

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 novembre 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Merz
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

P._____, à Lausanne, recourant, représenté par l'avocat Matthieu Genillod, à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____, né le 23 décembre 1950, chauffeur poids-lourds est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 20 juin 2001, l'assuré a été victime d'un accident de camion au cours duquel il a subi un traumatisme crânio-cérébral.

Dans un rapport médical intermédiaire du 31 juillet 2001 destiné à la CNA, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué une probable crise épileptique suite à un traumatisme crânio-cérébral le 20 juin 2001 et un "vertige paroxystique positionnel bénin d'origine traumatique"; ce médecin a constaté une bonne amélioration de l'état général de l'assuré, qui souffrait encore de vertiges occasionnels améliorés par une physiothérapie vestibulaire, et une réaction anxio-dépressive pour laquelle il prescrivait un comprimé par jour de Demetrin 20.

A ce rapport était jointe une lettre du Dr T._____, spécialiste FMH en neurologie, du 12 juillet 2001, posant le même diagnostic et précisant que le traumatisme crânio-cérébral du 20 juin 2001 avait probablement déclenché une crise d'épilepsie (avec risque de récurrence impliquant une reconversion professionnelle) et que l'évolution des vertiges paroxystiques positionnels bénins était favorable dans la majorité des cas. Dans l'anamnèse, on peut lire : "Ce chauffeur poids lourds conduisait un camion à béton sur un chantier le 20 juin 2001. Le camion s'est renversé sur le côté. Le patient a perdu connaissance. Il a repris conscience lorsqu'on le retirait du camion. Il a reperdu conscience dans l'ambulance. A son arrivée à l'hôpital d'Yverdon, il aurait fait une crise épileptique. Le patient avait une plaie du cuir chevelu qui a été suturée. Le CT scan cérébral est décrit comme normal. Le patient est sorti de l'hôpital le 22 juin. Le patient se plaint actuellement surtout de vertiges récidivants, de courte durée, apparaissant lors de changement de position".

Dans le rapport établi le 28 août 2001 par un enquêteur de la CNA, à la suite d'un entretien du 21 août 2001 au domicile de l'assuré, on peut lire notamment ce qui suit :

"Etat des faits :

Le 20 juin 2001, il arrivait avec son camion de béton sur le chantier de l'autoroute à Onnens. La pluie avait rendu le terrain très glissant et mouvant. Le camion s'est renversé du côté du conducteur. Le choc sur la tête a entraîné une plaie derrière le crâne ainsi qu'une perte de connaissance. M. P. _____ ne s'est réveillé qu'en arrivant à l'hôpital après un transport en ambulance. Mis à part des courbatures, il n'a pas souffert d'autres blessures.

Cours de la guérison :

La dernière consultation chez le Dr K. _____ a eu lieu il y a 10 jours. Ce médecin a prolongé l'incapacité de travail jusqu'à la fin août 2001. L'assuré ne ressent plus de séquelles physiques mis à part quelques étourdissements en tournant la tête. Il a repris le vélo de course depuis quelques semaines. Il ne prend plus de médicaments depuis plusieurs semaines mis à part du Démétrin que le Dr K. _____ lui a prescrit pour lui remonter le moral.

(...)

Réadaptation :

M. P. _____ espérait vraiment avoir trouvé sa voie dans la conduite de camions de béton. Un retour à la conduite n'est pas possible. En effet, le neurologue T. _____ lui a dit que des crises d'épilepsie pouvaient survenir en tous temps durant encore ces 2 ou 3 prochaines années. L'assuré ne veut donc prendre aucun risque. (...)

Conclusions :

M. P. _____ ne veut pas être considéré comme un chômeur "normal" puisque c'est à cause de son accident qu'il doit abandonner son activité. Il est néanmoins d'accord sur le principe qu'il est capable de travailler dans de nombreuses autres activités avec un salaire probablement au moins aussi élevé et qu'il lui appartient donc de mettre en valeur cette capacité soit avec l'aide de l'ORP ou éventuellement de l'AI. (...)"

B. Le 29 novembre 2001, alors qu'il était toujours en incapacité de travail, P. _____ a été victime d'un nouvel accident. Le rapport de police du 3 décembre 2001 décrit l'événement comme il suit :

"M. P. _____, au guidon de son cycle, roulait de Pully vers Vevey, bien à droite, à une allure d'environ 40 km/h, selon lui. Peu avant d'arriver sous le pont qui enjambe l'artère en question, il remarqua une Opel arrêtée au "Stop", à droite. Son conducteur (...), inattentif, remarqua tardivement le cycle et stoppa son automobile qui empiétait sur la route principale. M. P. _____ dévia à gauche, freina énergiquement, afin d'éviter cette machine, et chuta lourdement sur la chaussée, sans heurter ce véhicule."

Victime d'une fracture des deux condyles au niveau du col (mandibules), ainsi que du coude droit (fracture de la tête radiale), et déplorant le bris des prothèses dentaires totales supérieure et inférieure qu'il portait, l'intéressé a immédiatement été transporté au CHUV pour y recevoir les premiers soins, avant d'être transféré à la Clinique [...] pour la suite du traitement.

Dans un rapport du 11 avril 2002, le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement CNA, après un examen détaillé des antécédents (en particulier du rapport du 31 juillet 2001 du Dr K. _____) a constaté que des troubles douloureux temporo-mandibulaires ainsi qu'une limitation fonctionnelle modérée du coude, en progrès, subsistaient, et que le décours de la guérison se faisait normalement, avec une capacité de travail alors nulle.

Dans un rapport établi après un examen neuropsychologique des 9 et 22 juillet 2002, la Prof. N. _____ et la psychologue stagiaire [...], de la Division Autonome de Neuropsychologie du CHUV, ont exposé notamment ce qui suit :

"Plaintes spontanées : Difficultés mnésiques, irritabilité accrue
Plaintes sur questions : Fatigabilité, humeur triste, perte du goût et de l'odorat. Un questionnaire des symptômes post-traumatiques a mis en évidence des problèmes que le patient estime graves dans le domaine de la sensibilité au bruit, de l'irritabilité, de la frustration, des oublis, d'une mauvaise mémoire et d'une certaine lenteur pour réfléchir. Des problèmes modérés ont été signalés dans le domaine des troubles du sommeil, de la fatigue, d'un état dépressif, d'une mauvaise concentration et de nervosité; ces difficultés sont estimées problématiques à la suite de l'accident de camion. (...)

(...)

Conclusions : L'évaluation de ce patient orienté, collaborant, nosognosique, ni fatigable, ni ralenti, présentant un discours digressif, logorrhéique avec quelques réponses à côté, met en évidence, au premier plan, des temps de réaction simples et en condition d'attention divisée, ralentis. Le reste des fonctions cognitives testées (langage, praxies, gnosies visuelles, mémoire à court terme et antérograde en modalités verbale et visuo-spatiale, fonctions exécutives) se situe dans les limites de la norme."

Dans un rapport médical intermédiaire du 29 août 2003, le Dr C._____, chirurgien orthopédique, a indiqué à la CNA qu'aucun traitement n'était plus en cours et qu'une reprise du travail à 100% depuis le 1^{er} septembre 2003 était possible, en exposant :

"1. Diagnostic

- Status après fracture de la tête radiale du coude droit.
- Status après fracture de la trochlée cubitale du coude droit.
- Epitrochléite post-traumatique.

2. Evolution a) Evolution et état actuel (subjectif et objectif)
:

L'évolution post-opératoire a été favorable puisque les douleurs ont rapidement disparu. Malheureusement, le patient a fait un rejet de fils, ce qui a nécessité une reprise ambulatoire pour drainage et ablation des fils le 17.07.2003. Les suites de cette seconde intervention ont été simples. Actuellement, le patient n'a plus de douleur et mobilise très bien son coude."

Selon l'examen médical final du 17 septembre 2003 effectué par le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA, l'état du coude de P._____ a évolué favorablement. Les douleurs avaient diminué et le patient avait récupéré sa mobilité à l'exception d'un léger déficit d'extension. Au niveau de la triple fracture du maxillaire inférieur, le médecin a décrit l'existence de séquelles, notamment un défaut d'articulation, quelques douleurs au niveau des condyles et dans la partie médiane à gauche, soit des troubles qui avaient contraint l'assuré à cesser de jouer du saxophone. Pour le surplus et sous la rubrique "appréciation du cas", les indications suivantes ont été données :

"ANTECEDENTS SELON LES ELEMENTS DU DOSSIER :

(...)

Monsieur P. _____ a été vu par le Dr J. _____ à l'agence le 11.04.02 et son rapport résume parfaitement bien toute la situation jusqu'à cette date, de même que son appréciation.

La capacité de travail était nulle, le traitement continuait et il était prévu d'organiser un bilan neuropsychologique au CHUV pour un bilan des séquelles de l'accident du 20.06.01.

Depuis, divers rapports notamment du Dr K. _____, nous signalent une évolution difficile, avec une perte de concentration et des troubles psychiques mal définis. (...)

APPRECIATION DU CAS :

Cet assuré, ancien chauffeur de poids-lourds, a donc eu deux accidents, le premier le 2.06.01 (n° acc. 7.13951.01.3) qui a entraîné un traumatisme crânio-cérébral.

Le deuxième accident qui est survenu en tant que cycliste, renversé par une voiture, est survenu le 29.11.01 (n° acc. 7.14699.01.6). C'est pour les suites de ce dernier accident que nous examinons l'assuré ce jour à l'agence (fractures du coude droit et du maxillaire inférieur).

Il est à noter cependant que le recyclage professionnel en cours par l'assurance-invalidité est dû aux séquelles du premier accident, du traumatisme crânio-cérébral et non à la fracture du coude droit.

En ce qui concerne le coude droit, on peut considérer actuellement qu'il est guéri pratiquement sans séquelles, avec une fonction proche de la norme pour laquelle il n'y a pas lieu d'envisager une indemnisation pour l'atteinte à l'intégrité. Comme il est mentionné dans le dossier, pour les suites de l'accident du coude droit, la capacité de travail serait dès maintenant totale dans son ancien métier de chauffeur de poids-lourds.

Comme l'assuré est vu aujourd'hui, il me semble logique d'admettre une pleine capacité comme chauffeur de poids lourds à partir du 17 septembre, et de considérer le traitement comme terminé à la fin de la dernière séance de physiothérapie qui aura lieu encore cette semaine, pour les suites de l'accident du 29.11.01.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité physique en ce qui concerne le coude droit.

En ce qui concerne le maxillaire inférieur, par contre, il semble persister un défaut d'articulé dentaire ayant nécessité un

appareillage dentaire qui pourrait éventuellement justifier une indemnité pour atteinte à l'intégrité."

A l'issue d'un examen neuropsychologique du 15 décembre 2003, la Prof. N._____ et un psychologue stagiaire ont exposé notamment :

"Plaintes spontanées : Fatigabilité, difficulté à gérer le stress, vue abaissée, peu de changements depuis la dernière évaluation.

Plaintes sur questions : Au questionnaire des symptômes post-traumatiques de Rivermead les domaines suivants posent des problèmes jugés modérés à graves par rapport à avant l'accident: maux de tête lors de travail intellectuel intense, sensibilité accrue au bruit, irritabilité, impatience, agitation, labilité émotionnelle, difficultés mnésiques, mauvaise concentration, ralentissement psychomoteur.

(...)

Conclusions : En regard de la dernière évaluation de juillet 2002, nous retenons, chez ce patient légèrement logorrhéique, un examen superposable avec la persistance d'importants troubles attentionnels (temps de réaction, attention divisée). Le reste des fonctions cognitives testées (langage, mémoire, fonctions exécutives) sont toujours dans les limites de la norme. A noter que le patient se plaint également d'une importante fatigabilité et de difficultés dans la gestion du stress."

Il ressort d'un certificat médical établi le 5 mars 2004 par le CHUV, division de chirurgie maxilo-faciale (Dr L._____, chef de clinique à la division de chirurgie maxillo-faciale), que l'intéressé pourrait, à terme, développer une arthrose des deux articulations temporo-mandibulaires.

Dans un avis médical du 22 mars 2004, le Dr Z._____, à Lausanne, médecin-dentiste traitant de P._____, a indiqué qu'au moment du rapport, le patient présentait de grandes difficultés lors de la mastication, car il n'avait plus d'articulations temporo-mandibulaires. Pour le surplus, il a précisé ce qui suit :

(...) la mastication génère chez Monsieur P._____ des douleurs aiguës du côté droit. Ces symptômes sont amplifiés depuis une année. Cette constatation n'augure rien de bon quant à l'évolution naturelle de son handicap. Des risques d'arthroses sont majeurs à moyen terme (5-10 ans). (...).

[...] devra, pour le restant de sa vie s'accommoder de cette situation sans aucun espoir d'amélioration. Des réadaptations des prothèses existantes, voire la confection de nouvelles prothèses, risquent de s'avérer indispensables dans le futur (...).

Dans un rapport du 1^{er} juin 2004 adressé au Dr K._____, le Dr F._____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que son bilan n'apportait pas la preuve d'une atteinte neurologique significative secondaire aux événements accidents au niveau du membre supérieur droit, en dehors d'une possible petite atteinte de branches sensitives superficielles innervant la face interne du coude; en particulier, il n'y avait pas d'atteinte significative du nerf cubital. Ce médecin n'a pas eu l'impression d'une limitation significative de la mobilité du coude, en notant quelques éléments évoquant une épitrochléite qui pourrait jouer un rôle dans les plaintes du patient, notamment les douleurs à l'appui du coude et l'impression de manque de force du membre supérieur droit. Pour les troubles sensitifs au niveau de la cuisse droite, ce médecin a rapporté qu'aux dires mêmes du patient, l'atteinte du nerf fémoro-cutané paraissait indépendante des événements accidentels. Enfin, le Dr F._____ a relevé que l'anamnèse et son bilan ne permettaient pas d'objectiver d'éventuelles séquelles significatives du TCC.

A l'issue d'un examen neuropsychologique du 12 avril 2005, la Prof. N._____, un psychologue associé et un psychologue stagiaire, ont écrit :

"Conclusions : Apparition de troubles mnésiques antérogrades en modalité verbale et d'un léger fléchissement exécutif en lien probable avec l'émergence d'une symptomatologie de type anxio-dépressif, persistance des troubles attentionnels et des plaintes de type post-traumatiques."

Dans un rapport du 4 mai 2005 adressé à la CNA, le Dr F._____ a repris les conclusions de son rapport du 1^{er} juin 2004 pour le membre supérieur droit, en mettant en évidence une possible discrète hyposmie pouvant être d'origine post-traumatique, en répétant qu'il n'y avait pas d'autre atteinte significative du système nerveux, notamment pas d'autres éléments en direction d'une atteinte du système nerveux central liée aux TCC et en relevant enfin, s'agissant de l'hypoesthésie tactile et douloureuse à la face externe de la cuisse droite, qu'il s'agit vraisemblablement d'une atteinte au nerf fémoro-cutané latéral au niveau de l'arcade crurale sans relation avec les événements accidentels.

Dans un rapport médical du 31 octobre 2005 adressé à la CNA, le Dr V._____, à Montreux, nouveau médecin dentiste traitant de l'intéressé, a indiqué qu'on se trouvait en présence d'une arthrose post-traumatique irrémédiable sans possibilité d'amélioration. Aux dires de ce médecin, l'assuré souffrira de séquelles jusqu'à la fin de ses jours et le seul moyen de remédier à l'inconfort du patient est de lui proposer de nouvelles prothèses complètes réalisées l'une et l'autre sur des implants.

Dans un rapport d'examen médical final du 3 novembre 2005, le Dr J._____, médecin d'arrondissement CNA, a relevé dans l'examen des antécédents notamment : "Un examen neuropsychologique du 9 et du 22 juillet 2002 met en évidence quelques troubles intentionnels, le reste des fonctions cognitives testées s'avérant dans les limites de la norme". Le Dr J._____ s'est fondé sur le bilan établi par le Dr F._____ et par les services de la Prof. N._____ pour exposer qu'il "subsiste de l'accident du 20 juin 2001 une légère perte de l'odorat ainsi que sur le plan neuropsychologique quelques troubles attentionnels et quelques plaintes de type post traumatique". Il a considéré que les séquelles de l'accident du 20 juin 2001 étaient stabilisées et qu'en ce qui concerne l'accident du 29 novembre 2001, les traitements pour la fracture du coude étaient terminés. Il a constaté que la fonction du coude était bien rétablie, avec un minime déficit d'amplitude articulaire et une discrète hypoesthésie au pourtour de la cicatrice opératoire; il n'y avait plus de traitement à prévoir, sans exclure une évolution arthrosique à long terme. Il a observé que des

traitements étaient encore prévus pour les séquelles de la fracture de la mâchoire, une intervention ayant été proposée par le chirurgien maxillo-facial. Ce médecin a remarqué que l'assuré avait subi un nouvel accident deux semaines auparavant, entraînant une déchirure partielle du jumeau interne traitée conservativement, sans qu'une opération soit à son avis nécessaire.

Dans un rapport adressé le 28 novembre 2005 au Dr J._____, le Dr B._____ a constaté qu'en février 2005, l'assuré avait subi une déchirure complète de la jonction musculo-tendineuse du genou interne droit, ce genre d'affection étant typique de la cinquantaine et guérissant spontanément sans aucune séquelle; il n'y avait pas d'indication opératoire ni de raison de penser à une fragilisation du tendon achilléen à cause d'un tel accident.

C. Du 1^{er} novembre 2005 au 31 octobre 2006, l'assuré a effectué un stage de réadaptation à 80% auprès de la Zurich Assurances, à Lausanne, avec un rendement de 50%. Par contrat de travail du 6 octobre 2006, l'assuré a été engagé par cet employeur dès le 1^{er} novembre 2006 pour un degré d'occupation de 50%, la présence à la place de travail correspondant à 80%. Par lettre remise le 29 mai 2008, l'assuré a été licencié avec effet au 30 septembre 2008 (arrêt de travail depuis le 11 février 2008 pour maladie).

D. Le Prof. M._____, chef de la division de chirurgie maxillo-faciale au CHUV, a établi un rapport d'expertise du 4 juin 2007, qui prend en compte l'ensemble du dossier médical du patient et celui de la CNA, ainsi que le dossier radiologique. Ce praticien a donné les réponses suivantes aux questions posées pour définir un éventuel droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI) :

(...) 1. Suite à l'accident du 29 novembre 2001, sommes-nous en présence d'une entrave importante à la capacité masticatoire ?

Lors de son accident le 29 novembre 2001, Monsieur P._____ est un édenté total de longue date, porteur de deux prothèses totales supérieure et inférieure. La chute à vélo au cours de l'accident entraîne une fracture bicondylienne disloquée haute des deux

articulations temporo-mandibulaires, une fracture des deux prothèses qui seront intégralement refaites par un premier dentiste le Dr Z._____ en 2002. Un deuxième jeu de prothèses inférieure et supérieure est effectué par les soins du Dr X._____ en 2005, ces deux prothèses n'apportent pas non plus satisfaction à Monsieur P._____ qui fait confectionner en 2006 un nouveau jeu de prothèses cette fois-ci maintenu par des implants au maxillaire au nombre de 4 et à la mandibule au nombre de 2 améliorant considérablement le confort masticatoire grâce aux soins du Dr V._____.

Anamnesticquement, Monsieur P._____ admet pouvoir manger de tout, viande comprise, il se plaint toutefois d'une fatigue lors de la mastication d'aliments légèrement collants du style pizza ou d'une viande peut-être légèrement trop dure, mais il est parfaitement capable de manger des aliments croquants, il n'y a pas de perte de la sensibilité des zones muqueuses et cutanées de la cavité buccale, ce qui lui permet de piloter le bolus alimentaire parfaitement adéquatement entre ses deux prothèses.

Objectivement, l'examen du jour révèle une ouverture buccale à 42 mm, légèrement déviée vers la droite, l'occlusion est parfaitement stable, la reconstitution prothétique implantoportée a été effectuée de manière totalement adéquate, extrêmement bien entretenue par le patient. La propulsion est limitée à 2 mm légèrement déviée à droite également, la latéralité droite est de 5 mm, quasi inexistante du côté gauche. A la palpation des muscles de l'appareil odontostomatognatique, on n'éveille aucune douleur, la motricité linguale, la compétence orbiculaire et la sensibilité de la cavité buccale sont parfaitement normales.

(...) il n'existe aucune entrave importante à la capacité masticatoire, tout au plus une fatigue lors de la mastication de certains aliments extrêmement durs ou lors d'efforts de mastication prolongés. Le confort masticatoire admis par le patient est meilleur qu'avec les prothèses totales qu'il portait auparavant.

2. Sommes-nous en présence d'une arthrose des articulations de la mâchoire ?

(...) On ne peut pas parler d'arthrose dans la mesure où ce terme implique une pathologie dégénérative des pièces articulaires encore dans leur position. La fracture bicondylienne a entraîné une dislocation de la tête articulaire multifragmentaire vers le bas et vers l'avant et donc les rapports articulaires entre la partie capitale de la mandibule et la partie glénoïde du temporal ont été perdues. Il s'agit donc d'une fracture-luxation condylienne bilatérale ayant entraîné un remodelage articulaire sous la forme d'une néo-articulation dont la fonction est évidemment moins bonne qu'une articulation normale, comme en témoignent les mesures effectuées (...).

3. En l'affirmative, de quelle importance ?

(...) il ne s'agit pas d'une arthrose mais d'un remodelé post-traumatique articulaire lequel se solde par une limitation de l'excursion articulaire des deux côtés de la mâchoire inférieure de Monsieur P._____. Si elle ne gêne pas le confort masticatoire puisque le réappareillage a été parfaitement effectué et stabilisé par le Dr V._____, le patient ressent un inconfort subjectif que ce soit

lors de l'endormissement ou au réveil, avec la sensation que « la mâchoire n'est plus comme avant ». Le tonus psycho-affectif porté par le patient à cette état post-traumatique est extrêmement négatif quand bien même, au niveau purement fonctionnel, il reconnaît que la fonction est bonne.

4. En vous basant sur la table 15, indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, atteintes à l'intégrité en cas de dégâts dentaires dus à un accident, nous vous invitons à donner votre avis sur le taux à retenir compte tenu des réponses apportées aux questions ci-dessus. Nous attirons votre attention sur le fait que la simple aggravation future ne peut pas être prise en considération. Dans un tel cas, le droit de rechute/réexamen ultérieur demeure préservé.

(...) l'appréciation se base sur le chiffre 4 de la table des indemnités où l'on constate que, dans la mesure où il est possible de réparer normalement des dégâts dentaires à l'aide de prothèses amovibles, les pourcentages d'atteinte à l'intégrité sont applicables sous la forme de 13 % pour les prothèses totales des mâchoires supérieure et inférieure.

On pondérera cette quantification en se référant au chiffre 7 de la même table, soit l'état antérieur : le patient était édenté total supérieur et inférieur et porteur de deux prothèses totales amovibles de longue date et, force est de constater qu'objectivement l'appareil implantoporté supérieur et inférieur dont il est porteur à l'heure actuelle est infiniment plus confortable et stable que des prothèses amovibles que le patient admettait devoir coller à l'époque. On considérera donc objectivement l'état dentaire actuel comme nettement meilleur qu'avant le traumatisme. Toutefois, cet état actuel est probablement plus fragile que l'état avant le traumatisme dans la mesure où la pose d'implants implique des soins dentaires rigoureux et réguliers que le patient a effectué tous les 6 mois chez le Dr V. _____, il a déjà perdu un implant supérieur gauche en position 25 qui devra être remplacé et donc la prothèse réadaptée et rebasée. D'autre part, l'usure des pièces mécaniques destinées à la rétention de la prothèse (système Locator) requiert des changements de gaine technique de rétention de manière régulière. Cet état actuel entraîne donc des frais nettement supérieurs à l'entretien d'une prothèse totale classique. Indépendamment de ces coûts, on peut donc en conclure qu'il n'existe pas réellement d'incapacité fonctionnelle masticatoire pure et que par conséquent, l'atteinte à l'intégrité est de moins de 5%. (...).

E. Par décision du 8 juin 2007, la CNA a accordé à l'intéressé, pour les séquelles de l'accident du 20 juin 2001, une rente d'invalidité fondée sur un taux de 54%, ainsi qu'une IPAI de 18'690 fr., basée sur un taux de 17.5%. Elle a ajouté que la question d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire à mettre sur le compte des séquelles de l'accident du 29 novembre 2001 ferait l'objet d'une décision formelle ultérieure. Par décision du 25 mars 2008, l'opposition de l'assuré a été écartée, la fixation du gain annuel assuré étant seule modifiée.

Par décision du 28 juin 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2002, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2002.

Par décision du 16 août 2007, confirmée par décision sur opposition du 16 novembre 2007, la CNA a fait savoir à son assuré que, selon les renseignements médicaux en sa possession, il n'y avait pas d'atteinte importante à l'intégrité physique et qu'ainsi les conditions du droit à une IPAI n'étaient pas remplies concernant l'accident du 29 novembre 2001.

F. Dans un rapport du 28 novembre 2007, le Dr F._____ est parvenu à la conclusion suivante : "Absence persistante d'atteinte significative du nerf cubital droit au coude et plus distalement", constaté que son examen clinique du jour était superposable aux précédents, l'ENMG ne révélant toujours pas d'atteinte significative du nerf cubital droit au passage du coude et plus distalement, et observé que les plaintes du patient s'expliquaient vraisemblablement par la lésion de petites branches sensitives au niveau du coude, en ajoutant qu'au vu du laps de temps depuis l'intervention, la situation était stabilisée et qu'il n'y aurait pas de récupération ultérieure.

Dans un rapport médical pour la révision du droit à la rente AI du 1^{er} juillet 2008, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome post-commotionnel (F07.2) depuis juin 2001 et d'état dépressif grave par épuisement professionnel Burn-out (F32.2) depuis début 2008. Ce médecin a attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 11 février 2008.

Par arrêt du 8 janvier 2010 (AA 148/07 – 37/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition rendue le 16 novembre 2007 par la

CNA en considérant en bref que l'assuré n'avait subi aucune atteinte qui remplisse les critères de durée et de gravité exigés par la loi pour octroyer une IPAI, qu'en particulier les évaluations médicales réalisées les 4 juin 2007 et 3 juillet 2007 par le Prof. M. _____ avaient démontré sans conteste que, sur le plan objectif, la situation avait évolué de manière favorable, qu'en outre, l'assuré ne souffrait pas d'arthrose, mais d'un remodelé post-traumatique articulaire se soldant par une limitation de l'excursion articulaire des deux côtés de la mâchoire inférieure qui ne gêne pas la fonction masticatoire et qu'au demeurant, le potentiel fonctionnel de la mastication était nettement meilleur qu'avant le sinistre du 29 novembre 2001, lorsque l'assuré portait encore deux prothèses totales collées. Quant au risque d'arthrose, il n'était pas quantifiable (RAMA 1998 U 320, p. 602) et ne saurait donc être déterminant.

Dans un rapport d'expertise médicale établi le 16 avril 2010 sur mandat de l'assurance-invalidité, le Dr S. _____, médecin associé au département de psychiatrie, centre d'expertises du CHUV, et le Dr G. _____, médecin assistant, ont posé les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, présent depuis la fin de l'année 2007 (F32.2) et de modifications durables de la personnalité après expérience de catastrophe, en évolution depuis la fin de l'année 2001 (F62.0). L'expertise a notamment relevé : "le caractère exceptionnellement violent et la dimension successive des deux accidents en 2001 accompagnés d'une peur intense de mourir ont manifestement déclenché un processus post-traumatique qui s'est actuellement cristallisé au plan du fonctionnement de sa personnalité. D'autre part, les efforts marqués fournis par l'expertisé dans les suites de soins après les accidents puis dans la tentative de reclassement professionnel ainsi que les pertes successives qu'il a vécues (divorce, échec du reclassement professionnel, incapacité de jouer du saxophone) ont abouti à un état dépressif sévère qui perdure à l'heure actuelle". L'expertise a reconnu une incapacité de travail à 100% depuis fin 2007, avec une capacité de travail de 20% à 30% depuis lors, sans amélioration significative envisageable d'ici la retraite.

Par décision du 12 août 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente ordinaire simple d'invalidité entière (100%) dès le 1^{er} juin 2008, soit dès la date de la demande de révision.

Le 11 janvier 2011, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès de la CNA, a considéré, sur la base de l'expertise du 16 avril 2010, que les troubles psychiques de l'assuré étaient vraisemblablement en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 juin 2001.

G. Par décision du 12 avril 2011, la CNA a considéré que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et invité l'assuré à s'adresser à sa caisse-maladie pour couvrir un éventuel traitement médical.

Par décision du 20 juin 2011, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré en considérant en bref que chacun des deux accidents des 20 juin et 29 novembre 2001 était de gravité moyenne sans être à la limite avec les accidents graves, que les lésions ne pouvaient être qualifiées de propres à entraîner des troubles psychiques, selon l'expérience de la vie, que des douleurs constantes n'avaient pas été documentées, que l'assuré avait pu travailler à 50% pendant de longs mois et qu'il n'y avait pas eu de complications ou d'erreur dans le traitement; dès lors, l'examen des circonstances liées à chaque accident pris séparément ne permettaient pas de retenir la présence des critères posés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquat, le point de savoir si les troubles psychogènes de l'assuré étaient en relation de causalité naturelle avec les accidents de 2001 pouvant rester ouvert.

H. Par acte du 25 juillet 2011, P._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision sur opposition du 20 juin 2011 en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge les suites psychiques des accidents des 20 juin 2001 et 29 novembre 2001. Il soutient en substance

que les circonstances des accidents litigieux ont été objectivement impressionnantes et particulièrement dramatiques, à la limite de la catégorie des accidents graves, et que le caractère particulièrement traumatisant de ces accidents ressortait aussi des avis médicaux, en particulier de l'expertise du Dr S._____, confirmée par l'avis du Dr Q._____. Il reproche à la CNA de tenir compte de son engagement hors du commun en vue d'une réinsertion pour le pénaliser durablement.

Dans sa réponse du 14 septembre 2011, la CNA a conclu au rejet du recours en rappelant que, si chaque accident de gravité moyenne possède en lui-même un certain caractère impressionnant, ce seul fait ne suffit pas à le qualifier de particulièrement dramatique ou impressionnant (TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2). L'intimée a relevé que l'accident du 20 juin 2001 était de gravité moyenne, que les lésions n'étaient pas propres à entraîner des troubles psychiques, que la durée du traitement n'avait pas été anormalement longue, qu'il n'y avait pas eu d'erreur médicale à déplorer, qu'avaient subsisté quelques étourdissements, que le travail avait été repris dès le 3 septembre 2001 et que l'assuré avait suivi avec succès les mesures de réadaptation mises en œuvre. S'agissant de l'accident du 29 novembre 2001, l'intimée l'a classé dans la catégorie de gravité moyenne, sans circonstances particulièrement dramatiques ou impressionnantes, en observant qu'il n'y avait pas eu de durée anormalement longue du traitement et qu'il n'y avait pas eu de traitement continu spécifique et lourd.

A l'audience tenue le 16 janvier 2012 devant le Juge instructeur de la Cour de céans, le recourant a déclaré ce qui suit :

" J'ai eu un premier accident le 20 juin 2001 alors que je me trouvais sur un chantier de l'autoroute au volant d'un camion de béton. Je ne connaissais pas l'endroit et la terre était très meuble puisqu'il avait plu pendant près de deux jours. J'ai dû descendre une rampe très raide pour arriver à un replat, étant précisé que le chantier était très accidenté. Alors que je faisais marche arrière, le camion n'arrivait pas à franchir une bosse et j'avais un jeu énorme dans la direction. Par l'effet de la toupie, le poids s'est retrouvé sur la roue avant gauche et celle-ci s'est dérobée si bien que le camion a été déséquilibré et qu'il s'est immédiatement renversé sur le côté gauche.

Au moment où le camion s'est retourné, je me suis jeté vers la droite et j'ai perdu connaissance. J'ai repris conscience lorsqu'on m'extirpait du camion par la fenêtre.

On m'a posé sur un brancard, étant précisé que j'avais une grosse blessure à la base du crâne. J'ai fait une crise d'épilepsie. Je sentais mon corps bouger dans tous les sens et je me suis vu mourir. J'ai perdu connaissance et je me suis réveillé à l'hôpital sans savoir ce que j'y faisais. C'est la première fois que j'avais un accident de camion.

A mon souvenir, il n'y a pas eu de complications médicales particulières en suite du premier accident. Je signale toutefois des pertes de connaissances, notamment lorsque cet accident était évoqué.

Le second accident a eu lieu le 29 novembre 2001. Je roulais à vélo à une bonne vitesse sur la route cantonale à Lutry. Une voiture arrêtée à un stop s'est avancée au moment où j'arrivais. J'ai freiné très fort et ai donné un coup de volant à gauche. J'ai giclé et atterri la mâchoire contre le sol. J'ai cassé les deux prothèses dentaires que je portais. J'ai en outre subi une fracture du coude droit. J'avais du sang qui sortait de l'oreille ce qui m'a fait penser à une nouvelle fracture du crâne. Le conducteur ne s'est pas occupé de moi.

J'ai été hospitalisé immédiatement au CHUV. J'ai eu peur de mourir au moment où la voiture est sortie. En outre, j'étais particulièrement perturbé parce qu'il s'agissait du deuxième accident en quelques mois et de surcroît j'étais de nouveau blessé à la tête.

J'ai eu deux opérations pour le coude ainsi que deux opérations pour les implants. J'ai essayé de refaire du vélo mais j'ai trop peur. De manière générale, je me sens insécurisé où que je sois.

Sur interpellation de Me [...] [réd.: représentante de la CNA], je précise que je n'ai aucun problème pour conduire une voiture. En revanche, je ne conduirais pas un camion. Je roule moins de 10'000 km par année. Avant ces deux accidents, je n'ai eu que des accidents bénins. Je n'avais jamais connu de problèmes psychologiques auparavant."

Un délai a été imparti aux parties pour déposer un mémoire de droit. Ainsi, le 14 février 2012, l'intimée a conclu derechef au rejet du recours, en relevant qu'elle doutait de la véracité des dires du recourant selon lesquels il a eu peur de mourir lors des deux accidents en cause, car ce n'est que lors de l'expertise du 16 avril 2010, près de 10 ans après les faits, qu'il a indiqué pour la première fois avoir éprouvé ce sentiment. L'intimée a produit un rapport de police établi le 20 juin 2001, qui décrit les circonstances de l'accident survenu ce jour comme il suit :

"M. P. _____, chauffeur de camion à 3 essieux, malaxeur à béton, effectuait une marche arrière à l'endroit précité. Au cours de cette manœuvre, les roues arrières droites escaladèrent une butte, ce qui déséquilibra le camion. Ce dernier bascula sur le côté gauche."

Dans son mémoire du 4 mai 2012, le conseil du recourant a confirmé les conclusions du recours. Il expose en substance que l'examen des rapports médicaux conduit à reconnaître l'existence d'un lien de

causalité naturelle entre les deux accidents et les souffrances psychiques. En ce qui concerne la causalité adéquate, le conseil du recourant soutient que les deux accidents des 20 juin 2001 et 29 novembre 2001 doivent tous deux être qualifiés de graves. A titre subsidiaire, il relève que les deux accidents ont revêtu un caractère particulièrement dramatique, que les lésions physiques étaient propres à entraîner des troubles psychiques compte tenu de la gravité des blessures subies, que l'accident du 29 novembre 2001 a conduit à des traitements somatiques particulièrement longs (pour la mâchoire, jusqu'en 2006, sans être alors dans une situation stabilisée), avec des douleurs persistantes et la constatation d'une arthrose post-traumatique irrémédiable et que l'intéressé a subi une incapacité de travail durable à 100% ou 50%, si bien que six des sept conditions posées par la jurisprudence permettant de conclure à une relation de causalité adéquate en cas d'accident de gravité moyenne étaient réalisées.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est donc recevable.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). S'agissant d'une contestation relative au refus de prestations LAA sans limitation dans le temps, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse

soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la loi n'en dispose pas autrement, les prétentions d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 2.2).

b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 129 V 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations suppose un rapport de causalité adéquate entre l'accident et le dommage. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de

gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

c) Lorsque deux ou plusieurs accidents sont en cause, l'existence d'un tel lien doit en principe être appréciée séparément pour chaque accident. Cela vaut en particulier dans les cas où les accidents concernent diverses parties du corps et provoquent des blessures tout à fait distinctes (ATF 115 V 138 consid. 6; RAMA 1996, p. 176; ATFA U 78/02 du 25 février 2003 consid. 3.2.2).

d) Le Tribunal fédéral a qualifié d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, un accident dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules et ayant fait un mort (RAMA 1999, p. 207), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98) (ATAS/152/2006 du 16 février 2006), une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U_307/06 du 14 février 2007, consid. 4.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a également qualifié de moyen à la limite de la gravité un accident dans lequel le frère de l'assuré a été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre; dans cet accident, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'ont pas été grièvement blessés. A été qualifié de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U_145/94 du 15 décembre 1994).

Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient en effet non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa).

3. a) En l'espèce, le recourant a été victime d'un accident le 20 juin 2001 entraînant un traumatisme cranio-cérébral, avec une coupure au cuir chevelu sans atteinte ni à la boîte crânienne, ni à l'appareil masticatoire, ni au cerveau, puis d'un autre accident le 29 novembre 2001 entraînant une fracture des deux condyles au niveau des mandibules, avec bris des prothèses dentaires totales supérieure et inférieure, ainsi qu'une fracture du coude droit. Les deux accidents successifs ont causé à diverses parties du corps des blessures tout à fait distinctes, si bien qu'il

faut apprécier séparément pour chaque accident l'existence d'un lien de causalité adéquate (consid. 2c ci-dessus).

b) En ce qui concerne les circonstances dans lesquelles l'accident du 20 juin 2001 s'est déroulé, le recourant conduisait un camion qui s'est couché sur le côté pendant une marche arrière par définition à basse vitesse, si bien que l'événement ne revêt aucun caractère particulièrement impressionnant. Le choc a assommé le recourant, qui a eu une probable crise d'épilepsie, laquelle n'est de toute manière pas propre selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques. Il en va de même pour la blessure à la tête, qui consistait en une coupure dans le cuir chevelu. Au regard de la casuistique (consid. 2d ci-dessus), on doit considérer que cet événement se situe à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne.

Dans son rapport du 31 juillet 2001, soit un peu plus d'un mois après l'accident, le Dr K. _____ a relevé la bonne amélioration de l'état général du recourant, avec des vertiges occasionnels, dont celui-ci s'est également plaint auprès du Dr T. _____. Le rapport CNA du 28 août 2001 indique que le recourant ne ressent plus de séquelles physiques sauf quelques étourdissements en tournant la tête, qu'il a repris le vélo de course depuis quelques semaines et qu'il ne prend plus de médicaments, également depuis quelques semaines. Du reste, lors de son audition du 16 janvier 2012, le recourant a déclaré qu'il n'y avait pas eu de complications médicales après le premier accident. Il n'y a donc eu ni durée anormalement longue du traitement médical, ni douleurs physiques persistantes, ni erreurs dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison ou complications importantes. Le rapport CNA du 28 août 2001 relève aussi que le recourant a dû renoncer à conduire des camions pour prévenir la survenance d'une éventuelle crise d'épilepsie, mais qu'il était alors d'accord de travailler dans d'autres domaines d'activité, si bien qu'il n'y avait alors plus d'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il est exact que le rapport du 31 juillet 2001 indique la présence d'une réaction anxio-dépressive, avec prescription d'un

médicament une fois par jour. Toutefois, le rapport CNA du 28 août 2001 indique que le recourant ne prend alors plus de médicaments, si bien que le traitement anti-dépresseur a été un soutien de brève durée. Dans son mémoire du 4 mai 2012, le recourant évoque le rapport établi après les examens neurologiques des 9/22 juillet 2001 et 15 décembre 2003 par la Prof. N._____, puis précisément les plaintes (non pas spontanées, mais sur questions) qu'il a formulées devant ce médecin et les psychologues, en omettant de signaler les conclusions auxquelles ceux-ci étaient alors parvenus. Or, ces conclusions ne retiennent nulle part la présence d'un état dépressif, mais se contentent d'exposer les plaintes du recourant en constatant que, mis à part des temps de réaction ralentis, les fonctions cognitives de celui-ci se situent dans les limites de la norme (conclusions de l'examen des 9 et 22 juillet 2002 : "patient orienté, ..., ni fatigable, ni ralenti") : dans son examen médical final, le Dr J._____ remarque que l'examen neuropsychologique du 9 et 22 juillet 2002 "met en évidence quelques troubles intentionnels (sic; recte : attentionnels), le reste des fonctions cognitives testées s'avérant dans les limites de la norme". Le résultat de l'examen neuropsychologique du 15 décembre 2003 est "superposable avec la persistance d'importants troubles attentionnels (temps de réaction, attention divisée)". A nouveau, aucun trouble psychique, en particulier dépressif, n'est alors signalé par la Prof. N._____, contrairement à la persistance de plaintes au sujet de la fatigabilité et de la gestion difficile du stress. Au surplus, les rapports médicaux établis par la CNA (Dr J._____ du 11 avril 2002, Dr H._____ du 17 septembre 2003 et Dr J._____ du 3 novembre 2005) se réfèrent aux rapports du Dr K._____ ou de la Prof. N._____, sans apporter aucun élément de fait nouveau.

De plus, le recourant a été en mesure d'effectuer un stage de réadaptation de novembre 2005 à octobre 2006, puis de poursuivre une activité professionnelle à 50% auprès de son employeur jusqu'à son arrêt de travail en février 2008, qui a précédé son licenciement en septembre 2008. Durant toute cette période, aucun épisode dépressif n'a été signalé.

Par ailleurs, il faut souligner que le recourant a mentionné pour la première fois sa peur de mourir au moment où il a repris conscience lorsqu'on le retirait du camion seulement devant les experts psychiatres qui ont rendu le rapport du 16 avril 2010. Le recourant a exposé à nouveau cette peur de mourir alors qu'il se trouvait sur le brancard, après son extraction du camion renversé, lors de son audition du 16 janvier 2012, soit quelques dix ans après les faits. L'évocation par le recourant de sa peur de mourir si longtemps après l'événement du 20 juin 2001, alors qu'aucun des nombreux médecins consultés auparavant n'en a jamais fait état, ne permet pas de retenir que cet accident aurait revêtu un caractère particulièrement impressionnant pour le recourant.

Dès lors, c'est avec raison que la CNA a refusé de retenir l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident du 20 juin 2001 et les troubles psychiques relevés dans l'expertise du 16 avril 2010.

c) Au moment de l'accident du 29 novembre 2001, alors qu'il circulait à vélo, le recourant n'a pas heurté le véhicule qui lui avait coupé la route sans respecter la priorité et a chuté en raison de son freinage d'urgence. Il s'agit d'une chute banale, sans aucun caractère de gravité particulier, même si le chauffeur de l'automobile impliquée ne s'est ni arrêté, ni préoccupé du sort du blessé. Cet événement se situe lui aussi tout au plus à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne au regard de la jurisprudence (consid. 2d ci-dessus).

Le recourant portait alors déjà des prothèses dentaires totales supérieure et inférieure, qui se sont brisées en même temps que les deux condyles au niveau des mandibules; en outre, il a subi une fracture du coude droit. Il ne s'agit pas de lésions physiques particulièrement graves propres selon l'expérience à entraîner des troubles psychiques.

La guérison du coude s'est déroulée normalement, sous réserve d'un rejet de fils qui a nécessité une reprise ambulatoire le 17 juillet 2003 (rapport du 29 août 2003 du Dr C._____). Par la suite, tous les médecins s'accordent à admettre une évolution favorable du coude

avec une guérison pratiquement sans séquelles (examen du 17 décembre 2003 du Dr H._____, rapport du 1^{er} juin 2004 du Dr F._____, rapport du 3 novembre 2005 du Dr J._____. La persistance des plaintes du recourant a conduit à faire constater une nouvelle fois l'absence persistante d'atteinte significative au nerf cubital du coude droit et à la présence d'une situation stabilisée (rapport du 28 novembre 2007 du Dr F._____).

La fracture du condyle au niveau des mandibules a connu une lente rémission, avec des séquelles. Dans l'examen médical final du 17 septembre 2003, le Dr H._____ remarque qu'au maxillaire inférieur, il semble persister un défaut d'articulé dentaire. L'avis médical du 22 mars 2004 du Dr Z._____ indique de grandes difficultés lors de la mastication en l'absence d'articulations temporo-mandibulaires. Le recourant a fait établir plusieurs jeux de prothèses avant d'obtenir un résultat qui lui convienne. Le Prof. M._____, dans son expertise du 4 juin 2007, observe qu'il n'existe plus aucune entrave importante à la capacité masticatoire, sous réserve d'une fatigue lors de la mastication de certains aliments extrêmement dur ou d'efforts prolongés, que la fracture luxation condylienne bilatérale a entraîné un remodelage articulaire sous la forme d'une néo-articulation dont la fonction est moins bonne qu'une articulation normale et que la "limitation de l'excursion articulaire des deux côtés de la mâchoire inférieure ne gêne pas le confort masticatoire puisque le réappareillage a été parfaitement effectué et stabilisé", même si le patient ressent un "inconfort subjectif". Le Prof. M._____ relève qu'objectivement, il considère alors l'état dentaire du recourant comme "nettement meilleur qu'avant le traumatisme", avec une réserve quant à une plus grande fragilité de l'état du patient, en précisant que le recourant était édenté total supérieur et inférieur et porteur de deux prothèses totales amovibles de longue date et que l'appareil implantoporté supérieur et inférieur dont dispose le recourant est "infiniment plus confortable et stable" que les précédentes prothèses amovibles.

Le traitement dentaire s'est certes étendu sur plusieurs années, en suscitant certaines gênes lors de la mastication. Toutefois, il

n'a pas entraîné de douleurs physiques persistantes et de complications particulières, d'autant que le résultat final est meilleur que la situation initiale. On ne peut pas davantage relever d'erreur médicale dans le traitement, celui-ci ayant été adapté suite aux plaintes et au sentiment subjectif du recourant. L'absence de séquelles durables ressort du reste de l'arrêt rendu le 8 janvier 2010 par la cour de céans refusant une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

En conclusion, il est exclu de retenir un lien de causalité adéquate entre l'un des deux accidents dont le recourant a été victime et les troubles psychiques dont il se plaint pour fonder ses prétentions.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 20 juin 2011 confirmée.

Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 juin 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Matthieu Genillod (pour P. _____),
- CNA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :