017 p. 6 ss et duplique

du 13 décembre 2017 p. 2), respectivement l'existence d'un lien de causalité entre l'événement allégué et les lésions constatées (cf. décision sur opposition du 16 mars 2017 p. 7 et duplique du 13 décembre 2017 p. 2).

E. 9

Pour ce qui est de la survenance d'un événement traumatique, la Cour de céans ne peut que rejoindre les doutes émis par la CNA. a) Le dossier constitué en procédure administrative comporte, à cet égard, des indications pour le moins floues, voire même contradictoires. On constate en effet qu'aux termes de la déclaration d'accident du 26 avril 2016, l'employeur a indiqué que l'assuré, en arrêt maladie depuis le mois de septembre 2015 pour des problèmes aux jambes (dus, vraisemblablement, au diabète), avait dû prendre des béquilles et se plaignait de douleurs aux épaules depuis le mois de février 2016. Il apparaît ainsi qu'au stade des premières déclarations (cf. consid. 6c supra) imputables au recourant, les douleurs à l'épaule ont – implicitement – été mises en relation avec l'usage de béquilles, sans référence à un quelconque accident, et ont été situées à une date bien postérieure à celle du 2 octobre 2015. Peu importe, sur ce point, la méconnaissance du français invoquée par le recourant ou le fait qu'il ne serait pas l'auteur de la déclaration de sinistre (cf. mémoire de recours du 4 mai 2017 pp 2 et 7) ; en tout état de cause, il ne pouvait ignorer qu'il avait à répondre de la véracité des faits reportés, le cas échéant en s'adjoignant les services de sa belle-sœur B.B._____ (comme il l'a fait le 9 août 2016), dont il est admis qu'il s'agit également de la secrétaire de B._____ SA, étant au surplus relevé qu'un lien de parenté avec l'administrateur unique de ladite société – P.B._____, selon le Registre du commerce vaudois – n'est de loin pas exclu au vu de l'identité des patronymes. Le recourant n'a du reste pas fourni d'indications plus détaillées lors de l'entretien téléphonique du 9 mai 2016 avec la CNA, faisant laconiquement référence à un accident dont il ne se souvenait plus de la date. Puis, lors de l'entretien intervenu le 9 août 2016 en présence de sa belle-sœur B.B._____, l'assuré a exposé qu'il avait consulté le Dr K._____ le 1^{er} octobre 2015 pour ses jambes, qu'il avait commencé à utiliser des cannes anglaises à cette même date et que, le 2 octobre 2015, l'une de ses cannes avait glissé en marchant sur la chaussée mouillée et l'avait fait tomber sur l'épaule droite (cf. également écritures des 7 décembre 2016 et 28 janvier 2017) ; il a également précisé que la chute n'avait pas été très violente et que la douleur s'était avérée supportable mais que sa persistance l'avait poussé à en parler au Dr K._____ en février 2016, après quoi des examens et une consultation auprès du Dr X._____ avaient été organisés. Cela étant, on peut s'étonner que de telles précisions – outre qu'elles tranchent singulièrement avec les propos formulés dans la déclaration d'accident ou le silence adopté lors de l'entretien téléphonique du 9 mai 2016 – n'aient pu être fournies précédemment. Les renseignements obtenus auprès des médecins consultés viennent encore rajouter à la confusion. Ainsi, aux termes de son rapport d'arthro-IRM du 7 mars 2016, le Dr F._____ s'est uniquement référé, sous la rubrique « Indication », à un bilan pour des douleurs persistantes de l'épaule droite et n'a à aucun moment évoqué d'accident. Interpellé par la CNA concernant « l'assuré [...] déjà malade et en traitement chez vous avant son accident » (cf. courrier de la CNA du 4 mai 2016), le Dr K._____ a initialement signalé un début de prise en charge au 1^{er} octobre 2015 sans autre information au dossier (cf. note manuscrite du 10 mai 2016). Il a ensuite fait état d'un traitement entrepris le 1^{er} octobre 2015 pour des troubles de l'épaule (cf. rapport du 17 mai 2016). Or, dans cette hypothèse, on comprend mal que le bilan radiologique n'ait été effectué que le 7 mars 2016. A cela s'ajoute que les réponses du Dr K._____, qui n'évoquent aucun accident, se situent en contradiction avec la thèse de

l'assuré attribuant la consultation du 1^{er} octobre 2015 à des troubles aux jambes et faisant intervenir la chute sur l'épaule droite à la date du 2 octobre 2015 avec un début de traitement en février 2016 (cf. procès-verbal d'entretien du 9 août 2016). S'agissant enfin du Dr X._____, il a mentionné le 12 avril 2016 des douleurs à l'épaule droite apparues quatre à cinq mois plus tôt, soit en tous les cas à une date postérieure au mois d'octobre 2015. Prises dans leur globalité, ces divergences pouvaient donc amener la CNA à retenir, dans la décision litigieuse, que la survenance d'un événement traumatique n'était pas établie à satisfaction de droit – comme l'avait du reste déjà relevé le Dr Z._____ en date du 9 janvier 2017. b) Les dépositions écrites produites en procédure judiciaire n'y viennent rien changer. S'agissant de B.B._____, elle a déclaré le 30 mars 2017 qu'elle se trouvait dans le dépôt de la société B._____ SA le 2 octobre 2015, à un mètre du recourant, lorsque la béquille de ce dernier avait glissé et l'avait fait chuter fortement au sol. D'une part, on peut s'étonner que l'assuré se soit trouvé le 2 octobre 2015 dans les locaux de son employeur, alors même qu'il était dans l'incapacité d'effectuer son travail depuis le 28 septembre 2015 en raison de problèmes aux jambes. D'autre part, les propos de B.B._____ situant l'accident dans le dépôt de la société s'opposent manifestement à la version fournie le 9 août 2016, selon laquelle l'assuré marchait sur la chaussée mouillée lors de sa chute. Enfin, on rappellera que l'intéressé a décrit une chute « pas très violente » le 9 août 2016, ce qui cadre mal avec la forte chute évoquée par sa belle-sœur. Compte tenu de telles zones d'ombre, les explications fournies par B.B._____ ne sauraient donc emporter la conviction de la Cour de céans. Le même constat s'impose en ce qui concerne les attestations fournies par T._____, C.B._____, ainsi que C.B._____, lesquels se contentent de répéter les dires du recourant sur le sujet, ce qui ne saurait être considéré comme suffisant au degré de la vraisemblance prépondérante. C'est encore le lieu de relever que si le rapport du Dr S._____ du 27 septembre 2017 mentionne certes une chute en marchant avec des béquilles, cette référence repose de toute évidence sur les seuls dires du patient a posteriori et doit ainsi être considérée avec prudence. A cela s'ajoute que l'on n'y retrouve aucune notion de glissade, à l'inverse des versions précédemment fournies par l'assuré (cf. procès-verbal d'entretien du 9 août 2016 p. 1) ou B.B._____ (cf. déposition écrite du 30 mars 2017). On ne saurait donc voir là d'indice significatif plaidant en faveur de la survenance d'un événement accidentel le 2 octobre 2015. c) A l'aune de ces éléments, force est d'admettre la légitimité des doutes émis par l'intimée quant à la survenance même d'un événement extérieur spécifique le 2 octobre 2015. Or, le droit à des prestations de l'assurance-accidents ne saurait être reconnu en l'absence de circonstances accidentelles. Sous cet angle, la décision attaquée échappe donc à la critique.

E. 10

A cela s'ajoute que, même à admettre la survenance d'un événement traumatique le 2 octobre 2015, les exigences en matière de causalité ne seraient pas remplies dans le cas particulier. a) On relèvera à cet égard que la CNA a interpellé son médecin d'arrondissement sur le sujet et que, les 30 novembre et 30 décembre 2016, le Dr Z._____ a nié toute relation de causalité entre l'accident et les lésions du recourant. A teneur de son rapport du 9 janvier 2017, ce médecin a précisé qu'il doutait de l'existence d'un véritable traumatisme de l'épaule droite le 28 septembre ou le 2 octobre 2015 et qu'il confirmait ainsi que l'incapacité de travail attestée n'était pas en relation de causalité avec les seules suites de l'accident annoncé (cf. rapport du 9 janvier 2017 p. 2). Cela étant, il apparaît que pour se prononcer sur la causalité, le médecin d'arrondissement de la CNA a essentiellement raisonné sur la base de l'absence d'événement traumatique. C'est toutefois

oublier que la question de la causalité ne peut se poser que pour autant qu'il y ait, en amont, un événement accidentel ; elle n'a en revanche pas lieu d'être en l'absence d'événement dommageable de caractère accidentel. b) Ce nonobstant, les autres avis médicaux au dossier ne permettent pas de conclure à un lien de causalité entre l'accident allégué et les troubles de l'épaule droite. A cet égard, on relèvera que le Dr F. _____ n'a pas rapporté de lésion traumatique à la suite de l'arthro-IRM réalisée le 7 mars 2016. De même, le Dr K. _____ n'a pas évoqué d'origine accidentelle en lien avec les troubles de l'assuré, que ce soit dans sa réponse réceptionnée le 10 mai 2016 ou dans le rapport établi le 17 mai 2016. Au surplus, on relèvera non sans un certain étonnement que le Dr K. _____ a alternativement mis en lien l'incapacité de travail de son patient avec une maladie ou un accident, selon les différents certificats d'arrêt de travail au dossier. On ne trouve également aucune trace d'une lésion traumatique dans le rapport du Dr V. _____ du 26 septembre 2016. S'agissant du Dr X. _____, il n'a pas non plus, dans son compte-rendu du

E. 12

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par l'intimée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205). c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Leuenberger a produit une liste de ses opérations le 31 janvier 2018, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (16,20 en 2017 [dont 1,40 par un avocat-stagiaire] et 1,20 en 2018) et des débours (71 fr. 40 en 2017 et 0 fr. 60 en 2018 fr.) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (cf. ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Leuenberger s'élève donc à 3'353 fr. 85, y compris la TVA de 8 % en 2017 et 7,7 % en 2018. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (cf. art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

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