

VD_GERICHTE ZA19.040770 vom 15. Dezember 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.040770

FR: VD_GERICHTE ZA19.040770 du 15 décembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.040770 del 15 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

- 20 - assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déférée en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà du 28 novembre 2008 en relation avec l'accident du 7 avril 2008 exclusivement. Il ne porte pas sur le droit à des prestations des suites de l'accident du 9 mai 1996. c) Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

E. 3

Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant remet en cause l'impartialité du Dr N. _____ en raison de liens

- 21 - professionnels passés, remontant à l'an 2000, entre celui-ci et l'intimée, lesquels seraient incompatibles avec la désignation de ce médecin en tant qu'expert. a) L'assuré peut soulever des objections de nature formelle ou matérielle contre la mise en œuvre d'une expertise. Les motifs formels sont ceux prévus par la loi, tels que déduits des art. 36 al. 1 LPGA, 10 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS

172.021) ou 34 LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), applicables en procédure administrative fédérale, ainsi qu'en droit des assurances sociales. Il s'agit notamment d'un intérêt personnel de l'expert dans l'affaire, du fait pour l'expert d'avoir agi dans la cause à un autre titre (membre d'une autorité, conseil d'une partie, expert ou témoin), du fait d'être parent, dans un rapport d'amitié/d'inimitié particulier, etc. (cf. TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Les motifs de nature matérielle ne mettent en revanche pas directement en cause l'impartialité de l'expert, mais portent plutôt sur la qualité du rapport que celui-ci pourrait être amené à rendre, sur la valeur probante que ce rapport pourrait revêtir, compte tenu notamment du domaine de spécialisation de l'expert et de ses compétences, ainsi que sur le risque pour l'expertise d'être réalisée de manière lacunaire ou dans un autre sens que celui visé par la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 8C_678/2014 du 23 octobre 2014 consid. 3.3.1 ; 9C_893/2009 du 22 décembre 2009 consid. 2.3.1). Il convient de relever que dans tous les cas, l'assuré doit immédiatement faire part de ses objections sans attendre de saisir le juge d'un recours au fond pour critiquer la neutralité des experts (TF 2C_1216/2013 du 27 mai 2014 consid. 6.4 ; 9C_643/2007 du 16 juin 2008 consid. 2.2). b) En l'occurrence, le moyen tiré de l'apparence de prévention à l'égard du Dr N. _____ est soulevé tardivement. En effet, en communiquant sa décision du 10 mars 2015 à l'assurance de protection juridique du recourant, la CNA a respecté ses droits de participation à l'expertise puisqu'elle a confirmé la désignation du Dr N. _____ en qualité d'expert et signifié à Fortuna que sauf avis contraire formulé dans les dix

- 22 - jours, son accord était présumé acquis. Il incombait en conséquence au recourant de faire valoir ses motifs de récusation dans ce délai et d'exiger une décision formelle.

E. 4

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. Par accident, 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 (art. 4 LPG). 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 faut et 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. 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, 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées). c) 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10

- 23 - décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

E. 4.2

; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

E. 5

En vertu de l'art. 36 LAA, 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 (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). Cependant, 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 pas ou 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 serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit

- 24 - 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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

E. 6

a) 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 ; cf. consid. 2c supra), le Conseil fédéral peut 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, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, qui 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 sont 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). Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a et 116 V 145 consid. 2b). b) Selon la jurisprudence relative aux art. 6 al. 2 aLAA et 9 al. 2 aOLAA, 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

- 25 - consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c et 114 V 298 consid. 3c). Toujours selon cette jurisprudence, on ne pouvait admettre qu'une lésion assimilée – malgré son origine en grande partie dégénérative – avait fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'intervention d'un facteur extérieur (statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'était pas clairement établi. Sinon, on se serait à nouveau trouvé 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_358/2015 du 14 mars 2016 consid. 6.2.1; 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2; TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). c) Ces règles étaient également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA était 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 suffisait pour ouvrir droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, cette réglementation spécifique trouvait a fortiori application dans l'éventualité où ce facteur revêtait un caractère extraordinaire. Il fallait 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 avait lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3, 8C_606/2013 du 24 juin 2014, consid. 3.3, 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid.

E. 7

a) 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 LPGA), 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

- 26 - 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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

E. 8

a) En l'espèce, l'intimée a retenu que les troubles ne sont plus en rapport de causalité avec l'accident assuré au-delà du 28 novembre 2008. Elle suit en cela l'expert N. _____ pour lequel l'accident du 7 avril 2008, à l'origine d'une simple contusion, a décompensé le cursus dégénératif du genou droit de manière transitoire. Celui-ci estime que le statu quo sine est atteint six mois depuis l'arthroscopie du 28 mai 2008. Cette appréciation médicale est contestée par le recourant qui soutient, pour sa part, que la persistante de problèmes et de séquelles au genou droit est « en lien direct » avec son « grave » accident de 2008 et qu'il présente encore à ce jour « un taux d'incapacité de travail d'à tout le moins 50% ». Il fait valoir les avis des Drs D. _____, S. _____ et M. _____ à l'appui de sa position.

- 27 - b) En l'occurrence, il ressort de l'IRM du 13 mai 2008 ainsi que de l'arthroscopie du 28 mai 2008, consécutives à l'accident du 7 avril 2008, l'existence de déchirures du ménisque du genou droit, soit d'une lésion au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Par ailleurs, selon l'expert N. _____, le recourant était déjà atteint d'une gonarthrose droite lors de l'accident du 7 avril 2008, laquelle était présente depuis plusieurs années et lentement évolutive. En l'espèce, la préexistence de cette pathologie dégénérative est confirmée par l'arthroscopie du 28 mai 2008. Le Dr S. _____ relève en effet une chondropathie de grade II à III du condyle externe et de grade III à IV du plateau externe. Des stades dégénératifs aussi avancés ne sauraient se retrouver déjà à quelques semaines d'un accident. Dans son rapport du 25 février 2010, le Dr S. _____ précise encore que « les dégâts cartilagineux dans le compartiment externe étaient déjà marqués lors de l'arthroscopie au mois de mai 2008 », confirmant ainsi la préexistence de la gonarthrose. Cette antériorité est également attestée par le rapport du 10 septembre 1997 du Dr W. _____, faisant déjà état de signes d'une gonarthrose tricompartimentale débutante mise en évidence par une radiographie du 11 février 1997 et du possible commencement de cette gonarthrose avant l'accident de 1996. Il indiquait également que la méniscectomie externe totale subie en 1996 avait eu et continuerait d'avoir une influence aggravante sur cette arthrose. Quant au Dr D. _____, il évoque dans son rapport du 2 avril 2019 des « interventions multiples qui ont été faites sur le ménisque externe » à l'origine de l'arthrose actuelle et indique à ce propos que « la première de ces interventions a toujours été considérée comme traumatique, due à une lésion méniscale attribuée à une entorse survenue en avril 2008 » (cf. rapport du 2 avril 2019 R. 10). C'est manifestement par inadvertance que dans ce rapport, le Dr D. _____ impute l'origine de

- 28 - l'arthrose à l'accident d'avril 2008. De fait, la première intervention chirurgicale sur le ménisque a été pratiquée le 10 juin 1996 et non en 2008, et le Dr D. _____ indiquait lui-même dans son rapport du 12 novembre 2010 que « les deux arthroscopies avec méniscectomie externe du genou droit opérées en 1996 étaient certainement la cause de la gonarthrose actuelle ». Il le confirmait dans son rapport du 8 avril 2011, dans lequel il retenait des « douleurs et impotence fonctionnelle du genou droit sur importante

gonarthrose post-traumatique, 15 ans après arthroscopie et méniscectomie externe itérative », ajoutant que la gonarthrose allait s'aggraver progressivement. Enfin, si dans son rapport du 11 juin 2020, le Dr M. _____ pose le diagnostic de gonarthrose droite post-traumatique en le considérant « en relation avec les interventions arthroscopiques du ménisque externe pratiquées dans les suites d'un accident SUVA », donc de l'accident de 2008, ce médecin ne fait nulle mention de l'accident de 1996 et de ses suites opératoires. En l'absence d'appréciation portant sur les suites des deux accidents, ce rapport ne permet pas d'exclure une gonarthrose préexistante à l'accident d'avril 2008. En l'espèce, l'allégation par le recourant d'un lien direct entre l'accident d'avril 2008 et la pathologie actuelle de son genou droit relève de l'adage post hoc ergo propter hoc, lequel ne permet pas d'établir un rapport de causalité naturelle entre un événement et une lésion. c) En présence d'une gonarthrose, il convient d'examiner si et à partir de quand son caractère exclusivement dégénératif est établi, ceci en relation avec l'accident du 7 avril 2008 exclusivement. L'expert N. _____ considère que cet événement a décompensé le cursus dégénératif du genou de manière transitoire et que le statu quo sine était atteint six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008. Il explique, s'agissant de la déchirure du ménisque externe, que le geste arthroscopique a consisté à ôter ou régulariser un reliquat méniscal postéro-externe. Ce reliquat n'ayant manifestement pas de rôle

- 29 - stabilisateur ou amortisseur significatif, il n'était pas susceptible de modifier la biomécanique du genou au-delà d'une période de deux à quatre mois, délai nécessaire pour récupérer des effets indirects d'une arthroscopie et pouvant être repoussé de deux mois afin de tenir compte du caractère fragile de certains tissus, potentiellement responsables d'un certain retard dans la récupération fonctionnelle. Cette régularisation ne pouvait influencer plus durablement le cursus dégénératif du genou. L'expert observe encore que le suivi radiologique ultérieur démontre l'absence de décompensation drastique, le genou suivant une évolution dégénérative lente et usuelle. S'agissant du ménisque interne, l'expert indique que le segment méniscal régularisé lors de l'arthroscopie présentait lui aussi une très faible valeur amortissante, ne pouvant pas modifier le cursus du genou, au-delà de six mois. Toujours s'agissant du ménisque interne, il n'apparaît au demeurant pas certain que l'atteinte consiste en une déchirure. En effet, cette atteinte est qualifiée d'irrégularité par le Dr S. _____ dans son rapport d'arthroscopie du 28 mai 2008 et l'IRM du 8 mai 2008 ne met pas en évidence d'atteinte de sa surface. Selon l'expert, elle fait l'objet d'une simple régularisation méniscale, ce que confirme l'absence de modification structurelle significative sur les images IRM actuelles. Aucune pièce médicale au dossier ne permet de remettre en cause les observations et conclusions de l'expert quant à un statu quo sine six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008 et à une évolution dégénérative usuelle au-delà de cette date. On relèvera par ailleurs que le rapport d'expertise du Dr N. _____ expose un avis à distance de l'événement accidentel, autorisant une analyse rétroactive complète et détaillée, notamment sur la base des documents d'imagerie, de sorte qu'il a une valeur probante prépondérante par rapport aux autres rapports médicaux, ceux-ci étant à l'inverse relativement succincts et ne démontrant en particulier pas en quoi, s'agissant du seul événement du 7 avril 2008, le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte ne serait pas établi au-delà du 28 novembre 2008.

- 30 - d) Cela étant, en présence d'une déchirure méniscale consécutive à l'accident du 7 avril 2008, soit d'une lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, il doit être admis que le caractère exclusivement dégénératif de l'atteinte est patent dès le 28 novembre 2008. En

conséquence, la CNA était légitimée à retenir qu'il n'existait plus, à la date du 28 novembre 2008, de lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 avril 2008 et à mettre un terme à ses prestations au 28 novembre 2008. e) Tel serait également le cas en l'absence de toute déchirure méniscale. Dans cette hypothèse, il conviendrait en effet de retenir que l'accident du 7 avril 2008 est à l'origine d'une contusion (rapport du 14 juillet 2008 de la Dre A. _____), ayant vraisemblablement causé une aggravation temporaire d'un état dégénératif auparavant asymptomatique. L'assureur ne serait, au regard de l'art. 36 al. 1 LAA et de la jurisprudence corrélative, tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident qu'aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli. Pour la seule contusion qui aurait résulté de l'accident, l'expert fixe l'avènement du statu quo sine six mois après l'arthroscopie du 28 mai 2008. Il justifie son propos en indiquant ne pas avoir d'éléments objectifs probants caractérisant une rapide ou abrupte décompensation de la gonarthrose droite suite à l'événement du 7 avril 2008 et considère qu'au-delà du 28 novembre 2008, le cursus du genou droit a été manifestement régi par l'arthropathie dégénérative évoluant depuis de nombreuses années. Comme exposé ci-dessus, l'appréciation de l'expert N. _____ relative à la survenance du statu quo sine a valeur probante.

E. 9

La CNA a également mis un terme au versement de la rente au 31 mars 2019, rente qu'elle a apparemment continué à verser nonobstant l'annulation, par arrêt de la Cour de céans du 2 décembre 2013, de la décision sur opposition du 19 septembre 2011.

- 31 - En l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 avril 2008 et l'atteinte à la santé incapacitante subsistant au-delà du 28 novembre 2008, le recourant n'a pas droit à une rente. En l'occurrence, la CNA était légitimée à mettre fin à son versement avec effet ex nunc et pro futuro sans procéder par voie de révision (art. 53 al. 1 LPGA) ou de reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), dès l'instant où la décision sur opposition du 19 septembre 2011 octroyant initialement cette rente a été annulée.

E. 10

Sur le vu de ce qui précède, un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures – à savoir, la production par l'OAI de son dossier complet, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une expertise judiciaire – doivent dès lors être rejetées. Notamment le recourant a eu largement la possibilité de s'exprimer tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. De plus, il a produit un rapport complémentaire de son nouveau médecin. 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 conviction 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_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 11

a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas

gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Par décision de la juge instructrice du 21 octobre 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 16 septembre 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office

- 32 - en la personne de Me François Gillard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 18 novembre 2020. Ces opérations étant justifiées, il convient d'arrêter à 2'100 fr. l'indemnité de Me Gillard, correspondant à onze heures et quarante minutes de travail, sur la base d'un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle il y a lieu d'ajouter la TVA au taux de 7,7 %, soit un total de 2'261 fr. 70 (2'100 fr. + 161 fr. 70). A ce montant, il convient d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), avec TVA au taux de 7,7 % en sus, soit 113 fr. 10 (105 fr. + 8 fr. 10). L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'374 fr. 80 (2'261 fr. 70 + 113 fr. 10). d) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité du conseil d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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