

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 mai 2015

Présidence de M. NEU
Juges : MM. Reinberg et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 4, 6, 7 al. 1, 8, 16 LPGA ; art. 6 al. 1, 18 al. 1, 21 al. 1 let. d et
24 LAA**

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, de nationalité portugaise, en Suisse depuis 1983, sans formation, travaillait comme saisonnier pour l'entreprise N._____ SA en qualité de régleur. Le 30 novembre 2001, il a été victime d'un accident de la circulation en France, alors qu'il se rendait au Portugal avec des compatriotes à bord d'un minibus. Dans un courrier adressé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée) le 12 décembre 2001, l'assuré a déclaré ce qui suit :

« A cause de fortes pluies, le chauffeur a perdu la maîtrise de son bus dans un virage. Tonneau. Moi-même, je dormais ».

L'assuré a été transféré au Centre A._____, est sorti le 4 décembre 2001, et a été transféré au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci après : le CHUV) pour y subir des examens.

La CNA a pris en charge les suites du cas (frais de traitements et indemnités journalières).

b) Le Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV a posé, dans un rapport du 5 février 2002, les diagnostics de fracture fermée de la clavicule gauche, traumatisme thoracique extérieur gauche et traumatisme crânien. La clavicule gauche était douloureuse à la palpation et l'assuré présentait une plaie au cuir chevelu. L'examen neurochirurgical était normal, de même que les radiographies du thorax et le scanner cérébral.

c) Dans un questionnaire de la CNA rempli le 31 mars 2002, l'assuré a indiqué être à nouveau capable de travailler à 50 % depuis le 19 mars 2002. Le traitement médical n'était pas terminé.

d) D'un rapport de l'hôpital [...] du 19 mars 2002, il ressort que l'assuré présentait une voussure au niveau du tiers moyen de la

clavicule gauche, douloureuse à la palpation sans fausse mobilité, ainsi qu'un cal visible sur les deux incidences de la clavicule gauche.

Un rapport du Service de neurologie du CHUV du 23 juillet 2002, indique que l'électroneuromyographie (ci-après : ENMG) était normale. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une neuropathie ulnaire locale au niveau du coude gauche. Il n'y avait pas de signes en faveur d'une atteinte du plexus brachial, ni d'un syndrome de défilé osseux thoracique.

e) La CNA ayant adressé l'assuré à la Clinique [...], ce dernier y a été reçu en consultation le 20 janvier 2003. Le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic de séquelles douloureuses en régression d'une fracture de la clavicule gauche. Concernant les plaintes actuelles de l'assuré, le Dr W._____ notait qu'il n'avait que très peu voire pas de douleurs au repos et dormait normalement. Les douleurs pouvaient parfois survenir aux efforts, surtout ceux prolongés au-dessus de la ligne des épaules. Il était en bon état général et présentait une silhouette scapulaire légèrement asymétrique en raison d'une petite bosse bien visible au milieu de la clavicule gauche. L'évolution de l'atteinte claviculaire paraissait favorable. Il ne persistait qu'une discrète limitation fonctionnelle et quelques douleurs résiduelles aux efforts. Dès qu'il aurait un nouveau contrat de travail (le contrat de saisonnier ayant pris fin le 12 décembre 2002), l'assuré pourrait reprendre son activité avec une capacité de 75 %. Rapidement, la capacité devait être par la suite complète.

Sur la base du rapport précité, la CNA a informé l'assuré, par courrier du 5 février 2003, lui reconnaître une capacité de travail de 75 % dès le 10 février 2003 et de 100 % dès le 7 avril 2003. L'indemnité journalière serait versée en fonction.

B. **a)** Le 4 mars 2003, l'assuré a indiqué à la CNA avoir repris le travail le 21 janvier 2003. Il avait toujours mal et prévoyait de consulter un autre spécialiste (cf. compte rendu d'appel téléphonique du jour même).

L'assuré a ainsi consulté le Dr J._____, lequel a notamment expliqué, dans un rapport du 1^{er} mai 2003, que son patient n'arrivait pas à assumer un travail complet à cause des douleurs manifestes selon les efforts. Le Dr W._____ avait omis de tenir compte d'une atteinte au coude.

b) L'assuré a été examiné par le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, lequel a rendu un rapport le 4 juin 2003. Il n'y avait selon lui pas d'amyotrophie significative de l'épaule gauche. La clavicule était raccourcie avec un gros cal à son tiers moyen, faisant saillie sous la peau. Il n'y avait pas de fausse mobilité et la sollicitation de la clavicule n'était pas douloureuse. Il n'y avait pas de signe d'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire. Le coude gauche, dont le patient ne se plaignait pas à ce jour, était tout à fait calme. La mobilité était légèrement limitée. La force de serrage de la main gauche était nettement réduite. Les radiographies du coude gauche montraient une petite ostéophytose. Il n'y avait pas d'argument pour faire de cette image et de cette légère limitation fonctionnelle du coude gauche un problème post-traumatique et le patient convenait lui-même qu'il ne se rappelait pas avoir souffert du coude gauche immédiatement après l'accident. Concernant l'épaule gauche, des douleurs à l'effort étaient crédibles après une fracture de la clavicule ayant consolidé avec un raccourcissement et un gros cal. Le Dr M._____ a retenu, sur la base des déclarations de l'employeur, une incapacité de travail de 30 %.

Par courrier du 6 juin 2003, la CNA a indiqué à l'assuré lui reconnaître une capacité de travail de 70 % dès le 10 février 2003.

c) L'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 21 mai 2003.

C. a) Dans un rapport du 5 novembre 2003, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du CHUV, a retenu le diagnostic de scapulalgies gauches après fracture du tiers moyen de la clavicule. Selon lui, les scapulalgies étaient vraisemblablement d'origine musculaire. Il ne retenait pas d'indication à un traitement chirurgical, compte tenu de l'absence de pseudarthrose ou de cal vicieux important (position des épaules pratiquement symétrique, faible raccourcissement de la clavicule). Le Dr T._____ a confirmé son appréciation dans un rapport du 4 décembre 2003.

b) Une IRM de la ceinture scapulaire a été faite le 27 janvier 2004 à [...]. On extrait du rapport d'IRM ce qui suit :

« Ancienne fracture claviculaire gauche, consolidée avec un chevauchement et une angulation antéro-supérieure. Pas de signe IRM d'une pseudarthrose. Pas de collection de voisinage.

Le muscle sous-clavier est vraisemblablement "pris" dans des adhérences en regard du foyer de consolidation. Cette constatation pourrait expliquer la symptomatologie qui s'accroît à l'effort. Les autres structures musculaires venant s'insérer sur la clavicule ne présentent pas d'anomalie de signal évidente ni de collection intrinsèque. A noter que le muscle trapèze à gauche est un peu plus trapu que le droit, soit par hypertrophie, soit par léger raccourcissement associé à la fracture claviculaire.

A relever aussi une légère dilatation de quelques éléments veineux dans la région rétro- et sus-claviculaire au voisinage de la fracture, pas d'anomalie de l'axe veineux sous-clavier ni d'ailleurs de l'artère. Le plexus brachial est situé à bonne distance, sans anomalie.

Conclusions :

Ancienne fracture claviculaire gauche bien consolidée. Probables adhérences périfracturaires engainant le muscle sous-clavier (cf. commentaire). Par ailleurs, pas d'altération réellement significative [...]. »

c) Une ostéotomie d'allongement et de rotation, ainsi qu'une ostéosynthèse par plaque à reconstruction ont finalement été pratiquées sur la clavicule gauche de l'assuré le 26 avril 2004.

d) Par courrier du 16 novembre 2004, l'employeur de l'assuré a informé ce dernier qu'il ne pourrait lui proposer un contrat de travail en 2005 que s'il était apte à travailler à 100 %.

e) Le CHUV a établi un certificat médical le 24 novembre 2004, attestant d'une capacité de travail de 50 % dès le 3 janvier 2005, puis de 100 % dès le 1^{er} mai 2005.

f) Par courrier du 14 janvier 2005, N._____ SA a informé l'assurance perte de gain de l'assuré que ce dernier n'était plus rattaché à l'entreprise depuis le 15 décembre 2004, date à laquelle son permis L était échu.

g) Le CHUV a établi un nouveau certificat médical le 26 janvier 2005, attestant d'une incapacité entière de travail dès cette date et pour une durée d'un mois.

h) L'assuré a à nouveau été vu par le Dr M._____, lequel a rendu un rapport médical le 15 février 2005, notant notamment que si l'assuré admettait avoir une meilleure mobilité qu'auparavant, il avait, selon ses déclarations, davantage de douleurs, le long de la clavicule, irradiant vers le cou, et dans la région de l'articulation acromio-claviculaire. Les douleurs étaient un peu variables. Elles ne dépendaient pas vraiment de l'activité déployée et survenaient également au repos. L'assuré suivait un traitement médicamenteux et un traitement de physiothérapie à raison de 2 séances par semaine. Objectivement, la clavicule gauche était très proéminente à son tiers moyen et le matériel d'ostéosynthèse était palpable sous la peau. L'épaule gauche était cependant très souple, manifestement indolore à la mobilisation à l'exception de la rétropulsion qui semblait entraîner de légères douleurs de l'articulation acromio-claviculaire. Par ailleurs, elle avait toujours une excellente fonction et elle ne présentait pas d'amyotrophie significative. Concernant la capacité de travail, la reprise d'une activité lourde ne lui paraissait pas possible. Dans la mesure où le patient ne pouvait pas mettre en valeur une capacité de travail de 50 % et qu'il n'avait pas droit aux prestations de l'assurance-chômage, il ne restait à la CNA qu'à continuer à lui reconnaître une incapacité totale de travail jusqu'à la fin du traitement.

i) Le 13 septembre 2005, on a procédé à l'ablation du matériel d'osthéosynthèse (ci-après : AMO) de la clavicule gauche de l'assuré.

j) Le 27 octobre 2005, le Dr H._____, médecin au CHUV, a rédigé un rapport à l'attention du médecin-conseil de la CNA, relevant que sur le plan médical, et par rapport à avant la correction du cal vicieux, l'assuré déclarait avoir gagné en mobilité de l'épaule. Par contre, au niveau de la souffrance, il n'y avait presque pas de changement dans la mesure où subsistaient des douleurs para-cervicales gauches irradiant dans l'épaule. Sur le plan social, il avait perdu son travail et, en tant que saisonnier, malgré sa bonne volonté, il échouait à reprendre une activité plus adaptée. Ceci influençait à son avis beaucoup la symptomatologie actuelle. Il était souhaitable de réintégrer l'assuré dans la vie sociale, d'autant qu'il était de plus en plus déprimé, en lui trouvant une activité professionnelle adaptée, notamment en évitant le port de lourdes charges avec le membre supérieur gauche et le travail en hauteur.

k) Le Dr M._____ a revu l'assuré le 17 novembre 2005. Son appréciation était la suivante :

« [...] Actuellement, le patient dit que l'AMO n'a rien changé aux douleurs qu'il présente. Il souligne, encore une fois, que l'intervention du 26.4.04 lui a donné plus d'aisance dans les mouvements de l'épaule mais que des douleurs ont toujours persisté, sans changement. Depuis 2 semaines, il a même l'impression que celles-ci s'aggravent en relation avec le retour de l'hiver. Les douleurs sont un peu permanentes, même au repos et durant la nuit.

Objectivement, la clavicule gauche est toujours très proéminente à son tiers moyen, sensible à la palpation. L'épaule gauche est très souple, indolore à la mobilisation, à l'exception de la rétropulsion qui entraîne toujours de légères douleurs de l'articulation acromio-claviculaire. Les signes du conflit sont négatifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs sont parfaitement fonctionnels. La mobilité active est bien restaurée. L'élévation et l'abduction sont presque complètes. Les rotations sont même plus amples qu'à droite. La force de serrage de la main gauche a progressé, même si elle reste modérément réduite.

Les dernières radiographies montrent que la clavicule est solide mais qu'il y a toujours, au fond, un cal vicieux.

En fin de compte, par rapport à mon examen du 21.11.02, qui remonte à 3 ans, il n'y a pas grand changement à ceci près que le patient est maintenant complètement démoralisé et désinséré socialement.
[...]

Il faut écrire à l'AI que le cas est stabilisé et que M. K. _____ est demandeur de mesures de réadaptation professionnelles auxquelles il n'a d'ailleurs pas forcément droit. »

Se fondant sur les éléments précités, le Dr M. _____ a estimé l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 5 %.

D. A l'occasion d'une séance entre la CNA, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), l'assuré et son ex-employeur N. _____ SA, il a été décidé que l'assuré ferait un stage au sein de l'entreprise afin d'examiner si une formation en tant que machiniste était possible (cf. rapport interne de la CNA du 5 octobre 2006).

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique entre la CNA et l'OAI du 13 novembre 2006, que le stage précité s'est soldé par un échec. Seule la conduite de petits engins pouvait être envisageable, restriction qu'aucune entreprise n'accepterait. Une mesure au Centre B. _____ (ci-après : Centre B. _____) était envisagée.

E. **a)** L'assuré a été adressé par l'un de ses médecin traitant au Dr X. _____, spécialiste en neurologie, dont le rapport médical du 13 novembre 2006 a retenu une atteinte modérée du nerf cubital gauche. L'assuré expliquait avoir forcé sur son bras gauche en s'occupant du coffrage d'un mur. Au bout de 2 jours, il s'était plaint d'importantes brachialgies gauches irradiant de la nuque en direction du coude, d'un gonflement global du membre supérieur gauche et de phénomènes de paresthésies/endormissements intéressant la partie cubitale de la main gauche, depuis lors disparus. L'examen clinique pratiqué par le Dr X. _____ montrait une nuque de mobilité modérément limitée, dont la mobilisation était sensible localement, mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. Le nerf cubital au passage du coude gauche s'avérait luxable, fortement sensible avec présence d'un signe de Tinel vif à ce niveau. Le patient signalait également un signe de Tinel au Guyon gauche. Le Dr X. _____ observait une importante déformation résiduelle de la clavicule gauche. La

trophicité, les réflexes tendineux et la force musculaire des deux membres supérieurs étaient intacts. L'examen de la sensibilité révélait une possible hypoesthésie tactile et douloureuse du 4^e doigt gauche. L'examen clinique avait été complété par un ENMG. Cet examen confirmait l'existence d'atteinte modérée du nerf cubital gauche sans menace fonctionnelle. Il ne montrait par contre pas d'atteinte significative du nerf cubital gauche au Guyon. Enfin, l'étude myographique du membre supérieur gauche ne mettait pas en évidence de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés et dépendant des myotomes C5 à D1. En conclusion, le bilan effectué confirmait l'existence d'une atteinte du nerf cubital gauche et ne démontrait pas d'atteinte significative plus proximale (radiculaire ou plexuelle brachiale) et distale.

b) A la suite de son stage au Centre B. _____, effectué entre mi-mars et mi-juin 2007, l'assuré a été revu par le Dr X. _____, lequel a rendu un rapport le 27 juin 2007. Il notait que l'activité exercée avait comporté des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et que son patient signalait une réaggravation de ses plaintes avec des douleurs latéro-cervicales gauches irradiant à l'occiput et la persistance de douleurs brachiales gauches intéressant tout particulièrement l'épaule et le coude avec une réapparition des troubles sensitifs au niveau de la partie interne de la main gauche. Le Dr X. _____ exposait notamment que l'examen clinique pratiqué était globalement superposable à celui de novembre 2006. Un nouvel ENMG ne permettait plus de retrouver l'atteinte modérée du nerf cubital gauche au coude notée préalablement. En conclusion, le bilan s'avérait plutôt rassurant puisque ne démontrant pas d'atteinte majeure du système nerveux périphérique, tant radiculaire que plexuelle brachiale ou tronculaire. Au vu des observations cliniques, il était toujours possible que persiste une discrète atteinte du nerf cubital gauche au coude, alors moins prononcée. Il était également envisageable que ce patient présente une souffrance radiculaire ou plexuelle brachiale insuffisante pour entraîner des répercussions électrophysiologiques significatives. Néanmoins, le plus probable paraissait être une forme de tendomyogélose chez un patient dont la motivation à reprendre une activité professionnelle n'était pas très évidente.

F. **a)** L'OAI a rendu un rapport intermédiaire le 7 septembre 2007, notant que le Centre B._____ concluait à ce que l'assuré avait les capacités suffisantes pour être réadapté dans le circuit économique normal. Les activités adaptées possibles étaient celles de chauffeur-livreur (petites livraisons), ouvrier ou gestionnaire de pièces détachées. L'OAI a ainsi décidé de mettre en place un stage pour l'activité de chauffeur-livreur auprès de la société G._____ Sàrl qui était active dans la livraison de courriers pour les grandes entreprises.

b) G._____ Sàrl a établi un certificat de travail le 31 janvier 2008, dont il ressort que l'assuré avait travaillé du 1^{er} septembre 2007 au 28 janvier 2008, ayant mis un terme à son activité en raison de douleurs à l'épaule.

c) Le 24 juillet 2008, l'OAI a rendu une décision de refus de rente. Il a retenu que l'assuré présentait depuis le 12 mars 2002 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, soit sans port d'objets lourds avec le membre supérieur gauche (pas de charge supérieure à 20 kg) et sans mouvements de l'épaule gauche au-dessus de l'horizontale. Après calcul des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité s'élevait à 19.29 %, excluant le droit à une rente.

d) Ayant droit à des mesures professionnelles, l'assuré a effectué deux stages en entreprise, sans suite d'engagement, en raison de son handicap (cf. notamment rapport d'entretien entre la CNA et l'assuré du 1^{er} avril 2009).

e) Interrogée par l'OAI, la Dresse Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin traitant de l'assuré depuis novembre 2008, a rendu un rapport le 11 février 2009. Son pronostic fut le suivant :

 « Je lui explique qu'il n'y a pas de signes inquiétants à l'épaule (la clavicule est guérie) et il n'y a pas d'arthrose acromio-claviculaire et que pour moi le cas est actuellement stabilisé.

Cliniquement, comme les rotations sont conservées, il n'y a pas de signe d'épaule gelée, malgré que l'élévation est limitée. Il y a certes une dysfonction de l'épaule liée à sa position antérieure et à la forme de la clavicule. La mobilité du coude est actuellement légèrement limitée, mais l'arc fonctionnel est conservé.

En ce qui concerne son activité professionnelle, le patient doit respecter certaines restrictions : pas de travail au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges et pas de travail répétitif.

Le traitement de physiothérapie devrait être gardé en réserve en cas de péjoration. »

G. a) L'assuré a effectué un séjour à la Clinique Z.____ (ci-après : la Clinique Z.____), du 10 juin au 6 juillet 2009. Le Dr E.____, spécialiste en rhumatologie, a rédigé un rapport le 10 juillet 2009, sur la base de divers examens et rapports de spécialistes de la Clinique Z.____ (en neurologie, psychiatrie et physiothérapie), retenant les diagnostics suivants : status après fracture de la clavicule gauche, status après intervention chirurgicale de la clavicule gauche, ostéotomie d'allongement et de rotation, status après AMO, cal vicieux de la clavicule gauche, tendinopathie du supra-épineux gauche modérée sur une IRM du 13 novembre 2008, discrète protrusion discale postérieure C3-C4, sur l'IRM cervicale, discrète atteinte du cubital au coude gauche de type irritatif, douleurs chroniques de la ceinture scapulaire gauche, d'origine multi-factorielle. Selon le Dr E.____, l'assuré ne pouvait plus travailler dans son activité habituelle. Il pouvait par contre faire valoir une capacité entière de travail dans une activité adaptée, soit avec limitation du travail en hauteur, du travail de force, du travail avec les bras en porte-à-faux et dans un niveau d'effort léger à moyen. La prise en charge en physiothérapie ne permettait pas d'améliorer les capacités fonctionnelles. Concernant l'aspect psychiatrique, le Dr F.____ ne retenait aucune psychopathologie nécessitant un traitement spécifique chez un patient présentant des signes de surcharge psychique ainsi que quelques traits obsessionnels, mais sans réelles plaintes ni demandes, mentionnant alors divers symptômes relevant d'un probable trouble de l'adaptation avec symptômes dépressifs.

b) Suite au séjour précité, l'assuré a été vu par le Dr M._____, le 23 septembre 2009, en vue de la clôture du cas. Son appréciation est la suivante :

« [...] Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs supportables mais qu'il doit prendre des médicaments. A la demande, il évoque des fourmillements dans les deux derniers doigts de la main gauche qui ont tendance à s'étendre à toute la main, notamment la nuit.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de petite taille, trapu, à la thymie légèrement abaissée, qui sous-utilise manifestement son MSG [membre supérieur gauche].

Objectivement, la ceinture scapulaire est mieux équilibrée que lors du précédent examen mais toute la musculature reste un peu relâchée à gauche sans qu'il y ait de véritable amyotrophie. Il persiste un cal vicieux, très proéminent, de la clavicule gauche, une limitation fonctionnelle modérée de l'épaule et du coude gauches, ainsi qu'une discrète atteinte irritative du nerf cubital au passage du coude.

La poursuite de la physiothérapie n'a pas de sens. En revanche, les antalgiques et les AINS restent à la charge de la Suva.

Les limitations fonctionnelles ont été décrites dans le rapport de sortie de la Clinique Z._____.

On confirme encore une fois que le patient peut travailler en plein dans une activité respectant ces limitations. [...] »

H. **a)** Par courrier du 25 mars 2010 la CNA a informé l'assuré que, du fait que la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident du 30 novembre 2001, elle suspendait le versement des prestations pour frais de traitement. Elle continuait cependant à prendre en charge les quelques consultations médicales encore nécessaires, jusqu'à nouvel avis. L'indemnité journalière serait versée jusqu'au 30 juin 2010 compris. La CNA examinait par ailleurs si les conditions requises pour l'octroi d'autres prestations étaient satisfaites.

b) La CNA a rendu une décision de prestations le 2 juillet 2010. Elle a alloué à l'assuré une rente dès le 1^{er} juillet 2010 sur la base d'une diminution de la capacité de gain de 24 %, soit une rente mensuelle de 899.55 francs. Elle a retenu que l'assuré était apte à exercer une activité de type industriel, en évitant de grandes sollicitations du membre

supérieur gauche, avec des limitations pour le travail en hauteur, de force, avec le bras en porte-à-faux et dans un niveau d'effort léger à moyen. Le taux de 24 % était obtenu en comparaison du revenu réalisable dans une telle activité et du revenu que l'assuré réalisait avant l'accident. La CNA a en outre octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 5'340 fr., retenant une diminution de l'intégrité de 5 %.

I. L'OAI a rendu le 19 juillet 2010 une décision de fin d'aide au placement, en raison de l'échec de la réinsertion de l'assuré sur le marché du travail. L'Office constatait que les postes proposés tout au long des mesures de réadaptation étaient adaptés à la situation de l'assuré et que ce dernier n'était pas dans une dynamique de réinsertion professionnelle.

J. a) Le 3 août 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, s'est opposé à la décision de la CNA du 2 juillet 2010, exposant que s'il n'avait pas pu continuer les stages qui lui étaient proposés par l'OAI, c'était parce qu'il souffrait d'importantes inflammations, particulièrement le soir. Il était suivi par le Dr O._____ et dans la mesure où il avait des problèmes de foie et de reins en raison des médicaments qu'il devait prendre en lien avec l'accident, il avait interpellé ce médecin pour qu'il puisse fournir un rapport.

L'assuré a produit ce rapport du Dr O._____, rédigé le 7 octobre 2010. Ce médecin y a retenu les mêmes diagnostics que les médecins de la Clinique Z._____, ajoutant les comorbidités suivantes : état anxieux chronique, psoriasis, lombopathie fonctionnelle et syndrome métabolique. Selon lui, le pronostic restait très réservé sur le plan évolutif. Il existait actuellement une péjoration de la situation sur le plan somatique avec détérioration de la capacité fonctionnelle du membre supérieur gauche et accentuation des douleurs. Il existait aussi une péjoration psychique avec retentissement somatique (psoriasis). Il observait enfin l'apparition de troubles métaboliques : hypercholestérolémie et hypertension artérielle labile, ainsi que des vertiges et bourdonnements d'oreilles. Le Dr O._____ avait agendé un nouveau bilan pluridisciplinaire

orthopédique et selon lui une évaluation psychocognitive était souhaitable.

b) L'assuré a remis à la CNA un rapport médical établi le 28 février 2011 par le Dr D._____, spécialiste en neurologie. Dans son résumé de la problématique, ce médecin relevait notamment que lors de l'accident, l'assuré était resté incarcerated pendant une heure et demi environ. Le bras gauche projeté à travers la vitre, était resté coincé sous le montant du véhicule jusqu'à la désincarcération. Ce médecin concluait que le bilan électroneurographique donnait un résultat normal. L'ensemble des résultats était tout à fait rassurant et permettait d'exclure une atteinte majeure du système nerveux périphérique. En quelque sorte, ces résultats ne faisaient que confirmer ceux des bilans électrophysiologiques précédents effectués par le Dr X._____ et la Clinique Z._____. Toutefois, l'examen clinique différait quelque peu de ceux de ses collègues dans la mesure où les discrets troubles de la sensibilité mentionnés par le patient, et objectivables à l'examen clinique, dépassaient le territoire du nerf cubital et intéressaient aussi ceux du nerf brachial cutané interne et peut-être celui de son nerf accessoire. Cette constatation, de même que le mécanisme du traumatisme et surtout la posture dans laquelle le patient était resté prisonnier du véhicule pendant plus d'une heure, puis par la suite les diverses interventions sur la clavicule, rendaient plausible la possibilité d'une lésion plexuelle très limitée, essentiellement sur les voies sensibles, qui n'était pas objectivable à ce niveau (plexus) par les méthodes d'examens électrophysiologiques. Cette hypothèse pouvait expliquer, du moins en partie, la persistance d'un syndrome douloureux de type neuropathique. Toutefois, ce syndrome douloureux était à son avis pour l'essentiel de type mécanique, laissant subsister une gêne importante dans les travaux de la construction civile. Il s'agissait d'un état résiduel et irréversible, pour lequel il n'avait pas de traitement spécifique à proposer. Il encourageait fortement l'assuré à reprendre une activité adaptée.

L'assuré a ajouté qu'il paraissait indispensable d'ordonner une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer dans quelle mesure les atteintes actuelles étaient la conséquence de l'accident.

c) Le Dr O._____ a adressé l'assuré au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu un rapport le 5 avril 2011, dont on extrait ce qui suit :

« Evaluation de la situation

L'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic d'une évolution dépressive chronique, évidente depuis 2001, d'intensité fluctuante entre légère et moyenne-sévère, ce qui est le cas depuis quelques temps déjà, bien avant qu'il vienne à ma consultation, accompagnée d'une vive angoisse, désorganisatrice, chez une personnalité au noyau psychotique probable, actuellement décompensée, caractérisée fondamentalement par le défaut de construction de l'espace symbolique, se manifestant depuis quelques temps déjà par le désarroi et la perplexité (ndr : il s'agirait d'un caractère psychotique selon Bergeret, ou d'une pensée opératoire selon Marty et Fain) chez un homme à l'intelligence limite, dont les ressources adaptatives sont épuisées.

K._____ a subi un accident dans des circonstances émotionnelles particulières, alors qu'il rentrait au Portugal parce que sa mère et sa femme étaient malades. Les conséquences psychologiques de cet accident ont fini par épuiser ses ressources adaptatives, qui avaient déjà été bien entamées lors d'un accident précédent, également vivement ressenti émotionnellement, car il avait entre autre reporté les deux bras cassés.

Son histoire partagée entre la Suisse et le Portugal illustre les difficultés inhérentes à l'émigration. Depuis 2004, il se sent et se dit perdu : sans travail et loin des siens, "qui ne le comprennent pas", nous a-t-il dit, sommé dernièrement de vendre le logement des siens au pays, "sans quoi il ne pourra plus toucher d'aide sociale", lui a-t-on dit, il est désespéré.

Il est très difficile de le soutenir par une approche psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, aussi par l'importance de l'isolement social dans lequel il est réduit, par la chronicité et l'intensité de la pathologie anxieuse et dépressive dont il souffre, par l'écrasante influence de difficultés extérieures et par la pauvreté, voire l'absence de ressources adaptatives. Le danger d'un effondrement dépressif et d'un acte suicidaire, qui était assez éloigné jusqu'à début 2010, existe actuellement.

Sur le plan thérapeutique, mis à part le suivi médico-psychiatrique nécessaire, il semble essentiel que M. K._____ retrouve le contact avec sa famille et la confiance des siens. [...] Une intervention thérapeutique sur la famille sera avec toute probabilité nécessaire, mais elle est difficile sinon impossible toutefois à imaginer à distance....

Ou alors faire valoir l'évidence que l'évolution anxieuse et dépressive constatée est liée à des troubles persistants et désorganisateur de la dépression post-traumatique dont il a souffert et souffre encore, et demander la mise en oeuvre

d'une expertise pluridisciplinaire pour confirmer ou infirmer la relation de causalité naturelle et adéquate du désastre qu'on observe actuellement après les accidents émotionnellement très chargés que ce patient a successivement subis, sans que des traitements adaptés du point de vue psychiatrique soient mis en route, sans négligence de la part du patient, mais en raison du fait que l'évolution de troubles psychiatriques s'est faite dans un contexte personnel et culturel particulier, qui conditionnait le fait qu'il n'avait pas nécessairement conscience de ses troubles psychologiques.

L'incapacité de travail est totale pour des raisons psychiatriques depuis qu'il est venu à ma consultation, et certainement déjà depuis longtemps auparavant. »

Dans un courrier du 14 avril 2011 adressé au mandataire de l'assuré, le Dr P. _____ a précisé ce qui suit :

« Je me réfère à la correspondance que vous m'avez adressée le 8 avril 2011, et vous précise ici que, si la relation de causalité naturelle entre les troubles psychiques que présente actuellement M. K. _____ et l'accident est certaine, en ce qui concerne la relation de causalité adéquate, elle devra être précisée et argumentée dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire qui doit être mise en œuvre, comme acte dû pour rendre justice à l'intéressé. »

K. La CNA a rendu une décision le 29 juillet 2011, rejetant l'opposition de l'assuré. Elle a notamment considéré que le rapport du Dr O. _____ du 7 octobre 2010 ne démontrait en rien l'existence d'une aggravation qui justifierait la reprise d'un traitement médical et/ou une nouvelle appréciation des séquelles de l'accident. Il en allait de même du rapport d'examen du Dr D. _____ du 28 février 2011, qui confirmait les bilans précédents au dossier. Ce médecin évoquait l'hypothèse d'une lésion plexuelle très limitée non objectivable, ce qui ne permettait pas d'établir un lien de causalité adéquate au degré de la vraisemblance prépondérante. Il constatait pour le reste que l'on était face à un état résiduel et irréversible sans traitement spécifique à proposer, ce qui était superposable aux avis des médecins de la CNA. Concernant le Dr P. _____, la CNA a relevé qu'il ne semblait pas avoir posé un diagnostic susceptible de s'appuyer *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu. En outre, il ne précisait pas en quoi son avis divergeait de celui du Dr F. _____. La question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident pouvait rester indécise, dans la mesure où celle d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. Concernant le bras gauche de l'assuré, la CNA a observé qu'aucune plaie ou contusion n'avait été notée

au CHUV quatre jours seulement après les faits. Ensuite, il convenait de considérer que l'accident était de moyenne gravité au sens étroit du terme. L'assuré dormait au moment des faits et l'on ne pouvait qualifier l'accident subi de particulièrement impressionnant, même si l'on ne pouvait nier un certain caractère dramatique aux circonstances, telles que décrites par le Dr D._____. Le critère de la gravité ou la nature particulière des lésions physiques apparaissait devoir être écarté sans autre. Ensuite, un traitement antalgique et de physiothérapie mis à part, le traitement médical proprement dit n'apparaissait pas pour autant anormalement long. Le dossier révélait surtout qu'il y avait eu débat médical sur la question de savoir s'il fallait continuer à privilégier l'approche conservatrice ou tenter une intervention chirurgicale, puis en de nombreux examens d'évaluation. Par ailleurs, aucune erreur de traitement ou difficultés n'était à déplorer. La CNA a reconnu comme constant que les douleurs persistaient. Il s'agissait cependant, en 2002, uniquement de douleurs à la mobilisation de l'épaule, et quelques douleurs paracervicales gauches irradiant dans l'épaule en 2005. Les douleurs étaient considérées comme supportables en 2009. Pour autant que ce critère doive être retenu, la CNA estimait qu'il ne revêtait pas une intensité particulièrement frappante. Enfin, si le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques devait être retenu, force était de constater qu'il y avait eu reprise effective du travail à plusieurs reprises et à des taux variés. Par la suite, la situation de saisonnier de l'assuré l'avait durablement empêché de retrouver un emploi.

L. **a)** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2011, K._____ a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'il a droit à toutes les prestations légales pour les suites de l'accident dont il a été victime le 30 novembre 2001, en particulier la prise en charge des traitements médicaux, à une rente entière de l'assurance-accident depuis la date que Justice dira et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur le taux que Justice dira. Subsidiairement, il conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle

décision dans le sens des considérants. Le déroulement de l'accident est décrit comme suit :

« L'accident du 30 novembre 2001 s'est produit en France, alors que le recourant avait pris place à bord d'un mini-bus, en qualité de passager. Le chauffeur ayant perdu la maîtrise du véhicule, celui-ci a effectué un tonneau au moins. Le recourant s'est retrouvé coincé sous le mini-bus pendant une heure au moins. »

Le recourant conteste avant toute chose l'appréciation médicale de son cas. Il reproche en premier lieu à l'autorité intimée d'avoir insuffisamment instruit son dossier. Il ressort selon lui clairement de la décision entreprise que l'autorité intimée a privilégié l'avis des médecins qui l'ont vu à la Clinique Z. _____ en été 2009, soit deux ans avant que la décision entreprise ne soit rendue. Or, son état de santé s'était aggravé. Le recourant cite les rapports des Drs O. _____, D. _____ et I. _____. Il remarque notamment que la décision entreprise ne mentionne pas le rapport de ce dernier médecin. Au vu de ces différents avis, concordants dans ce sens que son état de santé, déjà sur le plan somatique, n'était plus le même qu'en 2009, il était indispensable d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, ce qui n'avait pas été fait. Sur le plan psychiatrique, l'aggravation était indiscutable, le recourant consultant désormais régulièrement le Dr P. _____. Ce dernier était clair sur le lien de causalité naturelle entre l'accident en cause et les troubles psychiatriques. Ce médecin disait aussi que le recourant n'avait jamais bénéficié des traitements adéquats sur le plan psychiatrique. Il est ainsi erroné selon le recourant d'avancer qu'il n'y a pas eu d'erreur de traitement. Sous l'angle de la causalité adéquate, il considère que l'on ne peut exclure le caractère particulièrement impressionnant du seul fait qu'il dormait au moment où le conducteur a perdu la maîtrise du véhicule. Au contraire, le recourant explique qu'il s'est réveillé alors que le véhicule partait en tonneaux. Il a entendu les cris des autres occupants. Il était parfaitement réveillé lorsque le véhicule s'est immobilisé et l'est resté, coincé, jusqu'à sa désincarcération. Les lésions physiques décrites par les médecins étaient impressionnantes, en particulier, le fait que son scalp avait été fendu sur près de 20cm et qu'il était resté aveuglé par son sang. Selon lui, si la gravité de l'accident devait être qualifiée de moyenne, il

devait être admis qu'elle l'était à la limite supérieure. Le taux de l'atteinte à l'intégrité de 5 % ne pouvait plus être retenu dès lors qu'il ne tenait pas compte de l'aggravation de l'atteinte à sa santé, des deux cicatrices importantes sur son crâne et son front et des séquelles psychologiques. Selon le Dr I._____, la poursuite du traitement médical était par ailleurs nécessaire. Le recourant précise encore avoir effectué de nombreux stages sous l'égide de l'AI sans qu'aucune démarche ne permette de trouver une activité adaptée à son état de santé. L'autorité intimée n'apportait aucun élément nouveau à cet égard. En particulier, elle n'avait pas produit de description de postes de travail (ci-après : DPT), ni formulé d'autres suggestions permettant de circonscrire le type d'activité offrant une capacité de travail résiduelle.

Outre les rapports déjà produits lors de la procédure d'opposition, le recourant a annexé à son recours un rapport du service de chirurgie du Centre A._____ établi le 4 décembre 2001 et constatant notamment un traumatisme crânien sans perte de connaissance avec plaie du scalp, suturée aux urgences. Figure également au bordereau des pièces produites un rapport du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, rédigé le 18 octobre 2010 par le Dr I._____, chef de clinique adjoint, à l'attention du Dr O._____. Il rendait compte d'un status relativement comparable à celui d'il y a quelques années, sans évolution significative du cas. Il estimait justifiés les traitements entrepris par le Dr O._____, comprenant de la physiothérapie et la prise d'antalgiques. Il conseillait également au patient d'effectuer des séances de physiothérapie et de balnéothérapie en piscine, associées à des traitements de myorelaxant.

Le recourant a encore produit des photos des cicatrices résultant des plaies à son cuir chevelu occasionnées par l'accident.

b) Par réponse du 18 novembre 2011, l'intimée a acquiescé très partiellement au recours, en ce sens qu'il convenait d'allouer une IPAI de 7.5 % au lieu de 5 %, en raison des cicatrices visibles sur le cuir chevelu. Elle a pour le surplus conclu au rejet du recours. Relevant peu

d'informations sur les circonstances exactes de l'accident, il ressortait néanmoins de celles-ci, qu'à cause de fortes pluies, le chauffeur du minibus avait perdu la maîtrise de son véhicule, lequel avait fini sa course sur le toit. L'intimée déduisait de la jurisprudence qu'un tel accident devait être qualifié de gravité moyenne au sens strict du terme. Par ailleurs, aucun des critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre l'accident en cause et les troubles psychiques ne se trouveraient remplis.

L'intimée a soumis le dossier de l'assurée à sa division médecine des assurances, singulièrement au Dr R._____, spécialiste en chirurgie, dont le rapport du 17 octobre 2011 (en allemand), concluait à l'absence d'éléments nouveaux. Un traitement de physiothérapie et de balnéothérapie n'était plus indiqué selon ce médecin, ni selon ceux de la Clinique Z._____ et le Dr M._____. Estimant que les rapports des Drs R._____ et M._____ avaient pleine valeur probante, une expertise n'était pas nécessaire au plan somatique, ni sur le plan psychique dès lors que le rapport de causalité adéquate faisait défaut. S'agissant des DPT, telles que versées à son dossier, l'intimée a fait valoir que le mandataire avait eu toute la liberté, après la décision du 2 juillet 2010, de requérir la production du dossier durant le délai pour former opposition. Au surplus, les DPT produites, conformes aux exigences jurisprudentielles, étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant, et donc utile à la détermination du revenu d'invalidé.

c) Par réplique du 14 décembre 2011, le recourant a pour l'essentiel réitéré ses arguments et renvoyé à ses précédentes déterminations, maintenant ses conclusions. Il a notamment relevé, s'agissant des DPT, leur totale discordance avec les particularités concrètes du cas telles que ressortant du dossier de l'AI, dont il a requis la production.

d) Le dossier complet de l'OAI a été produit et mis à disposition des parties pour consultation. Y figure notamment un rapport du 8 novembre 2011 du Dr P._____, lequel explique avoir organisé une

prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée, en collaboration avec le Service [...], les médecins traitants, la Fondation [...] et la Fondation [...]. Alors que la symptomatologie psychiatrique, anxieuse et dépressive, et les éléments de décompensation de la personnalité que son patient présentait au moment où il était venu à sa consultation conditionnaient une incapacité totale de travail jusqu'à dernièrement, il avait pu progressivement se rassurer et entreprendre des activités en ateliers protégés, qui avaient contribué à l'amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive.

e) Par réponse du 23 janvier 2012, l'intimée a rejeté les griefs du recourant, maintenant les conclusions prises dans son écriture du 18 novembre 2011.

f) Par écriture du 15 février 2012, le recourant a déclaré ne pas avoir de déterminations particulières ni de réquisitions complémentaires à formuler et maintenir les conclusions et réquisitions contenues dans ses précédentes écritures.

M. a) Le Tribunal de céans a confié à la Clinique V._____ (ci-après : la Clinique V._____) le mandat d'effectuer une expertise pluridisciplinaire. Les experts ont rendu leur rapport le 25 septembre 2012, fondé sur le dossier médical du recourant (tant celui de la CNA, que celui de l'OAI), un examen de médecine interne et quatre consiliums, psychiatrique, rhumatologique, neurologique et orthopédique. On extrait de ce rapport de qui suit :

« RAPPEL ANAMNESTIQUE
[...]

Affection actuelle
[...]

En 2011, dans le cadre de la Fondation [...], Monsieur K._____ effectue un stage aux Editions [...]. Le travail lui convenait car il devait emballer de petits paquets mais son rendement était jugé insuffisant. Ensuite, le Dr P._____ organise une prise en charge par la Fondation [...], dans les ateliers. Dès le 06.08.2011, Monsieur K._____ peut travailler dans leurs ateliers à raison de 100 %, avec cependant un rendement diminué, dans la petite menuiserie. Au tout début, ce travail lui plaisait mais progressivement son moral

s'est aggravé et suite à différents petits conflits le mois dernier, Monsieur K. _____ a complètement craqué, s'est énervé, avec apparition de vertiges, tête lourde, douleurs partout. Le Dr C. _____, remplaçant du Dr P. _____, lui a prescrit un certificat d'incapacité totale.

Depuis lors, la situation s'est légèrement améliorée. Alors qu'il y a trois semaines, il ne pouvait plus sortir de chez lui, enfermé dans son appartement, couché dans le noir, il parvient maintenant à s'habiller et à sortir. Sa fille, âgée de 21 ans, est arrivée il y a trois semaines du Portugal pour soutenir son père psychologiquement en cette période d'aggravation du moral.

[...]

Consultation de psychiatrie du 24.07.2012 (Dr H. L. _____)

[...]

Discussion

L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent sur le plan psychiatrique de poser le diagnostic d'épisode dépressif chronique, intensité actuelle légère à moyenne. Sur le plan anamnestique, l'état dépressif a fluctué au moins depuis 2005, quand l'expertisé a constaté l'échec de l'intervention chirurgicale (réalisée en 2004 avec ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2005) quant aux douleurs. On peut considérer que cet échec a décompensé un état psychique déjà fragilisé par l'accident de 2001 qui à ce moment avait généré des symptômes de la lignée post-traumatique : réminiscences, flash back, cauchemars, conduites d'évitement. On constate chez l'expertisé des capacités de mentalisation et de représentation des affects très limitées, ce qui explique que le recours à la psychiatrie s'est fait très tardivement malgré les troubles psychiques avérés dont l'expression frustrée n'en permettait pas aisément la reconnaissance.

L'état psychique actuel est donc caractérisé par un état dépressif léger à moyen qui est cependant toujours prêt à basculer dans une intensité sévère dès que l'assuré est soumis à un stress, aussi minime soit-il. Un lien de causalité entre l'accident et ses séquelles avec l'état psychique actuel peut être qualifié de certain, cela en tenant compte toutefois des facteurs aggravants qu'ont été l'échec de l'intervention par rapport aux douleurs chroniques, ainsi que les décisions de la Suva et de l'Al que l'expertisé a ressenties comme injustes. Les capacités de mentalisation limitées de l'expertisé ont pu également jouer un rôle aggravant dans l'évolution et les réactions psychologiques de celui-ci. On peut considérer que l'état dépressif fluctuant représente un obstacle à une pleine capacité de travail et à une complète insertion dans un circuit économique normal.

APPRECIATION DU CAS

[...]

Actuellement, sur le plan orthopédique, à l'examen clinique, on constate objectivement une mobilité pratiquement totale et tout à fait normale de l'épaule gauche. La trophicité musculaire à la fois de la ceinture scapulaire gauche mais également brachiale, antébrachiale, thénarienne et hypothénarienne du membre supérieur gauche est excellente. Il existe une petite anomalie morphologique de la diaphyse de la clavicule gauche, indolore à la palpation et sans retentissement fonctionnel. Les examens radiologiques réalisés en 2008 ne montraient pas d'arthrose acromio-claviculaire visible.

Sur le plan neurologique, un bilan extensif avec ENMG a été à nouveau réalisé dans le cadre de l'expertise. L'ENMG n'apporte à nouveau pas d'élément significatif en direction d'une atteinte plexuelle brachiale gauche. On retrouve un

discret ralentissement de la vitesse de conduction motrice au passage du coude, toujours évocateur d'une discrète neuropathie cubitale gauche au coude à la limite du significatif, sans menace fonctionnelle associée.

L'atteinte du nerf cubital peut expliquer des troubles sensitifs au niveau de la main mais ne peut en aucun cas rendre compte des douleurs et de l'importance de la gêne décrite par Monsieur K._____.

En conclusion, sur le plan orthopédique et neurologique, le bilan actuel n'apporte pas d'explication claire aux plaintes formulées par Monsieur K._____ et il existe une importante discordance entre les constatations objectives et l'importance des plaintes subjectives.

Par ailleurs, sur le plan rhumatologique, nous constatons, qu'au cours des années, les douleurs ont tendance à s'étendre en tache d'huile, Monsieur K._____ signalant actuellement des douleurs au niveau cervical et dans la colonne lombaire irradiant dans le membre inférieur gauche. L'étude des documents radiologiques montre une fracture claviculaire parfaitement consolidée et l'IRM cervicale démontre une absence de pathologie discale, hormis une discrète protrusion discale postérieure C3-C4 prédominant à droite non compressive.

Il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, vasculaire, neurocompressive, infectieuse, auto-immune ou métabolique. Les douleurs ne sont actuellement pas explicables entièrement selon un modèle biomédical seul.

Sur le plan somatique, s'agissant de la relation de causalité naturelle entre les troubles et l'événement accidentel de 2001, nous retenons que la petite anomalie morphologique de la diaphyse de la clavicule gauche, qui n'a cependant aucun retentissement fonctionnel, est en relation de causalité certaine avec l'événement accidentel. L'atteinte du nerf cubital gauche au coude est en relation de causalité possible, mais non probable ou certaine avec l'événement accidentel.

Concernant la perte à l'intégrité sur le plan somatique, il n'y a aucune aggravation par rapport à l'examen final de la SUVA et à l'examen de la Clinique Z._____ de 2009 et l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de 5 % reste d'actualité.

Concernant la capacité de travail sur le plan somatique, en considérant le status après fracture de la clavicule gauche et ostéotomie de cette dernière, nous retenons une capacité de travail nulle et définitive pour l'ancienne activité de maçon ainsi que pour toutes les activités physiquement lourdes. Toutes les activités nécessitant l'utilisation répétitive du membre supérieur gauche, les activités soumises à un stress de rendement, les activités avec élévation antérieure et abduction de l'épaule au-delà de 90°, les activités professionnelles nécessitant des mouvements de rotation extrême de l'épaule gauche, d'adduction de l'épaule gauche sont aussi contre-indiquées. Cependant, il n'y a aucune contre-indication pour un travail adapté limitant les activités des bras à hauteur des épaules avec un port de charges régulier de 5 à 10kg, très occasionnellement entre 10 et 20kg dans une activité assise ou debout.

A ce propos, les différentes activités professionnelles proposées par l'AI lors des stages de réadaptation professionnelle étaient adaptées à Monsieur K._____, sauf le port des caisses d'environ 20 à 30kg chez G._____ Sàrl. Les activités de chauffeur-livreur sans le port de telles charges étaient cependant tout à fait adaptées sur le plan somatique.

Sur le plan psychiatrique, Monsieur K._____ n'a jamais présenté de psychopathologie jusqu'à l'accident de 2001. Il a toujours montré d'excellentes capacités d'adaptation, en particulier lors de son émigration en Suisse.

Cependant cet état psychique va progressivement s'altérer après l'accident, Monsieur K._____ ne se sentant plus capable de reprendre son activité

professionnelle de maçon comme auparavant. Il va d'abord présenter des symptômes de la lignée post-traumatique (réminiscences, flash back, cauchemars, conduites d'évitement) et développer progressivement un état dépressif qui va s'aggraver à la suite de l'échec de l'opération de 2004. La décision de la SUVA en 2010 met l'expertisé au désespoir et motive le médecin traitant à l'adresser chez le Dr P. _____, psychiatre, qui assure depuis lors un suivi psychiatrique intégré repris par le Dr C. _____ fin 2011. Le Dr P. _____ retient une évolution dépressive chronique depuis 2001 avec un lien de causalité naturelle certain entre l'accident et les troubles psychiques observés.

Actuellement, le traitement psychiatrique intégré avec administration de médicaments psychotropes, a permis d'améliorer la situation. Cependant, malgré cette amélioration, une activité d'emballleur aux éditions [...] a dû être interrompue en raison d'un rendement insuffisant et une activité en atelier de menuiserie à la Fondation [...] a dû être momentanément interrompue en raison d'un arrêt de travail suite à un pic dépressif important lié à des conflits mineurs au travail.

A l'entretien psychiatrique, Monsieur K. _____ se plaint surtout d'une fragilité évoquant une intolérance aux petites contrariétés de la vie quotidienne. Un conflit mineur peut déboucher sur un état de débordement émotionnel avec tremblements, angoisses, désarroi. Un besoin de s'isoler chez lui dans le noir seul, plusieurs jours, sans manger, ni voir personne. Il se plaint de plus de troubles du sommeil, troubles de la concentration, troubles de la mémoire. Selon lui, c'est grâce au soutien de son médecin psychiatre et à l'établissement de sa fille chez lui durant trois mois que son état s'est amélioré au moment de l'expertise. A l'examen clinique, on remarque cependant une thymie toujours sur le versant dépressif, sans trouble formel de la pensée ni altération du discours.

Ces différents éléments nous permettent de retenir le diagnostic d'épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante. Au moment de l'expertise, l'intensité était évaluée de légère à moyenne. Cependant cet état psychique est toujours prêt à basculer dans une intensité sévère dès que l'assuré est soumis au moindre stress, aussi minime soit-il.

Nous ne retenons cependant pas de trouble de la personnalité, Monsieur K. _____ ayant pu travailler jusqu'à cet accident et ayant mené une vie tout à fait normale jusque-là.

Par ailleurs, au terme de notre colloque pluridisciplinaire, en présence des douleurs de l'épaule gauche envahissantes, s'étendant à tout le membre supérieur gauche, le rachis, le membre inférieur gauche sans qu'aucune lésion anatomo-pathologique ne puisse clairement expliquer l'intensité des plaintes, leur répercussion fonctionnelle dans la vie quotidienne et professionnelle de Monsieur K. _____, nous retenons aussi le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Les douleurs entraînent un réel sentiment de détresse. Ce syndrome somatoforme est sévère puisqu'associé à un épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante qui est à considérer comme une comorbidité et non pas comme les simples symptômes du trouble somatoforme au vu des différentes caractéristiques décrites ci-dessus. Monsieur K. _____ présente aussi une désintégration sociale, restant isolé dans son studio, hormis un couple de voisins qui fait tout pour le sortir de son isolement. Les douleurs durent depuis plus de 10 ans, sont chroniques, résistent à tous les traitements entrepris, même chirurgicaux. On peut donc palier d'une chronification des symptômes. Monsieur K. _____ bénéficie d'un suivi psychiatrique intégré depuis 2011, qui n'a pas permis d'améliorer les symptômes douloureux. On peut dès lors parler d'un état psychique cristallisé. Au sujet du traitement psychiatrique, précisons que l'on constate chez Monsieur K. _____ des capacités de mentalisation et de

représentation des affects très limitées, ce qui explique que le recours à la psychiatrie s'est fait très tardivement malgré les troubles psychiques avérés dont l'expression frustrée n'en permettait pas aisément la reconnaissance. Cela explique aussi, lors de l'hospitalisation à la Clinique Z. _____ en 2009, les conclusions du consilium de psychiatrie qui ne retenait pas de psychopathologie.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, Monsieur K. _____ présente à la fois un épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Un lien de causalité entre l'accident et ses séquelles avec l'état psychique actuel peut être qualifié de certain, cela en tenant compte toutefois des facteurs aggravants qu'ont été l'échec de l'intervention par rapport aux douleurs chroniques ainsi que les décisions de la SUVA et de l'AI que l'expertisé a ressenties comme injustes.

Actuellement, l'état psychique entraîne une diminution des ressources adaptatives, une fatigue, une intolérance à la moindre contrariété, au moindre stress et entraîne à notre avis une diminution de la capacité de travail de Monsieur K. _____ dans une activité adaptée que nous estimons à 50 %.

Une aide au placement pourrait être à nouveau proposée à Monsieur K. _____ en s'assurant que l'activité professionnelle respecte les limitations décrites sur le plan somatique. Si Monsieur K. _____ peut à ce moment-là trouver un nouvel équilibre, on peut espérer une stabilisation de l'humeur et la réussite de la reprise professionnelle à un taux de 50 %. La situation pourrait ainsi être réévaluée dans 2 ans. »

Les experts ont ainsi retenu les diagnostics avec influence sur la capacité de travail d'épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante, actuellement léger à moyen (F32.1), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) et de status après fracture traumatique du tiers moyen de la clavicule gauche, ostéotomie d'allongement et de rotation de la clavicule gauche et ablation du matériel d'ostéosynthèse avec persistance d'une petite anomalie morphologique de la diaphyse de la clavicule (M21.8). Ils ont retenu les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de status post-traumatique cranio-cérébral mineur et de discrète neuropathie cubitale gauche sans menace fonctionnelle. A l'exception de ce dernier diagnostic, tous étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 30 novembre 2001. Il n'y avait pas d'aggravation sur le plan somatique depuis 2009 et la physiothérapie n'était plus nécessaire. Les experts confirmaient une atteinte à l'intégrité de 5 %. Sur le plan strictement somatique, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %. Un suivi psychiatrique avec traitement était nécessaire. Dans la mesure où la symptomatologie psychique se manifestait depuis plus de 10 ans dans des situations non seulement stressantes, mais face à des exigences qui dépassaient la moyenne et entraînaient une diminution de la capacité de rendement, les experts ont

retenu une atteinte à l'intégrité de 50 %. Dans des activités respectant les limitations somatiques, n'entraînant pas un stress de rendement, dans un environnement protégé de la moindre contrariété, le recourant pouvait travailler au maximum à 50 %. L'état psychique paraissait actuellement cristallisé et le pronostic réservé. A la question de la variation du taux d'incapacité dans le temps, les experts ont répondu comme suit :

« Incapacité de travail à 100 % du 03.12.2001 au 18.03.2002. Incapacité de travail à 50 % du 19.03.2002 au 09.02.2003. Incapacité de travail à 100 % depuis le 26.04.2004.

Sur le plan psychiatrique, il y a une atteinte psychique depuis 2001 d'évolution fluctuante. Monsieur K._____ bénéficie d'un suivi psychiatrique par le Dr P._____, médecin psychiatre depuis novembre 2010. A ce moment-là, Monsieur K._____ présentait un état dépressif d'intensité sévère et présentait une incapacité de travail totale. Il est difficile de nous prononcer sur la période d'avant 2010 sur le plan psychiatrique, mais il semble avoir présenté un effondrement dépressif massif depuis en tous cas début 2010. Depuis lors, grâce à une prise en charge psychiatrique intégrée menée de façon *lege artis* avec tentative de réinsertion professionnelle, l'état psychique s'est amélioré permettant une reprise du travail en atelier protégé à 100 % avec cependant un rendement diminué. De façon aiguë, Monsieur K._____ a présenté à nouveau une incapacité de travail totale en juin 2012. L'évolution est actuellement bonne, et nous estimons que dès à présent Monsieur K._____ a retrouvé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. »

b) Le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise précité le 11 octobre 2012. Notant tout d'abord que le lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles psychiques étaient établis de manière définitive, il a renvoyé à ses précédentes écritures concernant la causalité adéquate. Le traitement psychiatrique devait être pris en charge par l'autorité intimée. S'agissant de l'IPAI, elle devait être nouvellement fixée à 55 %. Au vu des limitations à respecter concernant une activité adaptée au taux exigible de 50 %, un abattement supplémentaire pouvait se justifier. S'agissant des indemnités journalières de l'assurance-accidents, le recourant notait que les experts n'avaient pas été en mesure de dresser un tableau complet de la chronologie de ses incapacités de travail. L'on apprenait néanmoins qu'au moment où l'autorité intimée avait statué, son état de santé n'était pas stabilisé, puisqu'il connaissait un épisode dépressif d'intensité sévère et présentait une incapacité de travail totale. On ne savait pas exactement depuis quand l'état psychique avait été suffisamment stabilisé pour permettre une reprise de travail en atelier protégé. Il ressortait cependant d'un courrier du Dr P._____ du 21

septembre 2011 (produit avec les déterminations), que le recourant avait commencé à travailler dans un atelier de la Fondation [...] au mois d'août 2011. On pouvait donc admettre, dans le sens de l'expertise, qu'à partir de ce moment-là, l'état de santé psychique était stabilisé (sous réserve de l'épisode aigu temporaire de 2012). En conséquence, jusqu'au mois de juillet 2011 à tout le moins, le recourant avait droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents, faute de stabilisation de son état de santé. Le droit à la rente pouvait être fixé à partir du mois d'août 2011.

c) Par déterminations du 14 novembre 2012, l'intimée a repris les conclusions de l'expertise sur le plan somatique, remarquant qu'elles étaient identiques à celles des médecins de la Clinique Z._____. Sur le plan psychique, elle a rappelé que les troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident en cause. Elle a toutefois soumis l'expertise à la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin conseil de l'intimée. Ce médecin a estimé en résumé, dans un rapport en allemand du 16 octobre 2012, que l'expertise était à peine suffisante. Elle s'étonnait du fait que seul le diagnostic de trouble dépressif figurait dans la partie psychiatrique de l'expertise, un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant étant par ailleurs retenu dans la partie interdisciplinaire. S'agissant de l'incapacité de travail de 50 % notamment, celle-ci avait été estimée selon elle de manière grossière et n'était pas motivée de manière assez détaillée. Quant à l'atteinte à l'intégrité, un taux de 50 % était injustifié si l'on se fondait sur les diagnostics évoqués et sur les commentaires concernant leur degré de gravité au moment de l'expertise. Cette atteinte devait se monter plutôt à 35 % environ.

Par courrier du 22 novembre 2012, le recourant a requis le retranchement du rapport précité du dossier, au motif qu'il violait selon lui le principe de l'égalité des armes. A défaut, il a requis un délai supplémentaire afin de faire réaliser également une expertise privée.

Par courrier du 30 novembre 2012, l'intimée s'est déterminée sur l'écriture du recourant du 11 octobre 2012, observant que ce dernier ne faisait valoir aucun élément nouveau et concluant au rejet du recours.

Suite à la production par l'intimée de la traduction en français du rapport de la Dresse S._____, le recourant a, par écriture du 18 décembre 2012, réitéré sa demande de retranchement dudit rapport. A défaut, il en a demandé la transmission aux experts judiciaires pour détermination.

d) Les experts de la Clinique V._____ ont été interpellés afin de compléter leur rapport, sur la base des questionnaires produits par chacune des parties. L'intimée a établi sa liste de questions sur la base d'un rapport du 5 mars 2013 de la Dresse U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle observait encore que l'estimation de l'atteinte à l'intégrité était inexacte si l'on s'en tenait au diagnostic indiqué. Lorsque les experts se seraient prononcés au sujet du degré de gravité des troubles psychiques, il serait alors possible selon elle de procéder à l'estimation de cette atteinte. La Dresse U._____ a encore ajouté qu'il serait intéressant de savoir s'il y avait eu d'autres blessés lors de l'accident et dans quelle mesure le recourant en avait été témoin.

Les experts de la Clinique V._____ ont produit un complément d'expertise le 11 juin 2013, dont on extrait ce qui suit :

« Questionnaire de la SUVA établi le 08.03.2013 :

1. Quels diagnostics entrent en considération dans le cas de Monsieur K._____ ? Parmi ces différents diagnostics, lesquels présente encore l'assuré ?

Nous retenons comme diagnostics avec influence sur la capacité de travail ceux déjà cités dans notre rapport, à savoir :

- Episode dépressif chronique d'intensité fluctuante, actuellement léger à moyen. F32.1
- Syndrome somatoforme douloureux persistant. F45.4
- Status après fracture de la clavicule gauche, ostéotomie et ablation de matériel d'ostéosynthèse avec persistance d'une anomalie morphologique de la clavicule.

2. Plus particulièrement, existe-t-il encore des troubles anxieux ? Dans l'affirmative, de quelle nature ?

En plus des symptômes d'une thymie déprimée, l'expertisé se plaint d'une angoisse de fond, d'une anxiété liée à l'avenir, d'une intolérance marquée aux contrariétés mineures de la vie quotidienne, d'un besoin régulier de s'isoler et de se couper de tout contact social. Il présente en outre des troubles de la mémoire immédiate et des troubles de la concentration. Au mieux de son fonctionnement (notamment au moment de l'expertise où l'expertisé est rassuré par la présence à son domicile de sa fille en visite pour quelques semaines), Monsieur K. _____ a un environnement social qui se limite exclusivement à un échange bref et quotidien avec un couple voisin.

3. Existe-t-il des troubles de stress post-traumatique ? Si oui, de quelle ampleur ?

Pendant plusieurs mois après l'accident, l'expertisé a présenté des symptômes de la lignée post-traumatique : réminiscences flashbacks, cauchemars, manoeuvres d'évitement et anxiété. Ces symptômes se sont amendés. Si l'accident lui est rappelé (par exemple à l'occasion de cette présente expertise) il est alors habité par des réminiscences qui peuvent devenir obsédantes par moments.

4. Pouvez-vous, d'un point de vue psychiatrique, confirmer l'existence de trouble somatoforme douloureux ?

Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été posé après colloque entre les deux signataires de l'expertise. Au moment de son examen, l'expert psychiatre a signalé la présence de douleurs résiduelles en s'abstenant de poser formellement le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, n'ayant pas à disposition les conclusions des autres experts convoqués, orthopédiste, neurologue et rhumatologue. Après examen de ces experts, compte tenu d'une discordance entre les résultats des examens cliniques et paracliniques d'une part et des douleurs subies par l'expertisé d'autre part, le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux a pu être posé au sens d'un syndrome douloureux non entièrement expliqué par les altérations somatiques. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux a donc été posé en accord avec la bonne pratique clinique et diagnostique, c'est-à-dire après colloque interdisciplinaire et après être assuré que le syndrome douloureux ne résulte pas entièrement d'une condition ou altération somatique. Il ne s'agit donc pas d'une "lacune de la partie psychiatrique de l'expertise", comme l'avance la Dresse S. _____.

Veillez s'il-vous plaît estimer le degré de l'atteinte à l'intégrité pour l'ensemble des troubles relatifs à la sphère psychique.

L'atteinte à l'intégrité résulte de deux atteintes à la santé, à savoir l'état dépressif chronique d'intensité fluctuante et le syndrome somatoforme douloureux, deux comorbidités psychiatriques se renforçant réciproquement dans leurs effets sur l'intégrité personnelle et le fonctionnement social. Si l'état dépressif chronique a été évalué d'une intensité actuelle légère à moyenne, son impact sur le fonctionnement social (isolement) et la capacité de travail (manque d'élan vital, intolérance sévère au stress, troubles de la mémoire et de la concentration, anxiété liée à l'avenir) est majeur. La conjonction des deux troubles psychiatriques parle en faveur d'un trouble psychique global modéré entraînant une atteinte à l'intégrité de 50 % selon le tableau 19 (annexe au texte édité par la SUVA : "indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles psychiques d'accident selon la loi fédérale suisse sur l'assurance-accidents : principes et indications pour la pratique de l'expertise" signé par le Dr Philipp Portwich et préfacé par la Dresse Hofmann-Richter). [...] »

e) Par déterminations du 8 juillet 2013, le recourant a confirmé sa position, considérant pour l'essentiel que le complément d'expertise était clair, complet, détaillé et motivé.

f) Par écriture du 27 août 2013, l'intimée a produit un rapport de la Dresse S. _____ du 6 août 2013, dont elle reprenait les conclusions, soit que les nouvelles réponses des experts n'apportaient rien de nouveau.

g) Le recourant, par courrier du 29 octobre 2013, a informé le Tribunal de céans n'avoir aucune détermination complémentaire à formuler sur le dernier rapport de la Dresse S. _____, cette dernière se bornant à réitérer les critiques déjà formulées à l'encontre du travail des experts.

N. Une audience d'instruction a été tenue le 29 novembre 2013. Un délai a été laissé aux parties pour renseigner le Tribunal sur l'issue de pourparlers transactionnels qu'elles entendaient entreprendre, notamment s'agissant de l'octroi d'une indemnité en capital. A défaut d'entente, une instruction complémentaire serait mise en œuvre s'agissant de clarifier les circonstances de l'accident.

L'intimée a confirmé ses conclusions par courrier du 14 janvier 2014 en faisant valoir qu'après réexamen, l'absence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 30 novembre 2011 et les troubles psychiques présentés par le recourant excluait de pouvoir adhérer à la proposition transactionnelle consistant à allouer une indemnité en capital.

O. **a)** A la requête du juge instructeur, Y. _____ assurances (ci-après : Y. _____ assurances), assureur responsabilité civile du détenteur du véhicule accidenté, a produit, le 7 février 2014, son dossier relatif à l'événement en cause, comprenant notamment des photos du véhicule après l'accident, ainsi que l'avis de sinistre rempli par le preneur d'assurance. Ce dernier y a expliqué que, sous une pluie intense, le conducteur avait perdu la maîtrise du véhicule dans un virage et était tombé dans une pente. Le dossier de Y. _____ assurances contient

également une lettre non datée adressée par un autre passager du véhicule, lequel explique notamment que l'accident avait fait divers blessés légers, ainsi qu'un article de presse relatant que onze des seize passagers avaient été blessés « sans trop de gravité ». Y. _____ assurances a précisé que selon les indications fournies par son preneur d'assurance, aucun rapport de police n'avait été établi, ce que confirmait le fait que le représentant en France de l'assurance n'avait jamais donné suite à ses demandes de lui faire parvenir un éventuel rapport.

b) L'intimée s'est déterminée sur les pièces produites par Y. _____ assurances le 22 février 2014, faisant observer que l'accident n'avait fait que des blessés légers. Il n'en ressortait pas que des passagers seraient restés sans secours pendant une heure et demie. L'intimée ne comprenait pas non plus pourquoi aucun passager n'était venu au secours du recourant, s'il avait effectivement eu le bras gauche coincé sous un montant du véhicule. Il n'apparaissait par ailleurs pas que le véhicule ait effectué des tonneaux. Enfin, entre 2001 et 2010, le recourant n'aurait versé au dossier aucune pièce rendant compte de telles circonstances quant au déroulement de l'accident, aucune plaie ou contusion du bras gauche n'ayant au demeurant été mentionnée dans les documents médicaux contemporains à l'accident.

c) Le recourant s'est déterminé sur le dossier de Y. _____ assurances par écriture du 25 mars 2014. S'agissant des circonstances de l'accident il observait que selon l'avis de sinistre établi à l'attention de Y. _____ assurances, celui-ci s'était produit à 22h15, alors que les températures devaient être basses. Il pleuvait. Le véhicule circulait de l'ouest vers l'est si l'on se référait à la coupure de presse. Le croquis de l'avis de sinistre indiquait que le véhicule était sorti de la route sur sa droite. Le terrain était en pente. Le minibus avait nécessairement fait au moins un demi-tonneau, puisque les photos montraient clairement qu'il était détruit sur le flanc et l'arrière gauches. L'état du véhicule après l'accident confirmait la force de l'impact. L'article de presse mentionnait l'intervention du SMUR, de cinq centres de secours et de deux ambulances privées, ce qui ajoutait au caractère dramatique des circonstances. Le

recourant n'avait pas perdu connaissance et avait donc assisté au ballet des ambulances. Il était vraisemblable que les passagers légèrement atteints avaient été rapidement emmenés et n'avaient ensuite pas eu de nouvelles du recourant, qui n'avait été dégagé de sous le véhicule et transféré à l'hôpital que beaucoup plus tard. Ceci était corroboré par le rapport d'hématologie, la demande d'analyse ayant été réceptionnée à 00h35, ce qui signifiait une admission à l'hôpital plutôt vers minuit. Enfin, l'article de presse relatait un événement ressenti comme « spectaculaire » pour un spectateur neutre. Au vu de ces éléments, il y avait lieu de conclure à un accident grave, à tout le moins de retenir un cas à la limite de l'accident grave. Concernant la souffrance du recourant, il y avait lieu de considérer que, selon la littérature médicale la plus autorisée, l'évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatique est la principale réponse au traumatisme psychologique qui en a résulté.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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 compte tenu des fêtes (art. 38 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la poursuite de la prise en charge par l'intimée des suites de l'accident subi par le recourant le 30 novembre 2001, tant sur le plan somatique que psychiatrique, ainsi que sur le degré d'invalidité reconnu au recourant et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1, 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2, U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1, 126 V 353 consid. 5b, 117 V 359 précité consid. 4a, 117 V 369 consid. 3a).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à

l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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, 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1, 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, la CNA 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA,

aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

c) Lorsque l'assuré ne met pas, ou pas pleinement, à profit sa capacité de travail après l'accident, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des DPT établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Les données salariales qui résultent des DPT ne peuvent toutefois servir au calcul du revenu d'invalidé que pour autant que certaines conditions soient remplies. Ainsi, l'assureur doit produire cinq DPT et préciser le nombre total de places de travail documentées entrant en considération pour le handicap donné, les salaires maximum et minimum de celles-ci et le salaire moyen du groupe correspondant (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

4. En l'espèce, au vu des rapports et des avis médicaux divergents versés au dossier, ainsi que du temps écoulé depuis le dépôt du rapport de synthèse établi par la Clinique Z._____, et compte tenu de l'approche circonstanciée du cas effectuée ensuite par le Dr P._____, le Tribunal de céans a estimé qu'il n'était pas suffisamment renseigné sur l'état de santé du recourant, respectivement sur les tenants et aboutissants de l'évolution au long cours des atteintes décrites, sur les plans somatique et psychique. Il se justifiait dès lors de mettre en œuvre une expertise judiciaire pluridisciplinaire, confiée à la Clinique V._____.

Ce centre d'expertise a pleinement répondu aux attentes que recouvrait le mandat confié, à l'évidence délicat au regard de la nature des différentes atteintes à la santé comme de l'écoulement du temps. Tant le rapport d'expertise établi le 25 septembre 2012 que le complément rendu le 11 juin 2013 satisfont aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et emporter la conviction. En effet, se rapportant de manière systématique au dossier médical tel que chronologiquement constitué et versé au dossier, les experts ont procédé à une anamnèse rigoureuse et détaillée du cas, relevant les plaintes alléguées et les réponses ponctuellement données à celles-ci. Ils ont ensuite procédé, dans chacune des quatre problématiques médicales spéciales, aux examens et observations cliniques utiles. La description du contexte médical est claire et fouillée, et l'appréciation du cas par chaque spécialiste l'est tout autant. Les conclusions de chaque volet de l'expertise sont dûment motivées, fondées sur des observations cliniques dûment consignées et après discussion quant aux avis divergents. Enfin, l'ensemble des résultats a fait l'objet d'un consilium entre les experts, dont les conclusions procèdent d'une synthèse claire et cohérente, ceci déjà dans le cadre du rapport initial. Les experts ont par ailleurs satisfait à leur mission dans le cadre du complément d'expertise, rendu après que les parties aient pu faire valoir leurs observations ou critiques. Le rapport complémentaire répond en effet de manière circonstanciée et précise aux questions posées, sans incohérence ni contradiction, échappant ainsi aux griefs somme toute assez peu étayés de l'intimée, en particulier sur le plan psychiatrique.

Partant, le présent litige sera tranché, dans ses aspects qui relèvent du domaine médical, à la lumière des considérations et des conclusions de l'expertise judiciaire pluridisciplinaire effectuée par la Clinique V._____.

5. a) Sur le plan somatique, les experts de la Clinique V._____ ont retenu le diagnostic invalidant de status après fracture traumatique du tiers moyen de la clavicule gauche, ostéotomie d'allongement et de rotation de la clavicule gauche et ablation du matériel d'ostéosynthèse

avec persistance d'une petite anomalie morphologique de la diaphyse de la clavicule. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité de maçon, mais à une capacité entière dans une activité adaptée, soit sans utilisation répétitive du membre supérieur gauche, sans élévation antérieure et abduction de l'épaule au-delà de 90°, ni mouvement de rotation extrême et d'adduction. Il n'y a selon eux aucune contre-indication à un travail adapté limitant les activités des bras à hauteur des épaules avec un port de charges régulier de 5 à 10kg, très occasionnellement entre 10 et 20kg, dans une activité assise ou debout. Ils ont considéré que l'atteinte du recourant était en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident du 30 novembre 2001. Concernant l'atteinte à l'intégrité, ils ont retenu qu'aucune aggravation n'était intervenue depuis l'examen de la Clinique Z._____, de sorte que la fixation du taux de l'IPAI à 5 % restait d'actualité.

b) De l'examen clinique complet des troubles somatiques auquel les médecins consultés se sont livrés, il ressort que la persistance des douleurs et des plaintes de l'assuré ne repose sur aucun fondement médical objectif, respectivement ne trouve pas d'explication sur le plan biomédical. Faute d'une péjoration qui ait pu être dûment observée et documentée après que la Clinique Z._____ a rendu son rapport en juillet 2009, il convient de se rallier aux experts de la Clinique V._____ pour retenir la stabilisation de l'état de santé de l'intéressé à compter de cette période.

Ainsi, sur le plan des troubles physiques, le bien-fondé du terme mis à la prise en charge des frais de traitement à compter de juillet 2010, ainsi que la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité à compter du même mois doivent être confirmés, ceci aux arguments retenus par l'intimée dans sa décision du 2 juillet 2010, à laquelle il suffit de renvoyer. Le recourant n'en disconvient du reste pas, se ralliant en définitive aux conclusions de l'expertise judiciaire qu'il tient à juste titre pour probante, notamment s'agissant de sa capacité de travail résiduelle dans les activités réputées adaptées aux limitations fonctionnelles telles que retenues par les experts.

c) Subsiste, sur le plan somatique, la question de l'IPAI, telle qu'arrêtée à 5 % par l'intimée, qui concéderait néanmoins de la voir portée à 7.5 % afin de prendre en compte les cicatrices encore visibles sur le cuir chevelu du recourant.

A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Cette indemnité, allouée sous forme de prestation en capital, est échelonnée, selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, en application des directives figurant à l'annexe 3 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202) et en se rapportant à des tables d'indemnisation indicatives établies par la Division médicale de la CNA (art. 25 LAA ; ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1).

Fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4), la gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales, de sorte qu'il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (GILIG/ZOLLINGER, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 1984 pp. 100 ss ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

En l'espèce, l'intimée retient, sur le seul plan somatique, une atteinte à l'intégrité de 5 %, quotité dont l'expertise judiciaire confirme expressément, de manière motivée, le bien-fondé. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de l'avis unanime des médecins concernés, de sorte que la décision attaquée peut être confirmée sur ce point.

6. Au titre des troubles psychiques développés par l'assuré à la suite de l'accident du 30 novembre 2001, l'expertise judiciaire retient les diagnostics invalidants d'épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante, actuellement léger à moyen, ainsi que celui de syndrome somatoforme douloureux persistant. L'incapacité de travail du fait de ces affections a fluctué entre 100 % et 50 %, ce taux étant actuellement retenu dans le cadre d'une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles.

En l'occurrence disputée, la prise en charge des suites de tels troubles par l'assurance-accidents tient, comme rappelé au considérant 3a ci-dessus, à l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident en cause.

a) S'agissant du lien de causalité naturelle, les experts le tiennent pour certain, précisant que le recourant présentait une excellente capacité d'adaptation avant l'accident, celle-ci s'étant épuisée ensuite, d'abord par une symptomatologie post-traumatique, puis un état dépressif s'aggravant en 2004, pour connaître une aggravation par effondrement massif en 2010, puis une stabilisation à la reprise d'une activité en août 2011 (avec un bref pic dépressif en 2012). Les conclusions des experts sur ce point, dûment étayées, ne sont par ailleurs pas critiquées par les parties, de sorte qu'il y a lieu de s'y rallier.

b) S'agissant de la causalité adéquate, en présence de troubles d'ordre psychique développés par la victime à la suite d'un accident, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité requis.

ba) Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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, en fonction de son déroulement.

Cela étant, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée, tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. En présence d'un accident de gravité moyenne, un certain nombre de critères doit être pris en considération, 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 au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Ces sept critères ne doivent pas être cumulativement réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la

jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4, 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb).

bb) En l'espèce, les parties s'entendent à juste titre pour qualifier l'événement en question d'accident de gravité à tout le moins moyenne. A juste titre également, elles ne considèrent pas que l'on puisse retenir le cas grave au sens strict, tel que la jurisprudence l'envisage. Elles s'opposent en revanche sur la question d'un classement de l'accident à la limite de la catégorie des accidents graves, respectivement sur la réalisation des critères permettant de retenir le lien de causalité adéquate dans un tel cas de figure.

Le déroulement de l'événement en cause, tel qu'il ressort de l'ensemble des pièces successivement versées au dossier, conduit à retenir la qualification d'accident de gravité moyenne, à la limite de la catégorie des accidents graves *stricto sensu*. En effet, passager d'un minibus de quinze places, rempli, avec notamment plusieurs enfants, en particulier un nouveau-né, le recourant décrit avoir été réveillé dans son sommeil, de nuit et sous une pluie intense, lorsque le conducteur a perdu la maîtrise du véhicule et que celui-ci a effectué une sortie de route en se renversant. Selon ses premières déclarations, corroborées par le croquis de l'accident et les photos du véhicule (présentant d'importants dégâts sur le flanc gauche et l'arrière), ce dernier a fait au moins un tonneau, créant la panique à bord de cet espace confiné, celle-ci se traduisant notamment par des cris, des hurlements et des pleurs, singulièrement ceux du nouveau-né dont le recourant se dira particulièrement effrayé. Il est par ailleurs établi que le choc a causé à l'intéressé une importante plaie au scalp, qui saignait abondamment, le sang lui obstruant la vue. Le choc lui a causé une fracture de la clavicule et un traumatisme crânien, mais sans perte de connaissance, de sorte qu'il est resté spectateur des événements jusqu'à sa désincarcération, sans pouvoir se libérer dès lors qu'un bras était coincé sous un montant, ceci durant une heure au moins. Un article de presse a qualifié l'embardée de spectaculaire, versant une photographie de l'épave, l'accident ayant fait onze blessés au nombre des

seize occupants et les secours portés ont donné lieu à un ballet d'ambulances.

bc) Cela étant, au nombre des critères requis, il y a lieu de considérer que l'événement en cause a présenté un caractère particulièrement impressionnant quant à son déroulement, ce dont l'intimée ne disconvient du reste pas, se bornant à alléguer une intensité dramatique insuffisante, mais sans étayer ce jugement de valeur. Il convient également de retenir le critère d'une durée anormalement longue du traitement médical. Sur ce point, l'anamnèse contenue dans le rapport d'expertise judiciaire renseigne à satisfaction sur les médecins consultés au long cours et les traitements entrepris sur le plan somatique, depuis l'accident de 2001 jusqu'à la stabilisation du cas en juillet 2009. Avec les experts, il convient de retenir que le critère des douleurs persistantes est également rempli, l'anamnèse et les rapports médicaux versés au dossier renseignant à satisfaction à ce sujet, en particulier quant aux tentatives infructueuses de reprise d'une activité adaptée. Enfin, au vu de l'échec des traitements chirurgicaux et conservateurs intervenus en 2004 et 2005, se pose la question de la réalisation du critère supplémentaire de l'erreur dans le traitement ayant entraîné une aggravation des séquelles. En effet, la décision de pratiquer une ostéotomie d'allongement et de rotation ainsi qu'une ostéosynthèse par plaque à reconstruction s'est avéré à tout le moins inadéquate, relevant d'une appréciation inexacte de la nécessité d'un tel traitement comme d'un comportement déontologiquement discutable. La question ici posée d'assimiler à une erreur médicale le choix d'un traitement chirurgical dont il aurait été prévisible qu'il se révèle inadéquat et puisse aggraver l'état de santé, comme ce fut le cas, peut toutefois demeurer ouverte, au vu de la réalisation des autres critères.

Partant, les considérations qui précèdent offrent le constat de la réalisation de trois - voire quatre - des critères énoncés par la jurisprudence, ce qui suffit à retenir un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques du recourant et l'accident du 30 novembre 2001.

c) Se pose encore, à ce stade, la question du caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux retenu par les experts.

En effet, de jurisprudence constante, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées). Seule la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (tel un état dépressif majeur), ou la présence de critères dont le cumul permet d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux peuvent conduire à une invalidité. Parmi ces critères doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2, 130 V 352 consid. 2.2.3).

Conformément à la doctrine médicale, sur laquelle se fonde la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et les références citées). Cela ne saurait être le cas que lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine*).

En l'espèce, il convient de retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique autonome, le recourant souffrant d'épisode dépressif chronique d'intensité fluctuante, depuis de nombreuses années, avec des pics d'intensité sévère. Les conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Clinique V._____ sont claires à cet égard, quant au fait que le trouble dépressif est indépendant du trouble somatoforme douloureux. Les experts retiennent par ailleurs que le recourant souffre de désintégration sociale, n'ayant plus de contact qu'avec un couple de voisins, son état psychique étant en outre cristallisé.

d) Il faut en conclure que la prise en charge des deux troubles psychiatriques distincts présentés par l'assuré des suites de l'accident incombe à l'intimée. Subsiste la question des prestations à servir par l'assureur.

da) A cet égard, dès lors que les experts retiennent de manière convaincante une stabilisation de l'état de santé sur le plan psychique à compter du mois d'août 2011, eu égard à la reprise d'une activité professionnelle, avec traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, ce mois est dès lors déterminant pour la fixation et l'octroi d'une rente d'invalidité, fondée sur la capacité de travail de 50 % retenue par les experts.

db) S'agissant de la période antérieure à la stabilisation de l'état de santé sur le plan psychique - laquelle emportera le point de départ d'une stabilisation de l'état de l'assuré sur un plan global, seule déterminante, conférant ainsi un caractère erroné à la seule stabilisation sur le plan somatique telle que retenue exclusivement par l'intimée -, les prestations légales seront dues, soit les indemnités journalières, ainsi que la prise en charge des frais de traitements spécifiques à l'atteinte à la santé psychique. En particulier, il reviendra à l'intimée de procéder à une nouvelle qualification des prestations reconnues sur le seul plan somatique, singulièrement la fixation de la rente telle que prématurément arrêtée, compte tenu de la stabilisation globale - sur les plans physique et psychique - de l'état de santé intervenue non pas en 2009, mais en 2011.

dc) Postérieurement à la stabilisation de l'état de santé, respectivement après la fixation de la rente, la prise en charge du traitement médical psychiatrique incombera également à l'intimée, en application de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. En effet, à teneur de cette disposition, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et le remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration, risques que l'expertise judiciaire expose de manière claire et convaincante quant à la nécessité du suivi psychiatrique du recourant.

dd) Enfin, les experts seront également suivis s'agissant de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour séquelles psychiques, quant à son principe - ce que n'exclut pas l'intimée - mais également sa quotité. Le rapport de la Clinique V._____ est rigoureusement motivé sur ces points, retenant une atteinte modérée de 50 % en se fondant sur la table utile - extraite de la brochure « Indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles psychiques d'accident selon la loi fédérale suisse sur l'assurance-accidents : principes et indications pour la pratique de l'expertise » - prévue à cet effet en cas d'atteinte dont la symptomatologie psychique observable et ses conséquences ont un retentissement indubitable sur les facultés cognitives, qui ne se manifeste pas seulement dans des situations particulièrement stressantes, mais déjà face à des exigences qui dépassent la moyenne quotidienne.

e) L'octroi des prestations précitées pour les suites de l'accident du 30 novembre 2001 étant reconnu quant à son principe, la cause sera renvoyée à l'intimée pour en calculer les montants, le cas échéant après en avoir requalifié ou précisé la nature.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée

et le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision, après calcul du montant des prestations dues.

En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice.

Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, arrêtés en l'espèce à 4'000 fr. à charge de l'intimée, compte tenu de la complexité de la cause, des nombreux échanges d'écritures et des mesures d'instruction mises en œuvre, notamment la participation à une expertise judiciaire et à son complément (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 29 juillet 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision, au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais.

- IV.** Les dépens, arrêtés à 4'000 fr. (quatre mille francs), sont mis à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédérale 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).

La greffière :