

VD_GERICHTE ZA08.029506 vom 26. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.029506

FR: VD_GERICHTE ZA08.029506 du 26 mai 2015

IT: VD_GERICHTE ZA08.029506 del 26 maggio 2015

Erwägungen

E. 30

jours." - une décision rendue le 17 mars 2010 par l'OAI reconnaissant au recourant le droit à une rente entière dès le 1er décembre 2004, puis le droit à une demi-rente dès le 1er septembre 2009 (après trois mois), pour les mêmes motifs que ceux figurant dans le projet de décision. Les parties se sont déterminées sur ce dossier les 9 septembre et 11 octobre 2010. Dans ce contexte, le recourant a produit copie du recours interjeté par ses soins devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision rendue par l'OAI, ainsi qu'un rapport rédigé en portugais le 16 juin 2010 par le Dr DDD._____, à Chaves, et sa traduction en langue française, pièces sur lesquelles la CNA s'est déterminée le 4 novembre 2010.

- 50 - D. Par avis du 4 février 2011, la juge instructeur a informé les parties qu'une expertise pluridisciplinaire allait être mise en œuvre, expertise à laquelle le recourant s'est opposé par courrier du 11 avril 2011 sous la plume d'un nouveau mandataire, produisant à cette occasion une attestation médicale du Dr AAA._____ du 22 mars 2011 selon laquelle une nouvelle expertise pourrait péjorer son état et était donc à proscrire. Après plusieurs échanges d'écritures, une audience d'instruction s'est tenue le 8 février 2012, au cours de laquelle il a été procédé à l'audition du Dr AAA._____ qui a déclaré ce qui suit : "M. A._____ a des douleurs insupportables. Je le traite depuis plus de 5 ans. Ses douleurs sont telles qu'elles vont jusqu'à l'évanouissement, il est traité par Oxycodone, qui est 2 fois plus puissant que la morphine. Ce médicament rend les douleurs supportables mais ne les fait pas disparaître. Son cas est désespéré. Il est à bout de nerfs, à deux doigts de décrocher. Il est très pénible de subir une expertise dans son état. Il n'y a pas de différence entre une expertise et un complément d'expertise. A mon avis, son cas ne peut déboucher que sur une rente AI et tout a été éclairci. Mais si cela est nécessaire, je suis d'avis qu'il faut effectuer une instruction complète et donc une expertise, même si M. A._____ sera moins bien pendant cette période et passera un très mauvais moment." Par envoi du 20 avril 2012, le recourant, agissant désormais seul, a produit notamment les pièces suivantes : - un rapport du 22 janvier 2011 rédigé par GGG._____, de l'Institut de reconstruction posturale à Strasbourg, comportant notamment les conclusions suivantes : "Il s'agit d'une impotence fonctionnelle gravissime de l'ensemble de l'hémicorps gauche. Monsieur A._____ indique une dégradation générale et continue depuis 2004 : de 2004 à 2005, il n'y avait pas d'atteinte du membre inférieur gauche. Le paroxysme douloureux provoqué par les quelques tests réalisés correspond à ce que l'on appelle actuellement douleurs neuropathiques : le patient est proche de la perte de connaissance avec clonies généralisées et sudations profuses. La position antalgique adoptée n'évoque pas une hémiplégie gauche : c'est le bras droit est rabattu sur la poitrine. Les troubles ne se localisent pas exclusivement au membre supérieur gauche, mais affectent l'ensemble de l'hémicorps

- 51 - gauche, avec une amyotrophie marquée pour tout ce territoire." - un rapport du 5 avril 2011 de la Dresse BBB. _____, dont on extrait ce qui suit : "Force est de constater que l'intensité des douleurs constantes, l'existence de crises douloureuses paroxystiques parfois syncopales imposant qu'il ne soit jamais laissé sans surveillance et qui impose[nt] la présence d'une tierce personne pour sa sécurité, les effets secondaires des médicaments antalgiques majeurs consommés, l'intense fatigue chronique liée au caractère insomniaque des douleurs interdisent de concevoir qu'il pourrait utilement occuper un quelconque poste de travail." - un rapport du 21 avril 2011 du Prof. EEE. _____, à Pristina, rédigé en albanais et traduit en français, concluant à une lésion de la région cervico-brachiale gauche ;
- un rapport du 26 avril 2011 de la Dresse FFF. _____, à Pristina, rédigé en albanais et traduit en français, se fondant sur l'anamnèse ainsi que sur l'évaluation neurologique et électrophysiologique pour retenir un endommagement du plexus cervical brachial gauche dû aux effets toxiques du traitement injecté localement à la région axillaire gauche. Les différents centres d'expertise contactés ayant tous décliné leur nomination dans la présente cause, la juge instructeur a finalement mis en œuvre une expertise auprès d'un spécialiste en anesthésiologie et désigné expert le Prof. HHH. _____, chef du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier J. _____, qui a accepté le mandat le 4 novembre 2013. Le 6 décembre 2013 a été produit le dossier du procès ouvert devant la Chambre patrimoniale cantonale selon demande déposée le 1er juillet 2011 par le recourant contre la Clinique LLL. _____, le Dr C. _____ et III. _____, infirmière anesthésiste. Y figurait notamment un rapport n° [...] du 9 février 2012 émanant de deux détectives privés de l'Agence JJJ. _____, dont il résultait que des surveillances avaient été effectuées du vendredi 6 janvier au jeudi 2 février 2012. Il était ainsi mentionné que, le

- 52 - mercredi 11 janvier 2012, le recourant avait quitté son domicile à 9h13 à bord d'une voiture grise conduite par son épouse, qu'arrivé à la rue [...] à [...], il s'était dirigé en marchant – la main gauche dans la poche de son pantalon – vers un immeuble de la rue de [...] et qu'après être entrée dans cet immeuble, il avait pressé le bouton de l'ascenseur à l'aide de la main gauche. Il était indiqué qu'en sortant de l'immeuble, le recourant et son épouse s'étaient dirigés vers un tea-room et qu'avant d'entrer, l'intéressé avait allumé une cigarette tenue de la main droite en utilisant un briquet de la main gauche. Il était signalé que le recourant avait ensuite mangé un croissant en le tenant de la main gauche, qu'il avait également lu un journal en tournant les pages alternativement avec la main droite et la main gauche et qu'après s'être levé de table pour aller aux toilettes, il était revenu s'installer en s'appuyant des deux mains sur la table. Du rapport de surveillance, il ressortait que c'était l'épouse du recourant qui avait conduit la voiture tout au long de la journée, la surveillance ayant cessé à 16h00. En outre, sous « observations du jour », le rapport mentionnait que le recourant avait « utilisé sa main gauche à plusieurs reprises, sans démontrer de gêne physique ». Pour le 12 janvier 2012, il était noté que l'épouse du recourant avait quitté le domicile en voiture à 8h21 accompagnée d'un ou deux enfants et qu'à son retour, elle était repartie avec le recourant, lequel s'était mis au volant et avait dû effectuer deux manoeuvres pour sortir de la place de parc. Il était également constaté que, dans un restaurant, le recourant avait mangé un croissant et nettoyé avec sa main gauche les miettes laissées sur la table, lisant par ailleurs un journal en tournant les pages alternativement de la main droite et de la main gauche. A la sortie du restaurant, le recourant avait allumé une cigarette, tenant son paquet de cigarettes avec la main gauche et utilisant un briquet avec sa main droite. Il était ajouté que lorsque le couple était remonté dans le véhicule, le recourant avait pris la place du conducteur et avait reculé en « manoeuvrant brusquement le volant successivement

de la main gauche de la main droite ». Après être rentrés à leur domicile, les époux étaient repartis en voiture à 13h55, le recourant ayant pris le volant. A 14h14, le recourant se trouvait sur la terrasse d'un restaurant et téléphonait en tenant son appareil de la main gauche. Il était ensuite entré dans l'établissement avant d'en ressortir seul

- 53 - et de monter dans son véhicule en s'asseyant sur le siège conducteur, refermant la portière de sa main gauche. Pour le 2 février 2012, il était relevé que le recourant était sorti en voiture et qu'il fumait une cigarette en conduisant ; arrivé dans un clinique à 9h53, il avait ensuite regagné son domicile à 10h22 et n'était plus ressorti. En guise de conclusion, le rapport du surveillance mentionnait notamment que le recourant utilisait sa main gauche avec aisance et ne démontrait dans ses mouvements aucun handicap physique. Les parties se sont déterminées sur ce dossier, qui a été transmis à l'expert HHH. _____ le 30 janvier 2014. L'expert susnommé a établi son rapport le 9 juillet 2014. Il en résulte notamment ce qui suit : "4. Diagnostics et appréciation : Sur la base des différents documents qui ont été consultés je peux retenir les diagnostics suivants ; avec les dates ou périodes auxquelles ils ont été posés. • Status après-traumatisme du poignet gauche avec contusion du carpe le 26 novembre 2003 • Syndrome du tunnel carpien, post-contusionnel irritatif du poignet gauche avec atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien début février 2004. • Kyste radio palmaire téno ou arthrosynovial du poignet gauche post-traumatique le 23 août 2004 • Status post-révision excision d'un kyste arthrosynovial et débridement en radio-scaphoïde locale avec décompression du nerf médian au canal carpien à gauche le 22 septembre 2004 • Algodystrophie du poignet et de la main gauche de stade I et II en début d'année 2005 • Brachialgie gauche secondaire à une probable algoneurodystrophie en automne 2005 • Brachialgie gauche avec lésion du nerf axillaire et nerf thoracique long d'origine indéterminée fin 2006 • Syndrome douloureux de l'hémicorps gauche début 2007 • Troubles somatoformes début 2008 • Syndrome de douleur régionale complexe (SDRC) de type II sur lésion traumatique du plexus axillaire gauche le 21 octobre 2009 • Plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène du 21 octobre 2009 • Neuropathie bilatérale discrète des nerfs médians dans le canal carpien (21 octobre 2009)

- 54 - • Trouble anxieux et dépressif mixte (21 octobre 2009). Les différents examens neurologiques que le recourant a eu[s] suite à son traumatisme du 26 novembre 2003 et surtout suite à l'intervention du 22 septembre 2004 mettent clairement en évidence une atteinte neurologique du nerf médian au niveau du canal carpien gauche dans un premier temps (suite au traumatisme de novembre 2003) avec une persistance d'une atteinte du nerf médian après l'intervention de septembre 2004, une importante limitation fonctionnelle de sa main gauche dans la période postopératoire, mais surtout une évolution défavorable avec aggravation et extension des douleurs à l'ensemble de l'hémicorps gauche, d'étiologie indéterminée, mais avec des signes d'atteinte diffuse du plexus brachial à gauche confirmée par plusieurs examens neurologiques ou radiologiques. Si le recourant semble revendicateur envers le monde médical, s'estimant trompé et incompris, il est resté toutefois très demandeur d'un diagnostic précis et d'une thérapie adéquate lors de ses nombreuses consultations médicales. 5. a) Parmi les atteintes actuelles du recourant lesquelles sont-elles en relation de causalité avec l'accident du 26 novembre 2003 ou avec les traitements que cet événement a nécessité ? Cette éventuelle relation de causalité doit elle être qualifiée de certaine probable ou possible ? Si l'accident du 26 novembre 2003 est une première cause anamnestique des douleurs au niveau de son poignet gauche et d'atteinte notamment du nerf

médian, il est beaucoup plus vraisemblable que les atteintes actuelles du recourant soient en relation avec l'intervention du 22 septembre 2004. Je qualifierais cette relation de causalité avec l'accident du 26 novembre de possible. b. Pour quels motifs ? Il semble clairement établi que c'est suite à l'intervention chirurgicale du 22 septembre 2004 que la symptomatologie présentée par le patient apparaît. Le recourant a toujours exprimé avoir eu des douleurs pendant l'intervention chirurgicale sous bloc intraveineux et les douleurs au niveau axillaire s'aggravent dans les heures qui suivent l'intervention et s'étendent vers le pectoral puis tout le membre supérieur gauche. Ses douleurs ne vont que s'aggraver dans les jours qui suivent l'intervention, malgré les traitements médicamenteux qui lui sont prescrits et entraînant une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche persistante. Malgré les différents avis contradictoires des spécialistes quant à l'origine des douleurs et du tableau clinique présenté, tant une algodystrophie de stade I à II qu'une lésion organique du plexus brachial par atteinte cytotoxique sont évoqués. Plusieurs évaluations neurologiques et électroneuromyographiques ont conclu à l'existence des signes objectifs en faveur d'une atteinte du plexus brachial gauche, ce qui aurait été confirmé par une résonance magnétique effectuée à Bruxelles le 26 août 2005. Cette symptomatologie n'était pas présente ni avant l'accident du 26

- 55 - novembre 2003, ni après, mais clairement dans les suites postopératoires immédiates avec aggravation, persistance et chronicisation par la suite. 6. En cas de réponse affirmative à la question précédente ces troubles sont-ils dus exclusivement à l'accident du 26 novembre 2003 ou sont-ils dus aussi, en partie - de façon certaine, probable, seulement possible ou exclue (prière de choisir cette échelle et de motiver) à des facteurs étrangers à cet accident ? Ces troubles ne sont certainement pas dus exclusivement à l'accident du 26 novembre 2003, mais sont dus de façon certaine à des facteurs étrangers à cet accident, soit aux suites de l'intervention que le recourant a subie le 22 septembre 2004. Dans cette seconde hypothèse: a. Quels sont ces facteurs ? b. Dans quelle mesure, en pour cent les troubles de la santé sont-ils dus à l'accident du 26 novembre 2003 et dans quelle mesure sont-ils dus, en pour cent à des facteurs étrangers ? a) Ces facteurs étrangers à cet accident sont à l'évidence liés à l'intervention (anesthésie comprise) du 22 septembre 2004. Par contre, il est difficile d'en connaître la typologie exacte. Le recourant a-t-il eu oui ou non un complément d'anesthésie par infiltration au niveau du plexus axillaire? b) Je qualifierais les troubles de santé qui seraient dus à l'accident du 26 novembre 2003 à 5% et donc à 95% à des facteurs étrangers, vraisemblablement en relation avec la prise en charge du 22 septembre 2004. 7. L'ensemble des troubles consécutifs à l'accident présentés par le recourant sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail ? Les troubles présentés par le recourant seraient consécutifs à l'intervention du 22 septembre 2004, elle-même justifiée suite à l'événement du 26 novembre 2003, partiellement en tout cas. Sur la base des différents dossiers remis par le Tribunal cantonal, des expertises médicales, des différents rapports d'examens du recourant, des examens neurologiques ou radiologiques, et des autres éléments qui figurent dans le dossier juridique, les troubles présentés par le recourant réduisent certainement les possibilités d'activités professionnelles sans toutefois l'en empêcher complètement, selon la nature de l'activité. Ces troubles actuels engendrent très certainement une importante incapacité de travail. En cas d'incapacité partielle, selon quel taux en pourcent, pour quel motif et depuis quand jusqu'à la date de la décision attaquée du 5 septembre 2008 et depuis lors ? Toujours sur la base de l'important dossier à disposition, un taux de réduction de travail de plus de 50% paraît tout à fait réaliste en raison de la lésion du plexus brachial

gauche qui a entraîné des douleurs chronique[s] limitant clairement toute activité

- 56 - professionnelle ou non professionnelle. Cette réduction de travail d'au moins 50% vraisemblablement de 60-70% est à considérer depuis les suites opératoires du 22 septembre 2004. Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession habituelle, quels sont les types d'activités professionnelles adaptées qu'il pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand jusqu'à la date de la décision attaquée du 5 septembre 2008 et depuis lors ? Sa profession de manutentionnaire n'est à l'évidence plus du tout envisageable car entraînerait alors une incapacité de travail totale. Sans être un spécialiste de la médecine du travail ou de l'emploi, il devrait exister des activités professionnelles adaptées à « l'infirmité » dont souffre le recourant, mais qui devrait justifier une réorientation professionnelle totale avec une nouvelle formation. Compte tenu des douleurs qui surviennent à tout moment, et selon les mouvements volontaires ou involontaires du recourant, ce taux de capacité au travail ne pourrait vraisemblablement pas dépasser 40%. Les motifs sont toujours en relation avec l'atteinte dont souffre le recourant et qui sont exposés plus haut et dans les expertises qui ont déjà été conduites. Compte tenu des seules séquelles accidentelles, le recourant subit-il une atteinte à son intégrité ? Veuillez quantifier celle-ci. Les séquelles de l'accident survenu le 28 [recte : 26] novembre 2003 sont relatives par rapport à celles qui se sont présentées après l'intervention du 22 septembre 2004. L'atteinte à l'intégrité corporelle du recourant est certaine, mais difficilement quantifiable sinon qu'elle entraîne une souffrance physique depuis fin septembre 2004, accompagnée d'une souffrance psychique liée d'une part aux douleurs quasi permanentes ou pouvant survenir à tout moment et d'autre part la longue procédure asséculo-logique et juridique qui contribuent certainement à l'atteinte de son intégrité. Toutefois, le recourant ne semble pas souffrir d'un trouble psychique spécifique mais plutôt d'un syndrome anxio-dépressif modéré. [...] Question de l'intimée : Parmi les affections de l'assuré lesquelles sont-elles de nature organique et lesquelles de nature psychique ? Les lésions du plexus brachial sont clairement d'origine organique avec répercussion sur tout le membre supérieur gauche et extension au niveau de la nuque, le coup et la tête, ainsi que le membre inférieur gauche, en somme potentiellement toutes les parties motrices et sensibles de l'hémicorps gauche. Le syndrome anxio-dépressif qui a été considéré comme modéré serait mixte, de nature organique et de nature psychique contrairement aux revendications agressives et persécutoires du recourant qui sont d'ordre psychique. Les douleurs décrites par le recourant sont avant tout de nature organique, une partie du ressenti pouvant être toutefois considéré

- 57 - comme de nature psychique, notamment au moment de certaines exacerbations. L'intervention chirurgicale subie par le recourant le 22 septembre 2004 a-t-elle entraîné une lésion du système nerveux périphérique de l'assuré (relativement au plexus brachial par exemple) de manière certaine, probable ou seulement possible ? Pour quel motif ? Les lésions au plexus brachial gauche sont à mettre en relation de manière hautement probable avec l'intervention du 22 septembre 2004. Pour être affirmatif, il faudrait toutefois que les responsables médicaux et paramédicaux de l'intervention du 22 septembre 2004 s'accordent avec le recourant concernant l'injection complémentaire qui aurait eu lieu au niveau du creux axillaire et qui pourrait clairement expliquer les troubles présentés dans la période postopératoire immédiate par le recourant, en supposant qu'il y ait eu une lésion directe, vraisemblablement d'origine chimique ou cytotoxique. Toutefois et selon les éléments à disposition dans les dossiers, seul le recourant affirme qu'une injection

complémentaire aurait été faite à ce niveau, mais je n'ai pas vu de document dans lequel les intervenants participant à l'intervention du 22 septembre 2004 n'aient formellement ce complément d'anesthésie. Les différents rapports médicaux et principalement neurologiques, (même s'ils sont parfois contradictoires) tout comme les expertises et notamment celle du 21 octobre 2009 (Centre II. _____), convergent vers une atteinte du plexus brachial dont l'origine ne pourrait être que l'intervention du 22 septembre 2004." En date du 29 juillet 2014, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 23 juillet 2014 et désigné Me Razi Abderrahim en tant qu'avocat d'office. Dans sa détermination du 15 septembre 2014, la CNA soutient notamment que les constatations de l'expert – signalant que « les plaintes de l'assuré et ses douleurs n'ont cessé de s'aggraver [...] » ou que « les douleurs peuvent s'accompagner d'importantes sudations ou provoquer des crises de convulsions cloniques, voire des pertes de connaissance. A noter que la douleur du poignet gauche est permanente et que l'intensité varie selon les mouvements » – sont incompatibles avec le résultat du rapport de surveillance effectuée par l'Agence JJJ. _____. Cela étant, l'intimée requiert que ce rapport ainsi que les enregistrements vidéo qui l'accompagnent soient soumis à l'expert HHH. _____ avec des questions complémentaires.

- 58 - Prenant position le 30 octobre 2014, le recourant s'oppose à un tel complément d'expertise. Il soutient en outre que l'expertise du Prof. HHH. _____ ne fait que confirmer sa perte totale d'autonomie et qu'il ne peut manifestement que compter sur son épouse pour tous les actes de la vie quotidienne. Il ajoute qu'au regard des nombreuses expertises effectuées, il convient d'admettre une incapacité résiduelle voisine de 100 % tenant compte également de ses capacités cognitives amoindries, en lien avec la médication importante dont il fait actuellement l'objet, ainsi que de ses insomnies et de ses troubles posturaux gênant aussi bien la station assise que debout prolongée. Le recourant produit enfin une attestation établie le 28 octobre 2014 par la Dresse BBB. _____ selon laquelle, en substance, l'enquête de l'Agence JJJ. _____ ne contredit pas le dossier médical solidement étayé. Par avis du 24 novembre 2014, la juge instructeur a rejeté le complément d'expertise requis par l'intimée. 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-accidents, sous réserve de dérogations expresses (cf. 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 sont sujettes à recours (cf. 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 (cf. art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. 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

- 59 - (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances (cf. art. 93 let. a et 117 LPA-VD). c) 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 des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés

par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). b) En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'intimée doit continuer à verser des prestations au recourant au-delà du 15 juillet 2007. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé,

- 60 - c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (cf. TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3). 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 ; cf. RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b). 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2e éd., Bâle 2007, n° 79 p. 865). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; cf. RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865). b) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées

- 61 - lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (cf. art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou

résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident (cf. TF 8C_883/2012 du 24 octobre 2013 consid. 2.3). Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission d'effectuer un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins alloués conformément à l'art.10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (cf. TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2 ; cf. ATF 128 V 169 consid. 1c ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 140 ss pp. 891 s.). c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait 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

- 62 - de subordination vis-à-vis d'un assureur (cf. TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider 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. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5 et 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid.3.1.). 4. En l'espèce, le recourant a eu un accident le 26 novembre 2003. Il a ensuite subi une intervention chirurgicale le 22 septembre 2004. Il convient d'examiner si cette intervention a été nécessitée par l'accident ou si elle est indépendante de celui-ci. Dans ses rapports (des 10 mai 2007, 31 décembre 2008 et 10 mai 2010), le Dr EE._____ estime peu vraisemblable, d'un point de vue neurologique, qu'un traumatisme du 26 novembre 2003 concernant la main gauche ait été en mesure de modifier suffisamment une situation pathologique latente au niveau du canal carpien gauche pour la

- 63 - transformer en un état pathologique nécessitant d'être traité impérativement. Il estime également que le kyste synovial n'est pas une conséquence de l'accident. Cet avis ne constitue toutefois qu'une appréciation différente des faits qui est en contradiction avec les avis de la majorité des autres praticiens qui se sont prononcés sur la question. En effet, le 20 janvier 2004, le Dr P. _____ a estimé qu'il se pouvait qu'une partie au moins de la symptomatologie présentée par le recourant soit en relation avec une contusion du nerf médian gauche du poignet, tout en relevant que l'atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien était bilatérale et qu'il existait des éléments atypiques au status laissant un doute important quant à l'origine exacte des plaintes. Le Dr C. _____ s'est montré plus catégorique le 16 février 2004 puisqu'il a posé le diagnostic de syndrome de canal carpien, post-contusionnel, irritatif au poignet gauche. Concernant le poignet droit, il a précisé qu'il s'agissait d'une légère sollicitation du nerf médian à droite asymptomatique. Ce médecin n'a pas proposé tout de suite une décompression du nerf médian gauche dès lors que dix semaines seulement s'étaient écoulées depuis l'accident et que les symptômes semblaient lentement régressifs. Il a ajouté que si les paresthésies persistaient au-delà du mois de mars, il faudrait alors songer à une décompression chirurgicale. Le 23 août 2004, ce praticien a posé le nouveau diagnostic de kyste radio-palmaire téno- ou arthro-synovial du poignet gauche. Il a précisé, concernant le kyste, qu'il s'agissait clairement d'un état post-traumatique de la contusion du poignet. Quant au syndrome de canal carpien gauche, il a mentionné qu'il était partiellement post-traumatique. Il a proposé une excision du kyste post-traumatique ainsi qu'une décompression du nerf médian avec révision en même temps de la branche palmaire, à côté du kyste articulaire. Le 1er septembre 2004, la CNA a fait savoir au Dr C. _____ que son médecin-conseil approuvait sa proposition et le priait de faire le nécessaire. Les experts du Centre II. _____ ont également retenu qu'à la suite de l'accident est survenue une contusion suivie d'une longue immobilisation du poignet gauche et que des douleurs locorégionales avec

- 64 - importante impotence fonctionnelle étaient apparues, ainsi que des symptômes compatibles avec une souffrance du nerf médian au tunnel carpien, cette symptomatologie douloureuse post-traumatique ayant motivé l'intervention du 22 septembre 2004 (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 p. 23). Enfin, l'expert judiciaire a également retenu que l'accident avait été une première cause anamnestique des douleurs au niveau du poignet gauche et d'atteinte notamment du nerf médian (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 4). Il est vrai que le Dr F. _____, qui n'avait dans un premier temps pas remis ce lien de causalité en cause, s'est finalement rallié à l'appréciation du Dr EE. _____ dans son rapport du 11 juillet 2007. Il n'a toutefois donné aucune explication à ce propos. Il y a dès lors lieu de retenir que l'intervention du 22 septembre 2004 est en lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2003, dont elle est une conséquence. 5. Il convient ensuite d'examiner les affections dont est atteint le recourant et si elles sont ou non consécutives à l'accident, respectivement à l'intervention du 22 septembre 2004. a) Sur le plan psychiatrique, les Drs OO. _____ et PP. _____ ont posé le diagnostic incapacitant de trouble somatoforme sans précision (cf. rapport d'expertise du 25 février 2008 p. 8). Les experts du Centre II. _____ n'ont quant à eux pas retenu ce diagnostic, considérant qu'il existait un substrat somatique neurologique bien présent. Les experts ont en outre relevé qu'il n'existait aucun signe de non organicité selon Waddell, bien que ces derniers aient été scrupuleusement recherchés. Ils ont uniquement posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 pp. 24 s., 26 et 27). Le recourant n'est d'ailleurs pas suivi par un psychiatre.

Aucun trouble psychique invalidant ne doit dès lors être retenu.

- 65 - b) Sur le plan somatique, le diagnostic d'algoneurodystrophie a été posé par les Drs M. _____ et Q. _____ le 18 mars 2005, à la suite d'une scintigraphie. La Dresse G. _____ a repris ce diagnostic sans le discuter le 8 avril 2005. Il en va de même des médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier J. _____ les 2 mai et 10 juin 2005, ainsi que la Dresse K. _____ le 21 juillet 2005. Le 28 juin 2005, suite à une scintigraphie osseuse, le Dr X. _____ a conclu à un aspect scintigraphique d'un Sudeck. En revanche, le 24 mai 2005, le Dr W. _____ a estimé que l'algodystrophie n'était pas prouvée, sans pour autant pouvoir l'exclure. De même, le 15 juillet 2005, les Drs N. _____ et S. _____ du Service de neurologie des Hôpitaux V. _____ ont fait état d'une probable algoneurodystrophie seulement. Dans le même sens, les Drs I. _____ et E. _____, du Service de rhumatologie de ce même hôpital, ont indiqué le 22 juin 2005 que certes la scintigraphie réalisée à cinq mois parlait en faveur de ce diagnostic, mais qu'aucun phénomène objectivable (œdème, chaleur, changement couleur de la peau) ou neurovégétatif n'avait été objectivé et que l'introduction du traitement spécifique n'avait permis aucune amélioration. Quant aux experts du Centre II. _____, ils n'ont pas retenu ce diagnostic et écarté l'hypothèse d'un trouble analogue, la causalgie (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 spéc. p. 25). Le Dr U. _____ a évoqué le 26 août 2005 une lésion du plexus brachial, l'EMG pratiqué le même jour le faisant fortement suspecter. Il a signalé en outre la possibilité d'une atteinte cytotoxique linéaire à un éventuel bloc axillaire pratiqué lors de l'intervention pour tunnel carpien. Certes, le Dr Y. _____ a estimé le 5 octobre 2005 qu'en conclusion de l'appréciation clinique neurophysiologique, il ressortait que le recourant ne présentait pas de plexopathie brachiale liée à une anesthésie par bloc plexulaire. Toutefois, le Dr U. _____ a expliqué le 13 décembre 2007 que l'EMG effectué alors montrait une atteinte de tous les muscles sauf les plus proximaux et qu'il s'agissait d'une dénervation ancienne et toujours bien présente avec altération de tout le tracé sauf dans les muscles proximaux. Il a en outre précisé que l'étendue de l'atteinte avait pu être évaluée avec plus de précision que lors du premier examen, effectué dans

- 66 - un autre but, que l'ensemble des données indiquait une atteinte diffuse du plexus brachial gauche et que l'on pouvait suspecter une atteinte marquée des fibres de la partie inférieure du plexus brachial. Attendu que le Dr Y. _____ n'avait pas connaissance du dernier EMG lorsqu'il s'est prononcé, son avis ne peut dès lors être retenu. Quant au Dr AA. _____, il s'est rallié, dans son rapport du 8 avril 2008, à l'appréciation du Dr U. _____ ainsi qu'à celle du Dr GG. _____, de la Clinique [...] à Graz, qui avait également conclu, le 18 décembre 2006, à une atteinte du plexus brachial, notamment au niveau des nerfs axillaires et thoraciques longs, d'étiologie indéterminée, avec, dans le diagnostic différentiel, une éventuelle réaction toxique du plexus brachial secondaire à une anesthésie régionale. Le Dr AA. _____ en a déduit que plusieurs évaluations neurologiques objectives permettaient de conclure à une atteinte du plexus cervico-brachial gauche pour laquelle il n'y avait pas d'autre explication qu'un effet toxique de l'anesthésie loco-régionale, les symptômes ayant d'ailleurs débuté suite à l'intervention chirurgicale du tunnel carpien. Pour le reste, s'il est vrai que les Drs P. _____, M. _____, Q. _____, X. _____, W. _____, N. _____ et S. _____, notamment, n'ont pas évoqué une telle problématique, on rappellera toutefois qu'ils n'ont eu connaissance ni du diagnostic posé par le Dr U. _____, ni des examens effectués en 2007. Dans leur rapport d'expertise du 21 octobre 2009 (p. 27), les Drs KK. _____, JJ. _____ et LL. _____

du Centre II. _____ ont posé, sur le plan somatique, le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche d'origine vraisemblablement iatrogène dans les suites d'une infiltration anesthésique lors d'un bloc axillaire, confirmant ainsi le diagnostic posé par le Dr U. _____ notamment. Ils ont expliqué que l'ENMGE pratiqué lors de l'expertise avait montré une atteinte lésionnelle axonale plexulaire brachiale sensitivomotrice avec d'importants signes de dénervation dans l'ensemble de la musculature testée dépendant des trois troncs principaux du plexus brachial gauche appartenant aux myotomes C4 - C5 - C6 - C7 - C8 et D1,

- 67 - avec prédominance de l'atteinte sensitive axonale sur les axones destinés au nerf cubital et une homogénéité sur l'atteinte axonale motrice (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 p. 25). Ils ont ajouté que l'IRM effectuée le 26 août 2005 avait montré une réaction œdémateuse au niveau du plexus brachial gauche et le long des structures neuro-vasculaires dans le creux axillaire et jusqu'au niveau de la région sous-claviculaire et que le fait qu'il n'y ait pas eu d'image de compression sur le plexus brachial ni de signes en faveur d'un pseudo-anévrisme des structures vasculaires du plexus brachial, l'existence d'une atteinte diffuse de tout le plexus à l'IRM et un certain délai entre le temps de l'injection axillaire et l'apparition des douleurs, incitait à évoquer une origine cytotoxique comme mécanisme étiologique de la lésion plexulaire secondaire à l'injection du produit pour effectuer le bloc axillaire (cf. rapport d'expertise du 21 octobre 2009 p. 25). Les experts ont ainsi retenu que cette affection était due à l'intervention du 22 septembre 2004. Après avoir pris connaissance de cette expertise, le Dr QQ. _____ du SMR a conclu, le 4 novembre 2009, qu'elle était fouillée avec souci du détail et convaincante. Aucun autre médecin n'a remis en cause ce diagnostic posé par les experts, à l'exception du Dr EE. _____ qui avait contesté ce diagnostic antérieurement estimant – notamment le 31 décembre 2008 – que le recourant ne présentait pas de lésions du système nerveux périphérique ou central faisant suite vraisemblablement à l'accident du 26 novembre 2003 ou étant consécutives vraisemblablement à l'opération du 22 septembre 2004. Dans son rapport du 10 mai 2010, le Dr EE. _____ s'est référé à ses précédents rapports, maintenant son appréciation antérieure en se fondant sur les avis donnés par les médecins en 2004, tel celui du Dr P. _____, et sur le premier EMG effectué en Belgique en 2005, mais sans évoquer le suivant réalisé en 2007 alors même que, selon le Dr U. _____, l'étendue de l'atteinte a pu être évaluée avec plus de précision lors de ce second EMG que lors du premier examen qui avait été effectué dans un autre but (cf. rapport du 13 décembre 2007 p. 3). En ce sens, l'appréciation du Dr EE. _____ s'avère incomplète. Quant à l'EMG

- 68 - effectué en cours d'expertise et dont les experts du Centre II. _____ ont conclu qu'il confirmait le diagnostic posé initialement par le Dr U. _____ le Dr EE. _____ s'en est à nouveau distancé. Toutefois, là également, il se contente d'avancer une appréciation différente des mêmes faits. Là également, il est seul de son avis. On ajoutera que les critiques du Dr EE. _____ visent l'ensemble de l'expertise réalisée au Centre II. _____. Alors qu'il n'a jamais rencontré le recourant, il met en doute l'honnêteté de celui-ci donnant ainsi une apparence de partialité, ce que relève d'ailleurs le recourant. En effet, s'agissant du diagnostic psychiatrique, savoir des constatations des experts sur l'absence de signes comportementaux de Waddell, le Dr EE. _____ a déclaré que d'un point de vue neurologique, cette constatation ne constituait pas un argument en défaveur d'une origine à prépondérance psychogène ou fonctionnelle des troubles et des résultats

d'examens chez l'assuré dès lors que l'on ne pouvait exclure qu'il ait eu connaissance de ces signes (cf. avis du 10 mai 2010 et sa traduction, p. 6). Ce faisant, le Dr EE. _____ a laissé entendre que le recourant était susceptible d'avoir réussi à tromper avec conscience et volonté un expert en psychiatrie sur ce point, ce qui revient à remettre en cause non seulement le comportement du recourant mais aussi les compétences de l'expert alors que rien au dossier ne permet de telles hypothèses. Les conclusions du Dr EE. _____ ne sauraient dès lors être suivies. Enfin, l'expert judiciaire, le Prof. HHH. _____, qui a effectué une expertise en anesthésiologie (expertise à laquelle était favorable le Dr EE. _____ dans son dernier rapport [cf. avis du 10 mai 2010 et sa traduction, p. 6 in fine]), a considéré également que les différents examens neurologiques que le recourant avait eus suite à son traumatisme du 26 novembre 2003 et surtout suite à l'intervention du 22 septembre 2004 mettaient clairement en évidence une atteinte neurologique du nerf médian au niveau du canal carpien gauche dans un

- 69 - premier temps (suite au traumatisme de novembre 2003) avec une persistance d'une atteinte du nerf médian après l'intervention de septembre 2004, une importante limitation fonctionnelle de sa main gauche dans la période postopératoire, mais surtout une évolution défavorable avec aggravation et extension des douleurs à l'ensemble de l'hémicorps gauche, d'étiologie indéterminée, mais avec des signes d'atteinte diffuse du plexus brachial à gauche confirmée par plusieurs examens neurologiques ou radiologiques (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 3). Lors de cette expertise, le Prof. HHH. _____ a eu connaissance du rapport de surveillance de l'Agence JJJ. _____, qui lui avait été transmis avec le dossier de la Chambre patrimoniale cantonale. Il a mentionné d'ailleurs, dans son rapport d'expertise du 9 juillet 2014 (p. 2), que les « douleurs [étaie]nt difficiles à traiter, mais que ces atteintes neurologiques n'empêcheraient toutefois pas le recourant à garder une certaine autonomie au quotidien dans certains gestes, pour se déplacer, y compris en voiture ». A cela s'ajoute que s'il est indiqué dans l'expertise que le recourant souffre de douleurs constantes au poignet gauche, il est également précisé que celles-ci sont d'intensité variable (cf. rapport d'expertise du 9 juillet 2014 p. 2). Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi il serait contradictoire d'admettre que le recourant est parfois capable de conduire sur de courtes distances, d'utiliser un briquet ou encore d'appuyer sur le bouton d'un ascenseur – comme mentionné dans le rapport de l'Agence JJJ. _____. C'est en toute connaissance de ces faits que l'expert a établi son rapport. Il n'est dès lors pas utile de faire verser au dossier l'enregistrement vidéo joint au rapport de surveillance, ni de poser à l'expert HHH. _____ des questions complémentaires sur ladite enquête, comme le voudrait l'intimée. Au regard de l'ensemble de ce qui précède, force est dès lors de retenir que le recourant est atteint d'une plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche.

- 70 - c) Tous les médecins qui ont retenu l'atteinte au plexus brachial gauche sont d'accord pour estimer qu'elle est une conséquence de l'intervention pratiquée le 22 septembre 2004. Seul le Dr EE. _____ met en doute l'existence d'un tel lien de causalité mais, pour les raisons évoquées ci-dessus (cf. consid. 5b supra), ses conclusions ne peuvent être retenues. En définitive, les conclusions des experts du Centre II. _____ comme celles du Prof. HHH. _____ sont claires et bien motivées en ce qui concerne tant les diagnostics que l'origine des troubles dont est atteint le recourant. On retiendra donc que la plexopathie sensitivomotrice axonale du plexus brachial gauche est une conséquence de l'intervention pratiquée le 22 septembre 2004. 6. Comme on l'a vu plus haut (cf consid. 4 supra),

l'intervention subie le 22 septembre 2004 est en lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2003, dont elle est une suite. La CNA doit dès lors prendre le cas en charge. Partant, la décision litigieuse du 5 septembre 2008 s'avère mal fondée. 7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction comme requis. 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 (cf. 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 consid. 4.2.1).

- 71 - 8. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision sur opposition attaquée réformée en ce sens que la CNA continuera à prendre en charge les suites de l'événement survenu le 26 novembre 2003, respectivement de l'intervention du 22 septembre 2004. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a le droit à des dépens dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière du droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 3'000 fr., à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, celle-ci ayant été accordée au recourant avec effet au 23 juillet 2014. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

- 72 -

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