

VD_GERICHTE ZA14.042484 vom 20. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.042484

FR: VD_GERICHTE ZA14.042484 du 20 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.042484 del 20 gennaio 2015

Erwägungen

E. 25

août 2008 et jusqu'au prochain entretien. Le 13 novembre 2013, le Dr M. _____, radiologue, a procédé à une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré en raison de douleurs résistantes. Dans son rapport du même jour au Dr O. _____, il a conclu ce qui suit : "Arthro-IRM de l'épaule droite ne révélant (pas) de rupture de la coiffe des rotateurs. Pas de déchirure des bourrelets glénoïdiens. Pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire avec encoches corticales des surfaces articulaires et oedèmes intraspongieux dans le cadre d'une ostéoarthrite pouvant être secondaire à un status post-traumatique." Par courrier du 30 janvier 2009, la CNA a confirmé à l'assuré qu'elle assumerait les frais de son hospitalisation à la Clinique [...] le

- 4 - 2 février 2008 afin qu'il y subisse une intervention chirurgicale en lien avec l'accident du 26 juin 2008. Le 30 janvier 2009, le Dr O. _____ a effectué une arthroscopie ainsi qu'une résection acromio-claviculaire sur l'épaule droite de l'assuré. Dans un rapport du 11 mars 2009 au médecin-conseil de la CNA, le Dr O. _____ lui a exposé que l'évolution post-opératoire de l'assuré ne présentait pas de complication infectieuse ou de cicatrisation des plaies. Son bras était cependant encore immobilisé et trop algique pour démarrer une rééducation active, la situation devant être réévaluée toutes les deux semaines. Le 2 mai 2009, le Dr O. _____ a confirmé que l'évolution post-opératoire de l'assuré se passait sans complication, relevant que son amplitude articulaire était bonne mais qu'aucun travail demandant de la force n'était encore possible. Le 8 juillet 2009, l'assuré a été entendu une nouvelle fois par un représentant de la CNA, ainsi que son employeur. Il a alors indiqué avoir récupéré environ 60% de la mobilité de son épaule droite, mais être toujours limité en force, son incapacité de travail demeurant entière. Le 20 août 2008, le Dr M. _____ a procédé à une IRM du genou gauche de l'assuré. Dans son rapport du même jour au Dr O. _____, il a conclu ce qui suit : "Imagerie par résonance magnétique du genou gauche révélant un discret épanchement dans le compartiment antéro-interne, bordant le condyle dans sa partie postéro-interne et dans l'échancrure inter-condylienne. Déchirure « grade II » de la corne postérieure du ménisque interne. Pas de rupture des ligaments croisés. Tuméfaction modérée autour de l'aileron rotulien interne et du faisceau antérieur du ligament collatéral, sans rupture. Pas de signe de contusion osseuse. Excroissance osseuse de la tubérosité tibiale antérieure évoquant une ancienne maladie d'Osgood-Schlatter."

- 5 - Dans un rapport du 22 août 2009, le Dr O. _____ a informé le médecin-conseil de la CNA que l'épaule droite de l'assuré avait une bonne mobilité, mais qu'une douleur se présentait lorsque le bras était élevé au-dessus du niveau de l'épaule ou utilisé pour une activité nécessitant de la force. Il a en outre exposé qu'un traitement de physiothérapie était en cours pour améliorer et diminuer ses handicaps fonctionnels. Il a relevé que le genou gauche de l'assuré était le siège d'une douleur antéro-médiale à l'endroit d'un traumatisme

par choc direct et d'un gros hématome résultant de l'accident, cette douleur étant "cliniquement mobile stable mais restant cicatriciel au choc". Il a souligné qu'une IRM avait mis à jour une lésion de l'aileron interne et une lésion sous-cutanée au niveau de la bourse pré-rotulienne post-traumatique. Par courrier du 27 août 2009, l'assuré s'est vu résilier ses rapports de travail avec effet au 30 octobre 2009. Par trois certificats médicaux établis le 8 septembre et – pour les deux autres – le 26 octobre 2009, le Dr O. _____ a successivement confirmé que l'assuré présentait une incapacité de travail totale, pour une période allant finalement jusqu'au 30 novembre 2009. A l'invitation de la CNA, l'assuré a été examiné le 23 novembre 2009 par son médecin-conseil, le Dr X. _____, chirurgien orthopédiste. Dans son rapport médical du même jour, celui-ci a fait l'"appréciation du cas" suivante : "On se trouve chez ce mécanicien moto, actuellement au chômage, à bientôt 10 mois d'une arthroscopie et résection AC de l'épaule droite pour arthropathie AC s'étant déclarée dans le décours d'un accident de moto survenu le 20.06.2008. L'accident avait également occasionné une contusion du genou gauche ainsi que des douleurs cervicales. L'évolution initiale après l'accident avait été dominée par les troubles de l'épaule droite, ce qui avait conduit à l'intervention précitée.

- 6 - L'évolution postopératoire est lentement favorable : l'assuré signale cependant toujours des douleurs à caractère mécanique de l'épaule droite. Il est également toujours dérangé par des troubles douloureux du genou : des paresthésies aux deux mains sont apparues plus récemment. A l'examen clinique : on constate quelques signes irritatifs résiduels de l'AC et à un degré moindre de la coiffe des rotateurs à droite : la fonction articulaire est cependant assez bien rétablie malgré quelques douleurs signalées en abduction à partir d'environ 120° ainsi que lors de la rotation externe. Nous n'avons pas constaté de limitation de la fonction du genou dont la palpation reste toutefois douloureuse du côté antéro-interne sur la zone d'impact lors de l'accident. On note également quelques signes irritatifs du ménisque interne. Aucune douleur au niveau de la tubérosité tibiale. On relève également un léger syndrome cervical sans déficit sensitivo-moteur à l'examen neurologique succinct. Le signe de phalen est également négatif. En résumé : cet assuré présente quelques troubles douloureux résiduels de l'épaule après résection AC pour arthropathie qui s'est déclarée dans le décours de l'accident qui nous concerne. Il présente également un syndrome post-contusionnel du genou droit associé à une déchirure très partielle du ménisque interne. Il présente également un léger syndrome cervical sur troubles dégénératifs cervicaux révélés par les radiographies du 30.06.2008 (qui n'avaient pas démontré de lésion traumatique cervicale). Sur le plan thérapeutique, les troubles douloureux résiduels relèvent pour l'instant de la poursuite de mesures conservatrices (AINS, éventuellement infiltration de l'épaule droite). La situation ne sera vraisemblablement pas entièrement stabilisée avant un délai de 12 à 15 mois de la cure chirurgicale de l'épaule. Sur le plan professionnel : cet assuré est actuellement sans emploi : il pourrait vraisemblablement mettre en valeur une capacité médico- théorique d'environ 50% dans la dernière activité exercée lors de l'accident et nous fixons une reprise médico-théorique à ce taux dès le 1.12.2009. Il pourrait par ailleurs mettre en valeur une pleine capacité sur le marché du travail dans une activité n'exigeant pas un port de charges lourdes, de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontal ni de marche en terrain irrégulier. L'assuré doit revoir le Dr O. _____ demain : nous serons reconnaissants à notre Confrère de nous orienter sur l'évolution future."

- 7 - Par lettre du 25 novembre 2009 au précédent conseil de l'assuré, la CNA a indiqué qu'elle reconnaîtrait à ce dernier une capacité de travail de 50% dans sa dernière activité à compter du 1er décembre 2009 et qu'elle adapterait ses prestations en conséquence jusqu'à nouvel avis. Dans un rapport médical du 6 décembre 2009, le Dr O. _____ a fait état d'une évolution "à la fois laborieuse et favorable" de l'état de santé de l'assuré, relevant qu'une entorse de la cheville droite intervenue le 22 novembre 2009 interférait avec la capacité de marcher et la charge de travail appropriée. Dans un certificat établi le 22 décembre 2009, le Dr O. _____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était similaire à celle précédant l'intervention chirurgicale effectuée le 30 janvier 2009, savoir 35% depuis le 1er décembre 2009. Il a relevé que les suites de l'accident de 2008 se manifestaient encore de manière importante sous forme de limitations fonctionnelles découlant de douleurs au niveau de l'épaule droite, du genou gauche et de la colonne cervicale. Le 14 janvier 2010, le Dr X. _____ a établi un complément d'appréciation médicale, dans lequel il a pour l'essentiel exposé que les rapports médicaux du Dr O. _____ des 23 novembre et 22 décembre 2009 étaient contradictoires, des limitations fonctionnelles importantes étant constatées dans le second mais pas dans le premier sans qu'il soit fait état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré. Celle-ci semblait au contraire inchangée par rapport à l'état antérieur à l'intervention du mois de janvier 2009. Selon le Dr X. _____, l'affirmation selon laquelle la situation était similaire à celle précédant l'intervention ne correspondait pas aux indications fournies par le Dr O. _____ sur l'évolution post-opératoire, ni aux déclarations de l'assuré qui, au mois de juillet 2009, avait déclaré avoir récupéré 60% de la mobilité de son épaule. En outre l'examen effectué par le Dr X. _____ le 23 novembre 2009 n'avait pas démontré l'existence des limitations fonctionnelles importantes de l'épaule, de la colonne cervicale ou du genou que le Dr O. _____ avait

- 8 - alléguées par la suite. Le Dr X. _____ en a conclu que le certificat de ce dernier du 22 décembre 2009 n'amenait aucun élément nouveau permettant de revenir sur l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de 50% retenue lors de l'examen de l'assuré du 23 novembre 2009, ni sur la possibilité pour ce dernier de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée telle qu'il l'avait alors décrite. Dans un rapport du 7 février 2010, le Dr O. _____ a exposé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré restait laborieuse, une douleur de l'épaule et du genou gauche limitant ses capacités d'activités. Dans un nouveau rapport du 6 mars 2010, il a estimé que cette situation demeurait moyennement favorable, avec plus de douleurs à l'épaule droite et la persistance d'une gêne au genou gauche. Dans un rapport du 26 mars 2010, Le Dr O. _____ a fait état d'une situation peu favorable au niveau de l'épaule et du genou, suggérant que l'assuré entreprenne une rééducation à [...]. Un entretien a eu lieu le 30 avril 2010 entre un représentant de la CNA et l'assuré, qui a alors expliqué suivre une formation en maîtrise de mécanicien moto depuis la fin du mois d'août 2009, celle-ci ayant lieu tous les vendredis. Par décision du 18 mai 2010, la CNA a reconnu à l'assuré une capacité de travail de 50% à compter du 1er décembre 2009 et jusqu'à nouvel avis. A l'invitation de la CNA, l'assuré s'est soumis à un nouvel examen médical par le Dr X. _____ le 18 juin 2010. Dans un rapport d'"examen médical final", celui-ci a relevé que les radiographies de l'épaule droite faites le 4 juin 2008 ne démontraient pas d'altération gléno-humérale, ni de diminution de l'espace sous-acromial chez l'assuré. Il a noté un léger élargissement de l'articulation acromio-claviculaire, mais

- 9 - a estimé que les radiographies du genou, face, en charge et profil, étaient sans particularité. Il a apprécié le cas comme suit : "On se trouve chez ce mécanicien-moto, à présent sans emploi, à bientôt 18 mois d'une arthroscopie avec résection acromio-claviculaire de l'épaule D pour une arthropathie acromio-claviculaire après contusion survenue lors d'une chute à moto le 28 juin 2008. L'évolution depuis cette intervention a été marquée par la persistance de douleurs malgré une récupération tout à fait satisfaisante de la fonction de l'épaule. Il subsiste également quelques douleurs du genou G, contusionné lors de l'accident, qui n'ont toutefois, pour l'instant, pas nécessité de traitement spécifique. A l'examen de ce jour, l'assuré se dit toujours dérangé par les douleurs de l'épaule lors du port de charge ou lorsqu'il porte le bras en hauteur. Il décrit également quelques douleurs du genou lors de la marche prolongée. A l'examen clinique, la palpation de la région sous-acromiale antérieure et latérale et de l'acromio-claviculaire, est donnée comme douloureuse, de même que l'élévation du bras D au-delà d'environ 30°. On notera une légère perte de la rotation interne mesurée à la distance pouce-C7. Le déficit d'abduction active ne dépasse pas 10° par rapport au côté G, à l'examen de ce jour. On note également une diminution d'environ 0.5 cm du périmètre du bras D. Hormis l'élargissement après résection acromio-claviculaire, les radiographies du 7 juin 2010 de l'épaule D ne révèlent pas d'atteinte osseuse ou articulaire particulière. L'examen du genou révèle quelques signes irritatifs du ménisque interne. Les radiographies ne démontrent pas d'évolution arthrosique. Une IRM du genou G pratiquée le 20.8.09 avait révélé de légères altérations du ménisque interne, sans signe de déchirure franche. En résumé : Cet assuré présente un tableau de douleurs résiduelles de l'épaule D après résection acromio-claviculaire, s'accompagnant d'un discret déficit de l'abduction active et d'une diminution un peu plus nette de la rotation interne. Il présente également un léger syndrome méniscal interne du genou G, sans déficit fonctionnel significatif ni évolution arthrosique sur le plan radiologique. Dans l'état, nous ne voyons pas de mesure susceptible d'amener une amélioration notable des troubles résiduels de l'épaule D présentés par cet assuré. Ces derniers relèvent principalement de mesures ponctuelles d'antalgie et d'un suivi médical espacé. Le syndrome méniscal que l'on observe également chez cet assuré ne relève pour l'instant pas de mesures chirurgicales. Cette possibilité reste cependant ouverte en cas d'aggravation du dérangement interne.

- 10 - L'assuré n'a jusqu'ici pas retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité de mécanicien-moto, mais effectue actuellement une formation en vue d'un brevet de mécanicien, qui lui permettrait d'exercer une activité d'enseignant ou d'expert.

- 11 - Sur le plan de l'exigibilité : Cet assuré pourrait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas le port de charges supérieur à 10 kg, les sollicitations répétées du bras au-dessus de l'horizontale, ou la marche prolongée en terrain irrégulier." Dans une estimation de l'atteinte à l'intégrité du 18 juin 2010, le Dr X. _____ a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5%, sur la base de la table V des barèmes d'indemnisation, savoir le taux attribué à un status après résection acromio-claviculaire. Le 21 juin 2010, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 18 mai 2010, concluant à son annulation et au versement d'indemnités journalières fondées sur un taux d'incapacité de 65%. Il s'est fondé à cet égard sur les constatations du Dr O. _____. Par courrier du 27 juillet 2010, la CNA a indiqué qu'elle annulait sa décision du 18 mai 2010 et mettrait à nouveau l'assuré au bénéfice d'indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 65% pour la période du 1er décembre

2009 au 30 novembre 2010. A cette date, elle se prononcerait sur une éventuelle rente d'invalidité. Il ressort d'un décompte de la CNA du 8 décembre 2010 qu'elle a versé un montant de 6'300 fr. à l'assuré à titre d'avance d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 14 décembre 2010, le Dr M. _____ a procédé à une IRM de l'épaule droite de l'assuré, concluant son rapport du même jour comme suit : "Arthro IRM de l'épaule droite révélant un aspect irrégulier du bourrelet glénoïden antéro-inférieur traduisant une dégénérescence secondaire à une déchirure. Le tendon du long chef du biceps est de signal homogène et normalement inséré. Pas de lésion de la coiffe des rotateurs. Petit kyste synovial sous la glène dans son tiers inférieur."

- 12 - Le 21 janvier 2011, le Dr O. _____ a établi un certificat médical attestant du fait que l'assuré était encore en traitement pour les suites de l'accident du 28 juin 2008. Par lettre à la CNA du 16 février 2011, l'ancien conseil de l'assuré a indiqué que celui-ci subirait prochainement une arthroscopie diagnostique et une réparation capsulo-ligamentaire "bankart". Il a demandé la confirmation de la prise en charge des frais relatifs à ces deux interventions, relevant que la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Il a joint à cette lettre un certificat médical du Dr O. _____ du 4 février 2011 ayant en particulier la teneur suivante : "(...) Actuellement la situation reste défavorable dans l'évolution médicale et fonctionnelle. Au niveau du genou gauche il existe des images de pathologie méniscales dont la validation ne peut se faire que lors d'une arthroscopie diagnostique, si possible thérapeutique. En ce qui concerne l'épaule droite la situation s'est modifiée en novembre 2010 avec une douleur soudaine (et une) impotence fonctionnelle de quelques jours et depuis jamais récupération de la situation de l'été-automne 2010 qui n'était pas très bonne mais bien meilleure. L'arthro-IRM de décembre 2010 atteste d'une lésion des structures stabilisatrices antérieures de l'épaule. La proposition est de faire une arthroscopie diagnostique et probablement une réparation capsulo-ligamentaire ("bankart")." Le Dr X. _____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale du cas de l'assuré le 28 février 2011, procédant à l'appréciation suivante : "Pour ce qui est de l'atteinte de l'épaule : nous rappellerons que l'accident avait entraîné essentiellement une atteinte acromio-claviculaire, sans lésion de la coiffe des rotateurs, ni atteinte du bourrelet glénoïdien, ni de la sangle capsulo-ligamentaire antérieure comme le démontre l'arthro-IRM de l'épaule droite du 13.11.2008. Nous rappellerons également que les radiographies de l'épaule droite pratiquées en juin 2010 à l'occasion du bilan final du cas ne démontraient aucun signe direct ou indirect d'atteinte gléno-humérale. Nous estimons qu'une certaine prudence s'impose avant de procéder à un geste chirurgical sur l'épaule tel que proposé par le Dr

- 13 - O. _____. En effet, en l'absence d'une atteinte avérée du bourrelet ou de la sangle antérieure, l'indication à une réparation capsulo-ligamentaire de type Bankart proposée par le Dr O. _____ me paraît discutable. Quant à l'arthroscopie diagnostique du genou gauche : l'imagerie a clairement démontré l'atteinte d'une méniscope sans lésions transfixiantes. En l'absence d'un syndrome méniscal avéré (blocages), un geste chirurgical à but purement diagnostique doit également être considéré avec une certaine prudence. Les éléments qui précèdent ne me permettent pas dès lors de donner un préavis favorable aux propositions chirurgicales du Dr O. _____. Je propose dans le contexte administratif particulier du cas, de demander un avis thérapeutique universitaire auprès du Prof. S. _____ ou du Prof. [...] à [...]. Par communication du 11 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré de son droit à l'indemnité journalière durant un délai d'attente courant du 1er

décembre 2000 au 7 mars 2011, une formation de chauffeur de car professionnel débutant ensuite le 8 mars 2011. Par communication séparée du même jour, l'OAI lui a confirmé qu'il percevrait des indemnités journalières pendant la durée de sa formation, savoir du 8 mars au 8 juillet 2011. Par lettre du 15 mars 2011, la CNA a demandé au Prof. S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, d'examiner l'assuré et d'indiquer les suites proposées. Le Prof. S. _____ a toutefois délégué cette tâche à son confrère, le Dr J. _____, lui aussi spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ce que les parties ont accepté par courriers des 2 et 5 mai 2011. Le Dr J. _____ a rendu son rapport le 3 juin 2011, dans lequel il a en particulier relevé ce qui suit : "En résumé, Z. _____, droitier, mécanicien sur moto est victime d'une chute accidentelle sur circuit lors d'un cours de pilotage le 28 juillet (recte : juin) 2008. Il a bénéficié d'une résection du cm externe de la clavicule sous arthroscopie le 02 février 2009 par le Docteur O. _____ à la clinique de [...]. Le patient continue à présenter une gêne sous forme d'arc douloureux, de réveil nocturne et de sensation que son épaule tombe. Ceci a entravé d'une manière

- 14 - notable son activité tant professionnelle que sportive. La symptomatologie a résisté à environ 300 séances de physiothérapie et à une infiltration probablement sous-acromiale. En ce qui concerne le genou gauche, le patient a noté depuis l'accident des douleurs et des difficultés à la marche sur terrain inégal ainsi que la quasi impossibilité d'effectuer des activités sportives telles que la course à pied. Ses douleurs sont internes, de type mécanique, non accompagnées par des tuméfactions ou des épisodes de lâchage et partiellement soulagées par le port d'une genouillère. A noter que le patient était, avant l'accident, en bonne santé habituelle. Il prend, actuellement, trois comprimés de Ponstan 500 mg par jour, 20 mg d'anti-acide. Il n'est pas connu pour des allergies. Il n'y a pas de notion d'éthylo-tabagisme. On retrouve, à l'examen clinique, des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire droite avec un cross arm test positif. Les amplitudes articulaires sont légèrement diminuées à droite avec une élévation antérieure active à 175° contre 180° à gauche et une rotation interne à D9 contre D6. Il n'y a pas de signe pour une lésion de la coiffe des rotateurs. La manoeuvre de Gagey est symétrique à 90° des deux côtés. Il n'y a pas de signe pour une instabilité tant antérieure que postérieure. En ce qui concerne le genou gauche, le status révèle des membres inférieurs normo-axés. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. La palpation de l'interligne interne est sensible. On retrouve des douleurs en flexion maximale ainsi que des tests méniscaux clairement positifs. D'un point de vue radiologique, on note un antécédent de résection du cm externe de la clavicule. On retrouve sur plusieurs incidences de radiographie de l'épaule de face des possibles séquelles de fracture du corps de l'omoplate sans que l'on retrouve une transcription radiologique sur l'IRM. Un scanner pourrait donner plus d'information sur une éventuelle fracture. Le labrum antéro-inférieur est légèrement émoussé comme cela avait déjà été noté sur la première arthroscopie. Il n'y a, toutefois, pas d'argument franc en faveur d'une quelconque instabilité (lésion de Bankart, Bankart osseux ou lésion de Hill Sachs). La coiffe des rotateurs est indemne de lésion. Il n'y a pas d'œdème claviculaire ou acromial qui pourrait signer un conflit persistant. En ce qui concerne le genou gauche on note une anomalie de signal linéaire qui s'étend sur plus de deux coupes (valeur productive positive de 95%) atteignant la surface articulaire tibiale. Il s'agit donc d'une lésion claire de grade III sous réserve qu'il n'y a pas de séquence en densité de Proton dans le plan sagittal. Au vu de ce qui précède, il me semblerait légitime et souhaitable de proposer à Z. _____ une arthroscopie de son genou gauche afin d'effectuer un geste méniscal. Je ne suis pas sûr

que la pathologie de son épaule droite ait à ce jour été complètement cernée. J'aurai tendance, avant de lui proposer une arthroscopie diagnostique,

- 15 - d'effectuer une infiltration guidée acromio-claviculaire afin d'infirmier les douleurs résiduelles à ce niveau-là, l'examen clinique tendant à démontrer une pathologie acromio-claviculaire persistante." Par projet de décision du 17 août 2011 confirmé par décision du 26 septembre 2011, l'OAI a refusé à l'assuré le droit à la rente, pour les motifs suivants : "• Vous exerciez l'activité de mécanicien sur motos. • Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 28 juin 2008. • A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 28 juin 2009, votre capacité de travail était toujours restreinte et le droit à la rente était théoriquement ouvert. • Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Vous avez déposé votre demande de prestations le 6 août 2009, la rente pourrait donc être octroyée au plus tôt dès le 1er février 2010. • Cependant, selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès le mois de décembre 2009, une pleine capacité de travail peut à nouveau être exigée de vous dans une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de travaux avec le membre supérieur droit au dessus de l'horizontale, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'agenouillement ni d'accroupissement. Dans votre activité habituelle de mécanicien sur motos votre capacité de travail n'est plus que de 50%. • Dès lors, des mesures professionnelles ont été mises en place par notre Service réadaptation afin de diminuer votre préjudice économique. Selon les renseignements fournis par ce Service, vous avez réussi avec succès votre examen final de chauffeur de car le 10 août 2011 et vous avez ainsi obtenu votre permis de conduire catégorie D. • Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé dans votre ancienne activité de mécanicien sur motos, soit un revenu annuel de Sfr. 62'013.-, au revenu que vous pouvez prétendre en tant que chauffeur de car. • Selon l'enquête salariale effectuée le 18 novembre 2010 auprès des [...], un chauffeur de car en formation (sans permis professionnel) touche un salaire mensuel de Sfr. 5'000.-. Une fois que le permis professionnel est acquis, une augmentation directe est instaurée. Grâce au reclassement, vous avez déjà acquis votre permis professionnel et nous avons, ainsi, garanti votre potentiel de gain dès votre futur emploi ([...], [...], [...], [...]) ou encore dans une compagnie de voyage). • Le revenu d'invalidité théorique retenu pour l'année 2011 est donc identique au revenu sans invalidité 2011, soit Sfr. 62'013.- annuel brut. Par conséquent, vous ne présentez pas de préjudice économique et le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert. • Une aide au placement peut vous être accordée, vous trouverez en annexe au présent projet, une communication à ce sujet."

- 16 - Le 24 octobre 2011, le Dr O._____ a pratiqué une arthroscopie du genou gauche de l'assuré avec résection de la corne antérieure du ménisque interne. Par courrier au médecin-conseil de la CNA du 11 décembre 2011, il a indiqué l'évolution post-opératoire de l'assuré était favorable, mais que son épaule restait douloureuse. Un entretien a eu lieu le 6 janvier 2012 entre un représentant de la CNA et l'assuré. Ce dernier a alors expliqué que l'évolution médicale après l'intervention du 24 octobre 2011 avait d'abord été favorable, mais qu'une douleur importante ainsi qu'une inflammation du genou étaient apparues dès le début de l'année 2012. Dans un rapport du 28 janvier 2012 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr O._____ a exposé que le genou posait encore problème, notamment en

raison d'un kyste liquidien sous le passage externe d'arthroscopie, la douleur générée interférant avec une mobilité complète. L'épaule restait en outre problématique avec une baisse de force. Dans un document similaire du 24 mars 2012, le Dr. O. _____ a fait état d'une situation évoluant lentement, indiquant que le patient avait fait une cure qui avait réduit ses douleurs au genou. Par lettre de son ancien conseil du 11 mai 2012, l'assuré a informé la CNA qu'il avait conclu un contrat de travail à temps partiel, en qualité de barman, pour un salaire mensuel brut de 2'000 fr., le Dr O. _____ ayant estimé que sa capacité de travail était de 50% pour la période du 1er avril au 31 mai 2012. Il a annexé une copie de son contrat de travail et un certificat médical à son courrier. Dans un rapport du 9 juin 2012 à l'intention du médecin- conseil de la CNA, le Dr O. _____ a fait état d'une évolution très peu favorable avec persistance de douleurs nécessitant la prise régulière de Ponstan, avec peu de progrès au genou comme à l'épaule.

- 17 - Par communication du 22 juin 2012, l'OAI a informé l'assuré que dès lors qu'il avait indiqué avoir refusé un poste adapté au [...] le 5 mars 2012 au motif qu'il souhaitait s'associer avec son employeur actuel, l'OAI le considérait comme réadapté à satisfaction. Par deux certificats médicaux des 26 juin et 31 juillet 2012, le Dr O. _____ a exposé que l'assuré présentait un incapacité de travail de 50% du 1er juin au 31 août 2012. Dans un certificat médical du 8 septembre 2012, il a informé le médecin-conseil de la CNA que la situation de l'assuré restait difficile, avec persistance de la douleur à l'épaule droite et au genou gauche ainsi qu'une boiterie et douleur lors du travail et de la mobilisation du bras et de l'épaule droits. Le 16 octobre 2012, le Dr M. _____ a pratiqué une arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré et rendu un rapport subséquent, relevant que cet examen avait révélé une discrète dégénérescence kystique du sous-scapulaire secondaire à une ancienne rupture partielle et une déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur avec un bourrelet postérieur conservé, le tendon du supra-épineux étant de forme normale et de signal conservé. Lors d'un entretien téléphonique du 26 novembre 2012, l'assuré a indiqué qu'il n'avait pas constaté de sensible amélioration de l'évolution médicale et qu'il ressentait en permanence des douleurs au genou gauche et à l'épaule droite. Le 8 janvier 2013, le Dr P. _____, chirurgien orthopédiste et médecin-conseil de la CNA, a examiné l'assuré et a rendu un rapport du même jour, dans lequel il a fait l'appréciation suivante : "Cet assuré, âgé de 43 ans et de profession mécanicien moto, a déclaré un événement traumatique le 22.8.2008. Cet accident s'est soldé par une lésion de l'épaule D, une lésion du genou G et un syndrome douloureux cervical. Dans les suites évolutives, une intervention chirurgicale a été réalisée au niveau de l'épaule D. Il a été pratiqué une résection acromio-claviculaire le 2 février 2009. Les suites opératoires de cette épaule ont été évaluées à la SUVA par un

- 18 - examen médical final le 18.6.2010, avec détermination de l'exigibilité et octroi d'une IPAI. Subjectivement, l'assuré évoque une gêne fonctionnelle au niveau de son épaule D, avec des douleurs associées au niveau de son genou G. Objectivement, en ce qui concerne l'épaule, on constate une limitation fonctionnelle modérée. Au niveau des genoux, le résultat postopératoire est satisfaisant avec une mobilité satisfaisante et peu de gêne fonctionnelle. Sur le plan thérapeutique, un 2ème avis a été demandé à l'Hôpital [...] et il sera vu à ce sujet par le Dr B. _____ la semaine prochaine. En accord avec l'assuré, un courrier sera adressé au Dr B. _____ afin d'obtenir une copie du rapport de consultation. Sur le plan de la capacité de travail, en ce qui concerne le genou G, l'exigibilité proposée par le Dr X. _____ lors de son examen du 18.6.2012 est toujours d'actualité et pourrait être mise en valeur à la date de ce jour. En ce qui concerne l'épaule D, nous attendons l'avis

du Dr B._____. Dès la réception de l'avis du Dr B._____ nous pourrions alors nous prononcer sur la capacité de travail actuelle." Par lettre du 4 février 2013, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé chez l'assuré les diagnostics de status post suture de coiffe arthroscopique en 2008, de tendinopathie du sus-épineux avec probable rupture de la face bursale et de probable rupture du sub scapulaire haut. Il a relevé la persistance de douleurs en abduction et en élévation antérieure active depuis l'intervention de 2008 et a exposé qu'un débridement et une "réinsertion du sus-épineux et +/- scapulaire avec décompression sous acromiale par voie ouverte" étaient prévus. Il ressort d'une lettre de sortie des [...] du 13 février 2013, signée par les Drs R._____, Q._____ et par le Prof. S._____, que l'assuré avait été hospitalisé le 5 février 2013 en raison de douleur chronique de l'épaule droite, le diagnostic principal étant un conflit sous-acromial et de tendinopathie SE. Il avait subi une acromioplastie et un "débridement/réinsertion SE" le 5 février 2013, les suites opératoires étant favorables avec une plaie calme et propre. Au vu de la bonne évolution clinique, l'assuré avait été autorisé à rentrer à son domicile le 8 février 2013.

- 19 - Le 3 avril 2014, le Dr P._____ a établi une nouvelle appréciation médicale se rapportant aux derniers éléments médicaux concernant l'assuré, relevant en particulier ce qui suit : "L'intervention chirurgicale pratiquée par le Dr B._____ le 5.02.2013 à titre d'exploration met en évidence une zone de ramollissement du muscle supra-épineux. Ce ramollissement ne peut pas être considéré comme étant d'étiologie traumatique mais de type dégénératif dans le contexte de l'arthropathie acromio claviculaire déjà décrite. Par ailleurs, le Dr B._____ décrit bien dans son rapport qu'il s'agit d'un conflit sous-acromial avec tendinopathie du supra-épineux. Le résultat de l'intervention pratiquée aux [...] le 5 février 2013 confirme clairement que les lésions au niveau de l'épaule droite sont d'étiologie dégénérative (ramollissement d'un tendon et non pas rupture). Cette intervention ayant comme but de traiter une pathologie dégénérative, je propose la clôture du dossier pour l'épaule droite. Au vu des éléments disponibles, nous pouvons rappeler que l'exigibilité proposée par le Dr X._____ lors de son examen médical du 18.06.2010 est toujours d'actualité. L'atteinte à l'intégrité avait été analysée dans le même examen, il n'y a pas lieu de la modifier. Rappelons que Z._____ a été reclassé par l'assurance invalidité en qualité de chauffeur de car et qu'il avait par ailleurs déjà réalisé une activité professionnelle en tant que directeur responsable d'un restaurant, avant la chirurgie du mois de février 2013." Par décision du 19 juillet 2013, la CNA a accepté de verser de pleines indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 31 juillet 2013. Dès le 1er août 2013, elle le considérait comme pleinement apte au travail, mais continuerait à assumer des consultations médicales occasionnelles à raison de trois à quatre par année, ainsi que les coûts de médicaments appropriés de type antalgique. Elle a par ailleurs refusé de prendre en charge les coûts de l'opération de l'épaule droite de l'assuré du 5 février 2013, au motif que les lésions concernées étaient d'origine dégénérative. Le 18 juillet 2013, les Drs D._____ et N._____, respectivement spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin au département de chirurgie des [...], ont reçu l'assuré en consultation. Le 22 juillet 2013, ils ont adressé au Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

- 20 - l'appareil locomoteur, un rapport l'informant de la situation de l'assuré en vue de sa prise en charge. Ils y ont relevé que l'intéressé avait subi un accident en 2008 qui avait entraîné une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche – prise

en charge par arthroscopie en 2011 – et une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite prise en charge par le Dr B._____. L'assuré présentait toujours des douleurs sur le versant interne du genou gauche qui le gênaient lors des activités sportives et de la montée et descente des escaliers. La prise de Dafalgan était quotidienne. Il avait bénéficié de dix-huit séances de physiothérapie sans amélioration notable des douleurs. A l'examen clinique, le membre inférieur gauche était normo-axé, le genou sec, les amplitudes articulaires complètes. La palpation de l'interlien articulaire interne était douloureuse, avec un Mc Murray positif. Il n'y avait pas de laxité. Une IRM pratiquée au mois de mars 2013 mettait en évidence une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. L'image était similaire à l'IRM de 2011. Le 13 septembre 2013 l'assuré, désormais assisté par l'avocat Thierry Ulmann, s'est opposé à la décision de la CNA du 19 juillet 2013, concluant sur le fond à son annulation et à la prise en charge des coûts de l'opération du 5 février 2013 ainsi qu'à l'octroi de pleines indemnités journalières dès cette date. A l'appui de ses conclusions, il a contesté l'appréciation du Dr P._____, estimant l'opération de l'épaule droite et ses suites en lien avec l'accident du juin 2008. Selon lui, la CNA l'aurait reconnu en prenant en charge l'intégralité des séances de physiothérapie effectuées à la suite de l'opération. Il a en outre déploré que la décision ait été rendue sans qu'il puisse obtenir l'avis du Dr B._____ s'agissant des liens entre l'accident du 28 juin 2008 et l'opération du 5 février 2013. Il a précisé avoir été totalement incapable de travailler depuis le mois de février 2013, puis à mi-temps à compter du 1er août 2013. Par acte du 9 octobre 2013, l'assuré a complété son opposition, confirmant sa position selon laquelle ses lésions à l'épaule droite découlaient de l'accident du 28 juin 2008. Se fondant sur l'existence d'un tel lien de causalité, il a fait valoir que l'incapacité de travail subséquente (100% pour la période du 5 février au 31 juillet 2013, puis

- 21 - 50% à compter du 1er août 2013) lui ouvrait également un droit au versement d'indemnités journalières. Il a précisé devoir en principe recouvrer une pleine capacité de travail au début de l'année 2014, proposant que son dossier soit suspendu jusqu'à la fin du mois de janvier 2014 afin qu'un réexamen de sa situation soit effectué à ce moment. Parmi les pièces jointes à cette écriture, on trouve un rapport établi le 20 septembre 2013 par le Dr F._____, chef de clinique au département de chirurgie des [...], qui a notamment la teneur suivante : "Z._____ a été victime d'un accident de moto en juillet 2008 suite auquel se sont développées des douleurs de l'épaule droite. Initialement pris en charge par le Docteur O._____ qui a effectué une arthroscopie de cette épaule avec débridement en 2009, les douleurs ont persisté, malgré la poursuite d'un traitement conservateur avec des épisodes d'infiltration de cette épaule et de la physiothérapie. Un examen complémentaire par arthro-IRM du 16 janvier 2012 avait mis en évidence une rupture partielle du tendon supra-épineux post traumatique, avec également une discrète atteinte du tendon du muscle sous-scapulaire. Dans ce contexte le Dr B._____ a réopéré Z._____ le 5 février 2013 avec suture du tendon du sus-épineux et décompression sous- acromiale. L'évolution a été globalement favorable, avec maintenant une quasi disparition du tableau douloureux mais nécessitant encore des séances de physiothérapie de rééducation." L'assuré a également produit un certificat médical de ce praticien du 3 octobre 2013 faisant état d'un arrêt de travail à 50% pour l'entier du mois d'octobre 2013. Dans une appréciation médicale du 28 octobre 2013, le Dr P._____ s'est prononcé sur les nouveaux éléments versés au dossier, soutenant qu'ils ne modifiaient pas son avis du 3 avril 2013. Par décision sur opposition du 17 janvier 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et intégralement confirmé sa décision du 19 juillet 2013. B. Le 19 février 2014, Z._____ a interjeté recours contre

cette décision auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève. Sur le fond, il a conclu à la réforme de cette

- 22 - décision en ce sens que la CNA lui verse des indemnités journalières correspondant à une incapacité de travail de 100 % pour la période du 5 février au 31 juillet 2013, de 50% pour la période du 1er août 2014 au 19 janvier 2014 et de 30% du 20 janvier 2014 au jour du recouvrement d'une pleine capacité de travail. A l'appui de ses conclusions, il a exposé que son opération de l'épaule droite du 5 février 2013 s'inscrivait dans la continuité de l'événement du 28 juin 2008 et que la CNA avait pris en charge cette intervention ainsi que les suites de cette dernière, qui avaient entraîné une incapacité de travail totale du 5 février 31 juillet 2013, réduite à 50% dès le 6 août 2013 avec une reprise du travail à mi- temps dès cette date. Selon lui, il présentait ainsi encore une incapacité de travail lorsque la CNA a interrompu le versement de ses indemnités journalières au 1er août 2013. Il a fait grief à l'appréciation du Dr P. _____ d'être lapidaire, faute d'expliquer pourquoi le lien de causalité serait rompu. Ce médecin se serait ainsi contenté de conclure à une pathologie dégénérative, sans expliquer en quoi l'hypothèse d'une rupture partielle traumatique devait être exclue. Il n'aurait par ailleurs pas tenu compte des avis divergents des autres médecins. Pour le recourant, une contre- expertise s'avérait dès lors nécessaire "afin de confirmer que l'intervention chirurgicale du 5 février 2013 était due à une rupture partielle traumatique qui trouve son origine dans l'accident du 28 juin 2008". Il s'est prévalu de l'avis du Dr B. _____ suivant l'arthro-IRM du 16 janvier 2012 ayant mis en évidence une rupture partielle du tendon supra-épineux post-traumatique. Il s'est en outre référé à l'appréciation du Dr C. _____ selon laquelle les douleurs étaient consécutives à l'accident du 28 juin 2008. Il s'est par ailleurs fondé sur l'avis du Dr F. _____, qui a également fait mention d'une rupture partielle traumatique en lien avec l'accident. Il en a déduit que pour ces trois praticiens, les douleurs ayant nécessité l'opération du 5 février 2013 avaient leur origine dans son accident du 28 juin 2008 sans qu'une rupture partielle traumatique soit exclue, de sorte qu'un lien de causalité devait être admis et que la CNA devait poursuivre le versement des indemnités journalières et procéder à leur paiement rétroactif. Dans un autre moyen, le recourant a reproché à la CNA d'avoir seulement procédé au versement partiel des indemnités journalières pour la période du 5 février 2012 au 31 juillet 2013, malgré

- 23 - qu'elle ait admis une incapacité de travail totale pour cette période dans sa décision. Il a précisé que son état n'était pas encore stabilisé et qu'il présentait encore une incapacité de travail de 30% depuis le 20 janvier 2014. Le recourant a ainsi reproché à la CNA d'avoir adopté une position contradictoire dans sa décision, après avoir implicitement reconnu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 28 juin 2008 et l'opération du 5 février 2013 par la prise en charge des factures des [...]. Selon lui, le refus de verser des indemnités journalières au-delà du 31 juillet 2013 relève dès lors de l'abus de droit. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en oeuvre d'une contre-expertise médicale judiciaire et l'ouverture d'enquêtes. A l'appui de son recours, le recourant a produit diverses pièces figurant déjà au dossier ainsi qu'un rapport adressé par le Dr F. _____ à son avocat le 17 février 2014, qui a en particulier la teneur suivante : "A la suite de notre entretien du 10 février 2014, je vous confirme ma suggestion à aller de l'avant, en demandant une contre-expertise, concernant le lien de causalité pour votre épaule droite. En effet, sur la base du déroulement de ces événements à la suite de votre accident de moto le 22 août 2008, et le fait que vous n'avez jamais eu aucune symptomatologie précédent cet accident, une rupture partielle traumatique ne peut être exclue. Une rupture partielle ayant pu s'aggraver sur le

temps est tout à fait plausible, raison pour laquelle, elle n'aurait pas été diagnostiquée que dans un 2ème temps. Dans ce contexte, une contre-expertise me semble tout à fait justifiée." Il a en outre produit un rapport médical du Dr F. _____ du

E. 27

janvier 2014 comprenant les termes suivants : "Contrôle à un an d'une suture du sus-épineux de l'épaule droite. Le patient va mieux, son score subjectif de l'épaule est estimé à 90%, et la douleur est cotée jusqu'à 3/10 lors d'effort. Le patient est actuellement en capacité de travail de 70%, et a repris progressivement le sport. L'examen clinique montre des amplitudes complètes avec une élévation antérieure à 180°, une abduction à 120° avec une manoeuvre de Jobe tenue malgré une force à 4/5, la rotation externe coude au corps est de 80° avec une force à 5/5, la rotation interne arrive à D11 contre D8, avec une force à 5/5 également.

- 24 - Nous discutons ce jour d'une remise en capacité totale de travail dès le mois de février [...]." Répondant le 31 mars 2014 par la plume de l'avocat Didier Elsig, la CNA a conclu au rejet du recours, relevant notamment que le status de l'épaule droite était stabilisé depuis le mois de juin 2010 et qu'aucun élément ne permettait de douter du bien-fondé de l'appréciation des Drs P. _____ et X. _____, qui avait conduit à l'admission d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par réplique du 22 mai 2014, le recourant a maintenu sa position, faisant pour l'essentiel grief à la CNA de ne pas avoir démontré en quoi l'avis du Dr F. _____ du 17 février 2014 n'était pas soutenable, ni expliqué pourquoi elle n'avait pas versé la totalité des indemnités journalières pour la période du 5 février au 31 juillet 2013. Il a ajouté que le Dr J. _____, dans son rapport du 3 juin 2011, avait préconisé que les lésions subies lors de l'accident du 28 juin 2008 soient opérées, ce qui confirmait l'existence d'un lien de causalité entre cet événement et l'intervention du 5 février 2013. Le recourant a précisé que les certificats médicaux et appréciations médicales établis par le Dr O. _____ depuis l'accident attestaient que l'épaule droite ne s'était jamais remise correctement. Par duplique du 24 juin 2014, la CNA a derechef conclu au rejet du recours. C. Par arrêt du 9 septembre 2014, la Chambres des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève s'est déclarée incompétente pour connaître du recours – vu le domicile vaudois de l'assuré lors du dépôt du recours – et a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, qui a reçu le dossier le 23 octobre 2014. E n d r o i t :

- 25 - 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance- accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). La compétence pour en connaître échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Tous les organes de mise en oeuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent (art. 30 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA) Dans le canton de Vaud, la compétence pour connaître des recours échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats lorsque la valeur litigieuse excède 30'000 fr. (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD). b) En l'espèce le recours, qui est recevable en la forme, a été interjeté en temps utile auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de Genève, savoir une autorité incompétente à raison du lieu. Celle-ci a dès lors transmis la cause à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

- 26 - Le recourant conclut au versement d'indemnités journalières pour des périodes passées, mais également à la continuation de ces versements pour une durée indéterminée. Il s'ensuit que la valeur litigieuse du cas d'espèce est susceptible d'être supérieure à 30'000 fr. (pour le calcul cf. art. 92 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par le renvoi de l'art. 109 al. 2 LPA-VD), de sorte que la cause doit être tranchée collégalement. 2. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et aucun jugement sur le fond ne peut être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1). Seuls les aspects de la décision que le recourant critique sont par ailleurs examinés, sous réserve des points non critiqués ayant des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 consid. 2.1 in initio; ATF 125 V 414 consid. 1b cum 2a; ATF 129 V 245 consid. 3.1; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la CNA pour la période postérieure au 31 juillet 2013, singulièrement sur le point de savoir si ses troubles présentés au-delà de cette date sont toujours en lien de causalité avec l'événement accidentel du 28 juin 2008. 3. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce

- 27 - versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA). L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1ère phrase, LPGA). b) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 22 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286

consid. 1b et réf. cit.; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1). 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et réf. cit.).

- 28 - 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; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1 et les références citées). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014 consid. 4.3.2). 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

- 29 - dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. Ainsi le juge accordera une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA aussi longtemps que celui-ci aboutit à des résultats convaincants, que ses conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb cum 3b/ee et réf. cit.; TF 8C_562/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le

médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 et réf. cit.).

- 30 - 4. En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que les coûts de l'intervention qu'il a subie à l'épaule droite le 5 février 2013, ainsi que les suites de celle-ci, doivent être prises en charge par la CNA. Il soutient que son état n'était pas encore stabilisé lors du prononcé de la décision attaquée mettant un terme au versement des indemnités journalières avec effet 31 juillet 2013. Il n'est pas contesté que le recourant a été atteint au niveau de l'épaule droite lors de l'accident du 28 juin 2008. Seules les suites de cette lésion demeurent toutefois litigieuses, le recourant n'alléguant pas que son incapacité de travail au-delà du 31 juillet 2013 est imputable à une atteinte du genou gauche. A la suite de l'événement accidentel, le Dr L._____ a effectué une première IRM de l'épaule droite le 7 juillet 2008, concluant à un status après contusion de l'articulation acromio-claviculaire sans déchirure de la coiffe des rotateurs ni de lésion musculaire. Après avoir pratiqué une arthro-IRM sur cette épaule le 13 novembre 2008, le Dr M._____ a également exclu une déchirure de la coiffe des rotateurs. Il a en outre constaté qu'il n'y avait pas de déchirure des bourrelets glénoïdiens, mais un pincement de l'espace articulaire acromio-claviculaire avec encoches corticales des surfaces articulaires et des oedèmes intraspongieux dans le cadre d'une ostéoarthrite pouvant être secondaire à un status post-traumatique. Devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'assuré a subi le 30 janvier 2009 une arthroscopie de l'épaule droite et une résection acromio-claviculaire de cette épaule. La CNA a pris en charge cette opération. Le 2 mai 2009, le Dr O._____ a mentionné une amplitude articulaire bonne, mais a précisé qu'aucun travail demandant de la force n'était possible à ce stade. Au 8 juillet 2009, l'assuré estimait avoir récupéré 60% de la mobilité de son épaule droite, mais demeurait limité en force et présentait

- 31 - encore une incapacité de travail totale. Le 22 août 2009, le Dr O._____ a constaté la persistance de douleurs quand le bras de l'assuré se trouvait au-dessus du niveau de l'épaule et quand l'intéressé devait exercer une activité nécessitant de la force. Lors d'un examen du 23 novembre 2009, le Dr X._____ a rappelé que l'évolution initiale suivant l'accident du

E. 28

juin 2008 avait été dominée par les troubles à l'épaule droite, l'assuré signalant toujours des douleurs à caractère mécanique à ce niveau. Pour ce praticien, les troubles douloureux résiduels relevaient toujours, à la date de son examen, de la poursuite des mesures conservatrices (AINS, éventuellement infiltration de l'épaule droite). Par ailleurs, la

situation ne serait vraisemblablement pas entièrement stabilisée avant un délai de douze à quinze mois à compter de la cure de chirurgie de l'épaule, savoir entre la fin du mois de janvier et celle du mois d'avril 2010. Le Dr X. _____ a estimé que la capacité de travail médico-théorique de l'assuré serait de 50% dès le 1er décembre 2009 dans l'activité exercée avant l'accident, et de 100% dans une activité adaptée (sans port de charges lourdes, de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale ni marche en terrain irrégulier). Le Dr O. _____ a toutefois fait état d'une persistance des douleurs de l'épaule droite dans un certificat médical du 22 décembre 2009 et ses rapports des 7 février, 6 et 26 mars 2010. A la suite d'un nouvel examen du 18 juin 2010, le Dr X. _____ a constaté, dans un rapport du 22 juin 2010, que les radiographies de l'épaule droite effectuées le 4 juin 2010 ne démontraient pas d'altération gléno-humérale ni de diminution de l'espace sous-acromial, mais un léger élargissement de l'articulation acromio-claviculaire. Faisant état d'une récupération tout à fait satisfaisante de la fonction de l'épaule, il a cependant observé que l'évolution depuis l'arthroscopie avec résection acromioclaviculaire de l'épaule droite du 30 janvier 2009 avait été marquée par la persistance de douleurs. A l'examen, la palpation de la région sous-acromiale antérieure et latérale et de l'acromio-claviculaire était donnée comme douloureuse, de même que l'élévation du bras droit au-delà de 30°. Il y avait une légère perte de la rotation interne mesurée à

- 32 - la distance pouce-C7, le déficit d'abduction active ne dépassant pas 10° par rapport au côté gauche. Le Dr X. _____ a également noté une diminution d'environ 0.5 cm du périmètre du bras droit. Hormis l'élargissement après résection acromio-claviculaire, les radiographies de juin 2010 de l'épaule droite ne révélaient pas d'atteinte osseuse ou articulaire particulière. Pour ce praticien, il n'y avait pas de mesure susceptible d'amener une amélioration notable des troubles résiduels de l'épaule droite de l'assuré, qui relevaient principalement de mesures ponctuelles d'antalgie et d'un suivi médical espacé. Il était toujours d'avis que l'assuré pouvait mettre en valeur une pleine capacité de travail dans toute activité n'exigeant pas le port de charges supérieur à 10 kg, les sollicitations répétées du bras au-dessus de l'horizontale, ou la marche prolongée en terrain irrégulier. Le 14 décembre 2010, le Dr M. _____ a effectué une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré, qui a révélé un aspect irrégulier du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur traduisant une dégénérescence secondaire à une déchirure, sans lésion de la coiffe des rotateurs, avec un tendon du long chef du biceps de signal homogène et normalement inséré. A cet égard, le Dr O. _____ a relevé que la situation de l'épaule droite s'était modifiée au mois de novembre 2010 avec une douleur soudaine, sans récupération depuis l'été-automne 2010, observant que l'arthro-IRM du mois de décembre 2010 attestait d'une lésion des structures stabilisatrices antérieures de l'épaule. Il a alors proposé une arthroscopie diagnostique et évoqué une probable réparation capsulo-ligamentaire (« Bankart »). Le 28 février 2011, le Dr X. _____ a toutefois relevé que l'accident du mois de juin 2008 avait essentiellement entraîné une atteinte acromioclaviculaire, sans lésion de la coiffe des rotateurs, ni atteinte du bourrelet glénoïdien, ni de la sangle capsulo-ligamentaire antérieure comme le démontrait l'arthro-IRM de l'épaule droite du 13 novembre 2008. Les radiographies de l'épaule droite pratiquées au mois de juin 2010 ne montraient d'ailleurs aucun signe direct ou indirect d'atteinte gléno-humérale. Dans ces conditions, il était d'avis qu'une certaine prudence s'imposait avant de procéder à un geste chirurgical tel que celui proposé par le Dr O. _____, estimant qu'une réparation capsulo-ligamentaire de

- 33 - type Bankart paraissait discutable en l'absence d'une atteinte avérée du bourrelet ou de la sangle antérieure. Le Dr X. _____ a dès lors suggéré de demander un avis thérapeutique universitaire. C'est dans ce contexte le Dr J. _____ s'est prononcé le 3 juin 2011. Comme les autres médecins précités, il a relevé que l'assuré continuait à présenter une gêne sous forme d'arc douloureux. Il a en outre constaté des douleurs à la palpation de l'articulation acromioclaviculaire, avec des amplitudes articulaires légèrement diminuées à droite, sans signe de lésion de la coiffe des rotateurs, ni signe d'instabilité. Le Dr J. _____ a indiqué que l'on retrouvait sur plusieurs incidences de radiographie de l'épaule de face de possibles séquelles de fracture du corps de l'omoplate, sans que l'on retrouve une transcription radiologique sur l'IRM. De son avis, un scanner pourrait donner plus d'information sur une éventuelle fracture. Ce spécialiste a relevé que le labrum antéro-inférieur de l'assuré était légèrement émoussé, ce qui avait déjà été noté sur la première arthroscopie. Il n'y avait toutefois pas d'argument franc en faveur d'une instabilité, la coiffe des rotateurs étant indemne et aucun œdème claviculaire ou acromial ne pouvant signer un conflit persistant. Pour lui, la pathologie de l'épaule droite n'avait cependant pas été complètement cernée à ce jour, de sorte qu'il a proposé à l'assuré une infiltration guidée acromio-claviculaire afin d'infirmier les douleurs résiduelles à ce niveau, l'examen clinique tendant à démontrer une pathologie acromio-claviculaire persistante. A la suite de cette appréciation du Dr J. _____, le Dr O. _____ a encore fait état d'une épaule droite qui restait douloureuse à plusieurs reprises le 11 décembre 2011 puis les 28 janvier, 9 juin et 8 septembre 2012. Dans le cadre d'une nouvelle arthro-IRM de l'épaule droite de l'assuré effectuée le 16 octobre 2012, le Dr M. _____ a constaté une discrète dégénérescence kystique du sous-scapulaire secondaire à une ancienne rupture partielle et une déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur avec un bourrelet postérieur conservé, relevant

- 34 - que le tendon du supra-épineux était de forme normale et de signal conservé. L'assuré a ensuite été examiné le 8 janvier 2013 par le Dr P. _____. Ce dernier a constaté, s'agissant de l'épaule droite, une limitation fonctionnelle modérée, précisant que l'assuré allait être vu pour un deuxième avis par le Dr B. _____. Le Dr P. _____ a exposé attendre l'avis de ce spécialiste pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré à ce moment. Le 5 février 2013, le Dr B. _____ a pratiqué une acromioplastie et un débridement/réinsertion du supra-épineux sur l'assuré. Trois médecins ont signé la lettre de sortie du 13 février 2013, posant le diagnostic principal de conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux. Dans une nouvelle appréciation médicale du 3 avril 2013, le Dr P. _____ a relevé que l'intervention pratiquée le 5 février 2013 avait mis en évidence une zone de ramollissement du muscle supra-épineux. Selon lui, ce type de ramollissement ne pouvait pas être considéré comme étant d'étiologie traumatique mais de type dégénératif dans le contexte de l'arthropathie acromio-claviculaire déjà décrite, s'agissant d'un ramollissement du tendon et non pas d'une rupture. Le Dr P. _____ estimant que l'intervention du 5 février 2013 avait pour but de traiter une pathologie dégénérative et que l'exigibilité arrêtée le 18 juin 2010 était toujours d'actualité, il a proposé la clôture du dossier pour l'épaule droite. Dans un avis du 20 septembre 2013, qu'il a confirmé le 17 février 2014, le Dr F. _____ a relevé que l'arthro-IRM du 16 octobre 2012 avait mis en évidence une rupture partielle du tendon sus-épineux post-traumatique, avec également une discrète atteinte du tendon du muscle sous-scapulaire et que c'était dans ce contexte que l'assuré avait été opéré le 5 février 2013. Il ressort des avis qui précèdent que les appréciations médicales divergent quant à l'origine des troubles du recourant et

l'existence d'un lien de causalité les rattachant à l'accident du 28 juin

- 35 - 2008. Si l'existence de douleurs au niveau de l'épaule droite est reconnue à l'unanimité, aucune des appréciations médicales recueillies ne permet d'en déterminer clairement le substrat organique. Tous les médecins confirment certes que le recourant n'a pas présenté de rupture de la coiffe des rotateurs à la suite de l'événement accidentel du 28 juin 2008, ce qui est dès lors établi. Le Dr M. _____ a toutefois constaté, après la première arthro-IRM du 13 novembre 2008, l'absence de déchirure des bourrelets glénoïdiens puis, à la suite de l'arthro-IRM du 14 décembre 2010, un aspect irrégulier du bourrelet glénoïdien antéro-inférieur traduisant une dégénérescence secondaire à une déchirure. Après avoir pratiqué une troisième arthro-IRM le 16 octobre 2012, il a mentionné une discrète dégénérescence kystique du sous-scapulaire secondaire à une ancienne rupture partielle, une déchirure partielle du bourrelet glénoïdien antéroinférieur avec un bourrelet postérieur conservé, relevant que le tendon du supra-épineux était de forme normale et de signal conservé. De son côté, le Dr X. _____ a estimé que les radiographies de l'épaule droite du mois de juin 2010 ne démontraient pas d'altération glénohumérale, ni de diminution de l'espace sous-acromial, mais un léger élargissement de l'articulation acromio-claviculaire (appréciation du 18 juin 2010). Il a confirmé cette appréciation le 28 février 2011, se référant à l'arthro-IRM du 13 novembre 2008, sans intégrer la teneur des arthro-IRM postérieures du Dr M. _____. Quant au Dr J. _____, il a constaté de possibles séquelles de fracture du corps de l'omoplate, avec un labrum antéro- inférieur légèrement émoussé et a estimé que la pathologie de l'épaule n'avait pas été complètement cernée à ce jour. Le Dr P. _____ a pour sa part dans un premier temps réservé son avis dans l'attente de l'appréciation du Dr B. _____ (cf. examen du 8 janvier 2013), pour finalement exclure le caractère post-traumatique du conflit sous-acromial et de la tendinopathie du supra-épineux diagnostiqués par les Drs D. _____ et N. _____, motif pris que l'intervention du 5 février 2013 avait mis en évidence une zone de ramollissement du muscle du supra-épineux, ce type de ramollissement étant de nature dégénérative et non post-traumatique (appréciation du 3 avril 2013). Le Dr P. _____ n'a toutefois pas motivé son appréciation, sinon en affirmant, sans autre explication, que la lésion mise en évidence était de nature dégénérative. Il

- 36 - y a ainsi lieu d'émettre des réserves quant à la force probante de l'opinion exprimée par ce médecin, qui est très sommaire. Ces différents avis émanant de spécialistes, sans que l'un puisse être considéré comme étant mieux motivé que l'autre, rien ne permet en l'état de les départager. Compte tenu de ces données médicales contradictoires relatives à l'état de santé du recourant, on ne saurait suivre – sans autres mesures d'instruction – l'appréciation de l'intimée selon laquelle le status au niveau de l'épaule est stabilisé. A l'aune de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, les avis médicaux recueillis ne permettent pas de se déterminer clairement quant à la nature, l'étiologie et l'impact des atteintes dont souffre le recourant au niveau de son épaule droite. A défaut de disposer des éléments nécessaires à l'examen du droit aux prestations litigieuses, la Cour de céans n'est donc pas en mesure de trancher la présente affaire à satisfaction de droit. 5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand

un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration est en principe

- 37 - possible lorsqu'il faut trancher une question n'ayant jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète en ce qui concerne les séquelles de l'accident du 28 juin 2008. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise orthopédique au sens de l'art. 44 LPGA, puis de statuer à nouveau sur le droit aux prestations. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par le recourant. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises. 6. a) En conclusion, le recours doit être admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD). Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), savoir à une participation aux honoraires et débours indispensables de son conseil (art. 7 al. 2 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des

- 38 - assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2). En l'espèce, au regard de l'importance et de la complexité du litige, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 7 al. 3 TFJAS).

- 39 -