

VD_GERICHTE ZD18.003975 vom 29. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.003975

FR: VD_GERICHTE ZD18.003975 du 29 juin 2018

IT: VD_GERICHTE ZD18.003975 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 24

novembre 2008, avec algoneurodystrophie du genou, de la cheville et du pied gauches, ainsi que d'arthrose facettaire postérieure pluriétagée au niveau lombaire avec étalement discal L2-L3-L4-L5 avec une saillie discale discrète para-médiane gauche sans conflit radiculaire. Les symptômes se présentaient sous forme de douleurs lombaires et de douleurs au niveau de la cheville gauche à la mobilisation lors de la marche. L'incapacité de travail était totale dans la profession de machiniste depuis le 18 novembre 2008. L'assuré pouvait cependant exercer une activité respectant ses limitations fonctionnelles. Le Dr TT._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a examiné l'assuré le 17 décembre 2010. Dans son rapport d'examen clinique orthopédique du 23 décembre 2010, il a retenu les diagnostics, avec une répercussion sur la capacité de travail, de status après fracture de la malléole externe de la cheville gauche traitée par ostéosynthèse, de syndrome douloureux chronique du membre inférieur gauche avec algodystrophie en décours, de lombo-sciatalgies irritatives à gauche avec troubles dégénératifs pluri-étagés, cervico-brachialgies irritatives à gauche et discopathie C6-C7, ainsi que de possible neuropathie du cubital gauche. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée. Par décision sur opposition du 6 janvier 2011, la CNA a notamment octroyé à l'assuré une rente fondée sur un taux d'invalidité de

E. 29

janvier 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri. Le 13 avril 2018, le recourant, par son conseil, a transmis une attestation du 27 mars 2018 du Dr O._____, lequel retenait les diagnostics de personnalité paranoïaque (F60.0) avec, actuellement, un

- 11 - épisode dépressif sévère (F32.2), complètement décompensée. Selon ce spécialiste, le Dr M._____ n'avait pas tenu compte des éléments concernant la personnalité du patient. Il répétait encore que l'alphabétisation de ce dernier, qui avait effectué uniquement deux ans d'école au [...], ne lui avait pas permis de bien répondre aux questionnaires. Il était incapable d'exercer toute activité professionnelle. Le 8 mai 2018, l'intimé a maintenu sa position en renvoyant à l'avis médical du 4 mai 2018 du Dr S._____, joint en annexe. Ce dernier observait qu'il s'agissait principalement de divergences de diagnostics et que le Dr O._____ n'avait pas apporté d'élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'expert. Le 11 juin 2018, le juge en charge de l'instruction a informé les parties que la cause paraissait en état d'être jugée, de sorte que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu prochainement. Il a invité Me Hichri à déposer, s'il le souhaitait, une liste des opérations accomplies dans le cadre de son mandat d'office. Le 14 juin 2018, le recourant, par son conseil, a transmis une attestation médicale du 11 juin 2018 du Dr O._____.

relevant que son patient avait dû être hospitalisé du 2 au 18 mai 2018 à l'hôpital psychiatrique de W._____ en raison d'une péjoration franche de son état de santé « avec un effondrement dépressif avec des idées suicidaires importantes ». Le Dr O._____ attestait une incapacité totale de travail. Etais joint un rapport de sortie établi le 23 mai 2018 par les Drs KK._____ et LL._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistant à l'hôpital de W._____, indiquant que l'assuré avait été hospitalisé en mode volontaire, sur recommandations de son psychiatre traitant, pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Ils posaient le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et ceux secondaires de trouble de la personnalité paranoïaque, de diabète sucré de type 2 et d'hypertension artérielle. Ils émettaient comme « hypothèse de crise » une déception du patient dans les espoirs qu'il fondait quant à la procédure de recours contre la décision de refus de rente de

- 12 - l'assurance-invalidité. Il était retourné à son domicile le 18 mai 2018, en raison d'une évolution clinique favorable. Me Hichri n'a pas déposé de liste de ses opérations dans le délai imparté. E n d r o i t : 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-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (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 statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

- 13 - 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme

de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et

- 14 - déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2, 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). 4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer

- 15 - dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). b) 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 (cf. art. 61 let. c LPGA). 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

- 16 - opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; 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 les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 5. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 14 mars 2016 par le recourant. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de ce dernier s'est modifié depuis la décision de refus de rente du 15 décembre 2014 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations. a) Sur le plan somatique, les atteintes décrites par la Dresse L._____ dans son rapport non daté déposé avec la nouvelle demande de prestations, ainsi que dans son rapport du 9 juin 2017, ne sont pas nouvelles. En effet, dans le cadre de la première demande, la Dresse L._____ a déjà relevé des douleurs chroniques au membre inférieur gauche, notamment de la cheville gauche, consécutives à l'accident du 18 novembre 2008 (cf. rapport du 4 mars 2014 et courrier du 9 décembre 2014). En outre, dans leur rapport du 23 mai 2014, les spécialistes du SMR ont fait état de l'atteinte liée à cette cheville et ont également déjà posé les autres diagnostics évoqués par la Dresse L._____ dans son rapport non daté susmentionné. Ils étaient ainsi connus lorsque l'OAI a rendu la décision du 15 décembre 2014. Aucun élément figurant au dossier n'atteste d'une éventuelle aggravation depuis lors. b) Sur le plan psychique, le recourant se prévaut des rapports du Dr O._____, lequel fait état d'une péjoration et d'une incapacité totale de travail dans toute activité.

- 17 - A la suite des tests effectués par la neuropsychologue I._____, mettant en évidence des difficultés cognitives et thymiques marquées (cf. rapport du 23 décembre 2015), l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique et neuropsychologique auprès du Dr F._____. Dans son rapport du 7 février 2017, consécutif à un examen de l'assuré et à une IRM cérébrale, ce spécialiste a exclu de manière convaincante toute atteinte organique à l'origine de ces difficultés. Selon lui, le tableau neurocognitif devait être interprété dans un contexte fonctionnel et psychologique. L'OAI a dès lors confié une expertise psychiatrique au Dr M._____. Dans son rapport du 21 septembre 2017, ce spécialiste a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur en rémission, avec évolution vers une

sinistrose, de dysthymie et de personnalité à traits impulsifs, n'entraînant toutefois aucune incapacité de travail. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte des différents rapports du Dr O. _____ figurant au dossier. Celui-ci ne saurait ainsi reprocher au Dr M. _____ de ne pas l'avoir contacté personnellement. Par ailleurs, dans ses critiques relatives à l'expertise, le Dr O. _____ a attaché beaucoup d'importance aux tests psychométriques effectués par l'assuré à l'issue de l'entretien avec l'expert. Cependant, rien ne permet de constater que ce dernier y aurait attaché une importance excessive par rapport à ses propres constatations cliniques. Pour le surplus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et détaillées. Le Dr M. _____ a expliqué les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont ainsi bien motivées. Le Dr O. _____ lui a reproché de ne pas avoir interprété certaines attitudes de l'assuré comme l'expression d'un trouble paranoïaque. Cependant, il n'appartenait pas au Dr M. _____, comme d'ailleurs aux précédents experts, d'interpréter d'emblée ces attitudes dans le sens d'un trouble paranoïaque, mais de vérifier si un tel trouble était étayé par d'autres indices. Or, le Dr M. _____ a clairement expliqué les raisons pour lesquelles il excluait un tel trouble. Il a en effet relevé que l'analyse de l'histoire personnelle de

- 18 - l'assuré ne plaidait pas en faveur d'un trouble de la personnalité cliniquement significatif, même s'il a retenu une certaine quérulence et une attitude d'affirmation pseudo-paranoïaque. Selon lui, cette dernière n'avait toutefois pas la rigidité et la constance d'une structure paranoïaque clairement établie. Il a ajouté que la Dresse U. _____ avait déjà observé que les éléments paranoïaques ou impulsifs étaient insuffisants pour retenir ce type de personnalité (cf. rapport du 23 mai 2014), conclusion à laquelle il parvenait également. La Dresse D. _____ n'avait quant à elle pas non plus posé ce diagnostic, faisant état d'une personnalité affirmée et stable psychiquement, disposant de bonnes ressources adaptatives (cf. consilium psychiatrique du 18 juin 2009). Par ailleurs, le Dr M. _____ a décrit précisément la définition de la sinistrose à laquelle il se référait. Le recourant fait encore valoir que l'entretien avec l'expert n'aurait duré que 25 minutes. Il y a tout d'abord lieu de relever que le Dr M. _____ a quant à lui fait état d'un « très long entretien ». Quoi qu'il en soit, la durée de l'examen – qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical – ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Le rapport du Dr M. _____, comportant notamment une anamnèse et une discussion très détaillées, démontre que l'expert s'est consacré de manière approfondie et appropriée au cas du recourant. Enfin, il ne recèle aucune trace de partialité de l'expert, contrairement à ce que soutient l'assuré. En définitive, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr S. _____, qui s'y est rallié (cf. avis médical du 15 novembre 2017). Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise. En particulier, le Dr O. _____ n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui

- 19 - seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Au demeurant, les diagnostics et conclusions retenus par le psychiatre traitant n'avaient déjà pas été suivis dans le cadre de la première demande de prestations. En effet,

dans son rapport du 19 mars 2013, il faisait déjà état d'une incapacité de travail totale, alors que la Dresse U. _____ du SMR avait retenu que l'assuré ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et qu'il était donc capable de travailler à 100 % (cf. rapport du 23 mai 2014). Quant aux éléments mis en avant par la Dresse L. _____ sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever qu'elle n'est pas spécialiste, de sorte qu'ils ne sauraient remettre en question les conclusions de l'expert psychiatre. Enfin, les documents produits le 14 juin 2018 par le recourant font état, selon le Dr O. _____, d'un effondrement dépressif avec des idées suicidaires importantes qui ont nécessité une hospitalisation à W. _____ du 2 au 18 mai 2018. Le rapport de sortie de W. _____ doit toutefois conduire à relativiser cet effondrement. Les Drs KK. _____ et LL. _____ ont mentionné comme diagnostic principal un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Ils ont indiqué que l'assuré a été hospitalisé sur mode volontaire, sur recommandations de son psychiatre traitant, pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Ils ont observé en anamnèse que ces idées apparaissent depuis cinq ans de manière sporadique. De telles idées suicidaires sporadiques, dans le cadre d'un épisode dépressif moyen, étaient toutefois déjà présentes lors du premier refus de prestations, en 2014 (cf. rapport de la Dresse L. _____ du 4 mars 2014 et rapport du Dr O. _____ du 1er octobre 2014). Par ailleurs, les Drs KK. _____ et LL. _____ ont expliqué que l'intéressé avait rapporté une péjoration de ses idées suicidaires, mais sans projet concret, depuis environ une année et qu'il n'arrivait plus à supporter la situation depuis deux mois. Le facteur déclencheur serait une accumulation de plusieurs événements dont des difficultés financières et un refus d'une rente de l'assurance-invalidité. Ils ont émis comme « hypothèse de crise » une déception de l'assuré dans les espoirs qu'il fondait sur la procédure de

- 20 - recours, son avocat ne lui ayant pas proposé de rendez-vous depuis le début de la procédure et lui ayant fait signer une décharge. Il s'agit typiquement d'un processus réactionnel, dont rien ne permet de considérer qu'il remet en cause sérieusement l'analyse à laquelle s'est livré le Dr M. _____ dans son expertise. Les médecins de W. _____ ont d'ailleurs observé, malgré la récurrence des idées suicidaires lors des moments de frustration, une rémission des symptômes dépressifs, ce qui a permis la sortie de l'assuré le 18 mai 2018. Il est vrai qu'ils ont également posé le diagnostic secondaire de trouble de la personnalité paranoïaque. Ils se sont référés, sur ce point, au diagnostic posé par le psychiatre traitant, sans procéder à une analyse détaillée des critères diagnostics, telle qu'effectuée par le Dr M. _____, en vue de déterminer si la personnalité de l'assuré atteignait réellement, sur ce point, un aspect morbide. c) Au vu de ce qui précède, et en particulier de l'expertise probante établie par le Dr M. _____, il convient de constater que l'état de santé physique et psychique de l'assuré ne s'est pas péjoré de manière à influencer son droit aux prestations depuis la dernière décision de refus de rente du 15 décembre 2014. L'OAI a donc rejeté à juste titre la nouvelle demande de prestations. Au vu des documents médicaux probants figurant au dossier, le renvoi pour instruction complémentaire, tel que demandé par le recourant, ne se justifie pas. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC

- 21 - [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que ce dernier est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'800 fr., débours et TVA compris.

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