

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 217 vom 15. Mai 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__217)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 217 du 15 mai 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 217 del 15 maggio 2018

## Regeste

CAUSALITÉ NATURELLE, LÉSION CORPORELLE ASSIMILÉE À UN ACCIDENT, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE LA PREUVE | 18 al. 1 LAA, 6 LAA, 9 al. 2 let. f OLAA, 9 al. 2 OLAA

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

### E. 2

La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge des troubles de l'épaule droite au-delà du 31 décembre 2015, faute de lien de causalité, et si le recourant a droit à une rente d'invalidité à compter de février 2012, celui-ci ayant perçu des indemnités journalières jusque-là.

### E. 3

a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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 (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle (et adéquate). La condition de la causalité naturelle est réalisée 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3). Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait,

généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1). b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (applicable en l'espèce compte tenu de la date de l'accident, conformément à l'alinéa 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 de la LAA), le Conseil fédéral pouvait inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 et qui prévoyait que certaines lésions corporelles étaient assimilées à un accident, même si elles n'étaient 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. La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 aOLAA mentionnait notamment les déchirures de tendons (let. f). La jurisprudence considère à cet égard qu'une déchirure de la coiffe des rotateurs peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA, lorsque sont réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire (ATF 123 V 43 consid. 2b ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.3 ; 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.2). La notion de lésion assimilée à un accident avait pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA devaient-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, aurait en principe dû être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA étaient assimilées à un accident même si elles avaient, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffrait l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b). c) Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. TF 8C\_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2, avec les références). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas établi, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). Dans le cas d'accidents répondant à la définition de l'art. 6 al. 1 LAA, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2). En revanche, en présence de lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, celles-ci seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C\_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ;

8C\_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 ; 8C\_551/2007 du 8 août 2008 consid. 4.1.2 ; 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 aOLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne voit pas, a fortiori, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C\_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3 ; 8C\_698/2007 précité consid. 4.2 ; 8C\_357/2007 précité consid. 3.2). d) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la déchirure de la coiffe des rotateurs que l'assuré a présentée a été déclenchée par l'accident du 9 novembre 2009 et qu'il s'agit d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art.

#### **E. 9**

al. 2 let. f aOLAA, à la charge de l'assureur-accidents (cf. consid. 3b ci-dessus). Dans le cadre de l'arrêt de la Cour de céans du 28 mars 2013, confirmé par arrêt du Tribunal fédéral du 18 février 2014, il a été jugé que les rapports médicaux alors au dossier ne permettaient pas de conclure que les lésions constatées seraient imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, à l'exclusion de toute cause accidentelle, que ce soit pour la période ayant immédiatement suivi la glissade ou celle postérieure au 3 mars 2010. Tant le Dr J.\_\_\_\_\_ que le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne faisaient état d'élément pouvant fonder un retour à un état exclusivement dégénératif quatre mois après l'accident, de sorte que le lien de causalité persistait au-delà de cette période et l'intimée devait allouer ses prestations postérieurement au 3 mars 2010. Dans la mesure où le retour à un statu quo sine en date du 3 mars 2010 a été nié dans le cadre d'arrêts entrés en force, il n'y a pas lieu de revenir sur cette question, quand bien même le Dr G.\_\_\_\_\_ évoque également un statu quo sine à trois ou quatre mois après l'accident, au motif que l'origine de la lésion ne serait pas traumatique. On peut au demeurant préciser que son appréciation ne permet dans tous les cas pas de remettre en cause les conclusions des arrêts rendus puisque l'expert reconnaît l'existence d'une action vulnérante lors de l'événement accidentel, propre à léser un tendon

du sus-épineux (cf. rapport d'expertise p. 19), ce qui exclut d'attribuer à la déchirure des tendons une origine exclusivement malade. En outre, selon le Dr G. \_\_\_\_\_, « il était logique d'envisager de poser un statu quo sine [...] après une échéance de 3-4 mois » (cf. rapport d'expertise p. 20). Au vu de cette formulation et des éléments médicaux au dossier, il n'est pas possible de conclure, de manière certaine, au retour à un statu quo sine au 3 mars 2010. En effet, en présence d'une lésion assimilée à un accident, la date du retour à un état antérieur doit être établie avec certitude et nécessité que toute origine (partiellement) accidentelle puisse clairement être exclue. b) Il convient maintenant d'examiner si, comme le soutient l'intimée, le statu quo sine a été atteint à tout le moins au 31 décembre 2015 et qu'à partir de cette date, il est certain qu'il n'existe plus de relation de causalité entre les troubles présents et l'événement accidentel. Dans ses rapports des 11 décembre 2015 et 20 mai 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_ explique de manière claire et motivée les raisons qui lui permettent de conclure, avec certitude, à l'origine actuellement exclusivement malade ou dégénérative des lésions encore présentes et d'exclure toute cause accidentelle (cf. rapport du 11 décembre 2015 p. 21-22 et rapport du 20 mai 2016 p. 2 et 3). Il y explique que la suture du tendon a été effectuée correctement lors de l'intervention chirurgicale du 21 janvier 2011 et que l'évolution post-opératoire a été favorable puisque la suture du tendon a tenu, comme le révèlent les IRM effectués en 2014 et 2015. A l'instar du Dr R. \_\_\_\_\_ (cf. rapport médical du 16 septembre 2015), l'expert a constaté une discordance entre plaintes et status objectif. Il considère au vu du status clinique et des radiographies que l'épaule du patient serait plus utilisée qu'il ne veut bien l'admettre dans la mesure où il n'existe notamment pas d'atrophie musculaire ni dégénérescence graisseuse de la musculature. L'expert indique en outre que la persistance des douleurs n'est pas explicable sur le plan orthopédique. L'origine des douleurs ne peut plus se situer au niveau de la lésion du sus-épineux, puisque celle-ci est guérie. Il n'existe en outre aucun conflit qui la justifie ni aucun signe inflammatoire et l'examen clinique a permis d'exclure la présence d'une capsulite rétractile. Il conclut à la présence de facteurs de non-organicité et évoque des troubles psycho-sociaux. Il précise même que dans la mesure où la déchirure des tendons a été réparée avec succès, l'épaule du recourant se trouve dans un état meilleur que celui qu'il présentait avant l'événement accidentel. Il faut constater que les rapports établis par le Dr G. \_\_\_\_\_ sont conformes aux critères jurisprudentiels permettant de leur attribuer une pleine valeur probante. L'expert s'est en effet prononcé sur la base de l'anamnèse détaillée et de l'examen clinique auquel il a procédé. Il a tenu compte des plaintes du patient, il a analysé les documents radiographiques et posé les diagnostics conformément aux règles de l'art. En outre, il s'est prononcé en connaissance des rapports médicaux des médecins traitants. Dans son rapport médical du 16 septembre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ estime que les troubles mis en évidence par l'arthro-IRM du 13 février 2014 sont les suites délétères de l'accident survenu le 9 novembre 2009, mais n'explique pourtant pas comment il arrive à cette conclusion. On ne dispose par ailleurs d'aucun document médical récent dans lequel il se prononcerait sur la causalité naturelle au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2016. De son côté, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait réaliser une nouvelle arthro-IRM, qui a montré un amincissement du sus-épineux sans pouvoir parler de nouvelle déchirure. Dans son rapport du 16 septembre 2015, il évoque de manière assez peu convaincante un lien de causalité entre les troubles de l'épaule et l'accident de l'assuré : « A mon avis, ces douleurs et ces faiblesses restent en relation avec son accident de 2009, qui par la suite a déclenché les douleurs, même s'il s'agit seulement d'une rupture de la coiffe de petite taille ». Il est cependant surpris par l'examen clinique qu'il effectue au regard des plaintes du patient et ne constate, à l'instar de

l'expert, ni atrophie musculaire ni signes arthrosiques. Ces rapports médicaux ne permettent par conséquent pas de remettre en cause les conclusions motivées et détaillées de l'expert quant à l'absence de causalité naturelle entre l'accident du 9 novembre 2009 et les troubles présentés au-delà du 1<sup>er</sup> janvier 2016. Il en va de même des autres rapports médicaux dont le recourant se prévaut dans son recours. Il cite en effet, en plus du rapport de l'arthro-IRM du 20 février 2014, un rapport médical établi par le Dr N. \_\_\_\_\_ le 25 mai 2011 et un autre rédigé le 4 septembre 2015 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ pour affirmer qu'il y avait eu peu d'améliorations depuis l'intervention chirurgicale, voire que l'évolution était défavorable. Outre que le recourant n'a pas produit les deux rapports précités, lesquels ne figurent pas parmi les pièces versées au dossier par l'intimée, ceux-ci n'apparaissent de toute façon pas propres à nier le fait que la lésion du sus-épineux a pu être réparée grâce à l'intervention de janvier 2011. Le fait que l'état douloureux persiste ne suffit pas, comme déjà mentionné, à établir un rapport de causalité avec l'accident. c) L'intimée était dès lors fondée à mettre un terme à ses prestations au 31 décembre 2015, faute de causalité naturelle au-delà de cette date entre l'accident du 9 novembre 2009 et les troubles encore présents. 5. a) Dans sa décision sur opposition, O. \_\_\_\_\_ confirme en outre que le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité entre février 2012 et le 31 décembre 2015, en se référant à l'évaluation du taux d'invalidité effectuée par l'OAI. b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA). La notion d'invalidité, en principe identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, est constituée par la diminution permanente ou de longue durée des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré (art. 7 et 8 LPGA) ; l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.1 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d ; TF 9C\_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 8C\_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). On rappellera qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données

statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). 6. a) En l'occurrence, dans sa décision du 8 janvier 2015, O. \_\_\_\_\_ a mis fin au versement des indemnités journalières au 17 février 2012 et fixé au lendemain la date à partir de laquelle le recourant pourrait toucher une rente d'invalidité, quand bien même elle a, dans la même décision, estimé que son cas n'était pas stabilisé. Il faut cependant constater que dans son recours, le recourant ne conteste pas la date du 18 février 2012 comme point de départ d'une éventuelle rente d'invalidité, de sorte que la question de la date de stabilisation du cas n'a pas à être examinée – pour autant d'ailleurs qu'elle ait pu être comprise dans l'objet de la contestation eu égard à l'entrée en force de la décision rendue par O. \_\_\_\_\_ le 8 janvier 2015, étant rappelé que l'opposition formée par l'assuré a été déclarée irrecevable le 20 avril 2015. b) Dans son recours, le recourant se prévaut du rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 juin 2015 qui atteste d'une totale incapacité de travail. A la lecture de ce rapport médical, il faut cependant constater que le médecin traitant évoque une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle et non dans une activité adaptée. Il précise certes qu'il ne voit pas dans quelle activité adaptée l'assuré pourrait travailler, mais il s'agit-là d'une remarque relative à l'existence concrète d'un poste adapté et non d'une évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré. Sur le plan médico-théorique, le Dr H. \_\_\_\_\_ avait retenu l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dans le rapport médical du 17 octobre 2011 établi à l'intention des organes de l'assurance-invalidité, et avait mentionné les limitations fonctionnelles de l'assuré. On ne saurait à cet égard soutenir la thèse du recourant, selon laquelle cette évaluation aurait été faite alors que le Dr H. \_\_\_\_\_ avait l'espoir d'une amélioration grâce à l'intervention chirurgicale. Outre que cette hypothèse ne trouve aucun fondement dans le rapport médical précité, il faut rappeler que le recourant n'a pas contesté les conclusions de ce rapport, reprises dans la décision de l'OAI du 5 mars 2012, contre laquelle il n'a pas fait recours. Dans cette décision, l'OAI a ainsi reconnu que le recourant avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à compter du 17 octobre 2011, ce qui justifiait de limiter au 31 janvier 2012 le versement de la rente d'invalidité qui lui avait été octroyée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011. De son côté, le Dr G. \_\_\_\_\_ retient également pour le recourant l'impossibilité ou à tout le moins des difficultés à exercer son activité habituelle, celle-ci risquant de provoquer à nouveau une lésion compte tenu de l'état dégénératif. En revanche, il conclut à l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et retient des limitations fonctionnelles qui rejoignent grandement celles posées par le Dr H. \_\_\_\_\_. Dans son rapport d'expertise complémentaire, il répond clairement à ce qu'il considère comme activité adaptée, évoquant à cet égard des travaux de surveillance et une activité avec de petits travaux d'établi. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas de raison de s'écarter du calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, selon lequel le recourant ne subissait pas de préjudice économique en raison de son atteinte à la santé au-delà du 31 janvier 2012. C'est par conséquent à juste titre que l'intimée n'a pas mis le recourant au bénéfice d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents. 7. a) Il ressort de ce qui précède que les faits pertinents ont été constatés à satisfaction de droit, ce qui permet à la cause d'être jugée sans devoir d'ordonner de contre-expertise (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2). La requête du recourant en ce sens est par conséquent rejetée. b) En définitive, il apparaît que c'est à bon droit que O. \_\_\_\_\_ a fixé un statu quo sine au 31 décembre 2015 et qu'elle a refusé de mettre le recourant au bénéfice

d'une rente d'invalidité. 8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). d) Par décision du juge instructeur du 15 novembre 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 octobre 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Sébastien Pedroli. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 7 mars 2018, faisant état de 13 heures et 35 minutes de travail, auxquelles s'ajoutent des débours par 110 fr. 60. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Pedroli est arrêtée à 2'759 fr. 75 (débours et TVA compris) compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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