

VD_GERICHTE ZA14.013426 vom 24. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.013426

FR: VD_GERICHTE ZA14.013426 du 24 août 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.013426 del 24 agosto 2015

Erwägungen

E. 14

Dans le cas qui nous occupe, force est de noter que la contestation, par l'assuré, de l'existence d'un état antérieur frise la témérité. De fait, les examens radiographiques et IRM de la colonne lombaire ne montrent aucune lésion traumatique récente mais d'importantes dégénérescences, ce qui est affirmé par le radiologue chez qui s'est rendu l'assuré (ch. 3 de la partie en faits). Le médecin traitant lui-même admet que la «grosse discopathie arthrosique L4-L5» constitue une circonstance étrangère à l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison (ch. 5 de la partie en faits). Une ancienne lésion traumatique sera également mentionnée par le Dr P. _____ (ch. 12 de la partie en faits). On n'a dès lors aucune raison de douter du bien-fondé de l'appréciation des experts du CEMed, lorsqu'ils aboutissent à une conclusion identique, laquelle n'est d'ailleurs contestée par aucun des médecins intervenus dans ce dossier.

E. 15

Ensuite, il s'agit d'examiner l'argumentation développée par le conseil de l'assuré selon lequel les experts du CEMed auraient procédé d'une «approche juridique erronée pour laquelle ils ne sont pas compétents» en fixant le statu quo des suites de l'accident à 3 mois, sous prétexte que «conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral le statu quo sine, en présence d'un état dégénératif préexistant asymptomatique, est atteint dans l'année qui suit l'accident». En effet, le Tribunal fédéral n'a jamais énoncé de règle de droit à cet égard (ce pour quoi il ne serait d'ailleurs, en tant qu'autorité judiciaire et non législative, pas compétent) mais seulement retranscrit la littérature médicale pertinente, selon laquelle, en règle générale, le statu quo d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale peut considérer être atteint dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard dans un délai d'une année, tandis que, s'agissant de lombalgies l'on peut même s'attendre à ce qu'un statu quo soit atteint dans un délai de trois à quatre mois. Il n'en reste pas [moins] que l'appréciation de la date à laquelle le statu quo des suites d'un accident a été atteint dans un cas particulier est une question de fait, qui requiert des connaissances particulières en médecine, et à laquelle doit donc répondre des experts de cette dernière discipline. Or, dans le cas d'espèce, les experts sont arrivés à la conclusion que le statu quo de la contusion banale au niveau du coccyx et de la région lombaire seule affection qu'ils jugent en lien de causalité avec l'accident, a été atteint 3 mois après la survenance du sinistre. Cette appréciation doit être suivie, d'autant qu'elle correspond à ce qui est observé dans la plupart des cas s'agissant de lombalgies comme l'a par ailleurs observé le Tribunal fédéral dans de nombreux arrêts dont certains ont été cités par le mandataire de l'assuré.

- 14 - 16. En outre et à titre superfétatoire, force est de constater que l'assuré a, dans un premier temps, expliqué à l'infirmière de tri et aux médecins du service des urgences de l'

[...] avoir ressenti des douleurs dans le dos après avoir porté une lourde charge, sans qu'il ne soit question d'une quelconque chute, à savoir un événement qui n'est pas de nature accidentelle. Vu les circonstances, il paraît vraisemblable que le sinistre se soit déroulé de la manière ci-dessus décrite et qu'a expliqué l'assuré lui-même le lendemain du sinistre au personnel du service des urgences. En effet, le déroulement des faits tel que l'a décrit le témoin entendu le 20 janvier 2014 paraît peu vraisemblable, notamment dans la mesure où l'on s'imagine mal une personne poser une charge devant lui avant de tomber en arrière sur les fesses. Ledit témoin est d'autant moins digne de foi qu'il était d'ailleurs sur place sur le lieu de travail le jour de l'accident alors qu'il était censé être en arrêt de travail à 100%. De plus, ce témoin n'a pas hésité à accomplir du travail administratif pour son employeur en remplissant la déclaration d'accident du 18 octobre 2011 et le questionnaire du 4 novembre 2011 alors qu'il était toujours censé être en incapacité de travail complète. Dans ce contexte, un témoignage de complaisance ne paraît pas moins vraisemblable qu'une véritable chute sur le coccyx. Cela est d'autant plus vrai que le dossier contient d'autres éléments contradictoires, par exemple le fait qu'il serait question de deux stérilisateurs selon la déclaration d'accident; alors que le témoin a parlé d'un unique stérilisateur lorsqu'il a été entendu le 20 janvier dernier. [...]" B. Par acte du 31 mars 2014, A. _____, représenté par Me Isabelle Jaques, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu avec dépens principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens que le recourant est maintenu au bénéfice des prestations d'assurance jusqu'au 30 septembre 2012, une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet rhumatologique et un volet neurologique) étant mise en œuvre pour déterminer le droit aux prestations de l'intéressé au-delà du 30 septembre 2012. Le recourant a subsidiairement conclu à l'annulation de la décision entreprise ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire telle que précitée pour déterminer le droit aux prestations au-delà du 1er janvier 2012 et, plus subsidiairement encore, à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi du dossier à la W. _____ pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Il reproche à l'assurance de s'être basée dans sa décision sur les conclusions du rapport d'expertise du CEMed du 14 septembre 2012. A le suivre, ce rapport serait en opposition avec les avis médicaux des

- 15 - février 2012 et avril 2012 du médecin-conseil de l'intimée à teneur desquels, à leur date d'établissement, le statu quo ante n'avait pas encore pu être déterminé comme étant atteint. Le recourant observe ainsi que la W. _____ était en possession de deux avis médicaux internes contradictoires. Par ailleurs, l'expertise du CEMed, dépourvue de motivation (pas de renvoi à la littérature médicale et absence d'explication des motifs ayant empêché le Dr R. _____ de déterminer que la date du statu quo ante avait été atteinte fin 2011 déjà) quant à ses conclusions, ne saurait avoir de valeur probante. L'expertise du CEMed ayant toutefois permis d'établir que le recourant présentait un état pathologique préexistant asymptomatique, l'intimée aurait ainsi dû déterminer la date à laquelle le statu quo ante était atteint sur cette base. Or, en application de la jurisprudence en présence d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique avant l'accident, le recourant estime qu'il convient de retenir que le statu quo ante a été atteint le 30 septembre 2012. Par décision du 2 avril 2014 du Juge instructeur, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 mars 2014, Me Isabelle Jaques étant désigné en tant qu'avocat d'office. Dans sa réponse du 9 mai 2014, la W. _____ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition

querellée. L'intimée soutient en premier lieu qu'au vu des versions contradictoires du recourant, le sinistre du 30 septembre 2011 ne constituerait finalement pas un accident. Elle maintient au surplus que, même si le sinistre du 30 septembre 2011 était de nature accidentelle, le statu quo de ses suites a été atteint à la fin décembre 2011 au plus tard, les très brefs avis médicaux de son médecin-conseil ne contredisant en rien l'expertise du CEMed. Par réplique du 3 juillet 2014, le recourant a indiqué maintenir l'intégralité des conclusions prises à l'appui de son mémoire de recours du 31 mars 2014. Il précise par ailleurs que l'unique question qui demeure à trait à la date à laquelle le statu quo ante a été atteint. A titre de moyens

- 16 - de preuve, il a encore requis l'audition en cours de procédure des Drs R._____, C._____ et F._____. L'intimée n'a par la suite pas dupliqué dans le délai imparti au 25 août 2014 par la Cour de céans. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 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 loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

- 17 - du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse en l'espèce, la question de savoir si la W._____ était fondée à mettre un terme à ses prestations dès le 1er janvier 2012. 3. Alors que dans sa décision l'intimée avait admis l'existence d'un accident, elle le remet en cause, certes à titre superfétatoire dans la décision attaquée. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232

consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 consid. 2). b) Le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 129 V

- 18 - 402 consid. 2.1, 116 V 136 consid. 3b, 112 V 202 consid. 1 et les références citées; ATFA U 220/2005 du 22 mai 2006, consid. 3.2). Le critère du facteur extérieur extraordinaire peut résulter d'un mouvement non coordonné. Lors d'un mouvement corporel, l'exigence d'une incidence extérieure est en principe remplie lorsque le déroulement naturel du mouvement est influencé par un phénomène extérieur (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références). Le caractère extraordinaire peut ainsi être admis lorsque l'assuré s'encoule, glisse ou se heurte à un objet, ou encore lorsqu'il exécute ou tente d'exécuter un mouvement réflexe pour éviter une chute (RAMA 2004 n° U 502 p. 184 consid. 4.1 in fine [ATFA U 322/2002 du 7 octobre 2003], 1999 n° U 345 p. 422 consid. 2b). Pour des lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (ATFA U 9/2004 du 15 octobre 2004, consid. 3 in fine; Fresard/Moser-Szeless, l'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Bâle/Genève/Munich 2007, 2ème éd., n°73 p. 861; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 178). Concernant 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 entre elles. 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 (TF 8C_788/2012 du 17 juillet 2013, consid. 4; ATF 121 V 45 consid. 2a et les références; TF 8C_513/2011 du 22 mai 2012, consid. 5.2 et les références).

- 19 - c) Dans le cas présent, il résulte de la déclaration d'accident que l'assuré a fait une chute sur le coccyx alors qu'il déplaçait deux stérilisateurs très lourds. De même, le Dr P. _____, qui a vu l'assuré à plusieurs reprises depuis le 4 octobre 2011 indique dans son rapport du 3 novembre 2011 une chute sur le siège le 30 septembre 2011. Le médecin-conseil de l'intimée mentionne également dans son rapport du 29 novembre 2011 une chute sur les fesses. Certes, ni l'infirmière du tri, ni le Dr K. _____ du service des urgences ne font état d'une chute. Toutefois, il apparaît peu vraisemblable que l'assuré ait sciemment modifié ses déclarations trois jours après être allé consulter aux urgences dans le but d'obtenir des prestations de l'assureur-accidents. Il apparaît bien plutôt qu'il s'est montré plus précis avec son médecin traitant lequel a une meilleure écoute et plus de temps à consacrer à un patient que les collaborateurs du service des urgences. Si l'intimée estimait nécessaire des précisions quant au déroulement de l'événement, il lui appartenait d'interpeller l'assuré et toute autre personne ayant assisté à celui-ci avant de rendre sa première décision. On peut comprendre que trois ans après l'accident, la mémoire du

témoin ne soit pas très précise sans que cela soit délibéré. Le témoin a toutefois confirmé la chute du recourant sur le coccyx après avoir perdu l'équilibre. Peu importe la divergence des versions quant au port d'un ou de deux stérilisateurs à cette occasion. Il suit de là que l'événement du 30 septembre 2011 constitue bien un accident, ce qu'avait d'ailleurs retenu l'intimée dans sa décision initiale. 4. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au

- 20 - logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail 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 due à un accident (cf. art. 6 LPGA). L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1). 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

- 21 - l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014, consid. 3.1 et 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013, consid. 5.1, 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (126 V 319 consid. 5a). La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un

accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013, consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014, consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2). Il convient en principe d'en rechercher

- 22 - l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014, consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014, consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées). Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confident privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer

- 23 - en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). 5. a) En l'occurrence, les experts du CEMed constatent que suite à la chute survenue le 30 septembre 2011, les douleurs apparues immédiatement, à savoir des douleurs coccygiennes et lombaires, sont en relation de causalité certaine avec l'accident, traduisant les suites habituelles d'une contusion banale. Dans le cours ordinaire des choses et sans la pathologie discale préexistante, les experts

retiennent que l'évolution des troubles précités devait être favorable en quelques semaines avec retour au statu quo sine vel ante au plus tard deux à trois mois après l'accident, soit à fin décembre 2011. Concernant la persistance de douleurs lombaires et l'apparition tardive de sciatalgies droites ayant conduit à l'intervention pratiquée le 24 mai 2012, les experts retiennent que ces dernières sont clairement en relation avec une pathologie discovébrale pluri-étagée prédominant en L4-L5 préexistante à l'événement accidentel. Ils estiment uniquement que la relation de causalité entre les sciatalgies et le traitement qui s'en est suivi d'une part et l'événement accidentel du 30 septembre 2011 n'est que possible, le traumatisme intervenu le 30 septembre 2011 ayant pu décompenser la situation. Ces conclusions ne sont pas mises en doute par d'autres rapports médicaux. Certes, les 7 février et 24 avril 2012, le médecin-conseil de l'intimée avait estimé que le statu quo ante n'était pas atteint. Toutefois ses avis ne sont pas motivés et dans son dernier rapport, c'est lui-même qui a proposé une expertise médicale portant notamment sur la question du statu quo sine vel ante. Aucun des autres médecins consultés ne s'est prononcé dans des avis documentés sur cette question. Notamment, le Dr S. _____ fait état de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident. Le Dr P. _____ mentionne également à plusieurs reprises la

- 24 - discopathie arthrosique L4-L5 dont souffre son patient en tant que circonstance étrangère à l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison et a posé le diagnostic de lombosciatalgie droite survenue sur chute sur le siège sans autre précision. Le Dr T. _____ ne démontre pas non plus que l'intervention pratiquée le 24 mai 2012 était en relation avec l'événement accidentel. L'expertise comporte une anamnèse et fait état des plaintes du recourant. Exempte de contradictions, elle procède d'une étude approfondie du cas du recourant. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle a ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu d'admettre que le statu quo sine vel ante était atteint le 31 décembre 2011 et c'est à juste titre que l'intimée a alloué ses prestations jusqu'à cette date. b) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les mesures d'instruction requises par le recourant 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 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014). 6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 7. a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis

- 25 - d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat de sorte qu'elle doit être arrêtée à 3 heures et 75 centièmes, soit un montant d'honoraires s'élevant à 675 francs. Il y a lieu d'ajouter la TVA de 8%, soit 54 francs. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent

raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). Ceux-ci s'élèvent à 2 fr. 15, TVA comprise. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 731 fr. 15, TVA comprise. 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 (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés le cas échéant à titre de franchise depuis le début de la procédure. b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA), ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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