

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Thalmann, juge, et Moyard, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 6 et 18 LAA.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant brésilien né en 1988, est entré en Suisse en août 2008 et s'est marié en avril 2009.

Sans formation professionnelle, il a été engagé en qualité d'aide-maçon à plein temps par la société E._____Sàrl, sise à [...], à compter _____ du 13 juillet 2009. Il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

B. En date du 27 juillet 2009, il a été victime d'un accident alors qu'il se trouvait sur un chantier. Le cas a été annoncé à la CNA par déclaration de sinistre du 28 juillet 2009, libellée notamment en ces termes par l'employeur :

« En travaillant à l'étroit sous un vide sanitaire (hauteur 70cm) pour des travaux de réparation d'égouts, [l'assuré] s'est déboîté une épaule dans un geste malencontreux en extrayant des déblais par le trou d'homme de la sortie. »

Il était précisé que l'assuré était rémunéré au tarif horaire de 25 fr. 35 pour un horaire de travail de 47,5 heures hebdomadaires.

L'assuré a été pris en charge en urgence au sein de l'Hôpital I._____, où a été diagnostiquée une « luxation gléno-humérale antérieure » de l'épaule gauche, laquelle a été réduite sous anesthésie. En incapacité totale de travail dès le jour de l'accident, il a porté un gilet orthopédique et bénéficié d'un traitement antalgique, ainsi que de séances de physiothérapie.

La CNA a servi ses prestations des suites de cet accident.

C. Compte tenu de la persistance des douleurs, des diagnostics de « lésion de la tête humérale de type Hill-Sachs » et de « lésion du labrum », l'assuré a fait l'objet d'une plastie capsulo-ligamentaire antérieure avec pose de quatre ancrés « Mitek » au sein des Etablissements hospitaliers C._____ en date du 17 mars 2010.

A la suite d'une chute le 11 juin 2010, au cours de laquelle l'assuré s'est notamment réceptionné sur l'épaule gauche, il a présenté une exacerbation de ses douleurs, ce qui a motivé la poursuite d'un traitement physiothérapeutique, antalgique et anti-inflammatoire, ainsi que de l'incapacité totale de travail.

Par dépôt du formulaire ad hoc le 13 août 2010, l'assuré a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Consulté par l'assuré à la demande de la CNA, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé en date du 25 octobre 2010 que la symptomatologie s'avérait « difficile à objectiver » en présence d'une « tendance [à l']aggravation des douleurs réelles ». Une arthroscopie diagnostique réalisée le 6 décembre 2010 par ce praticien a mis en évidence une « capsulite rétractile » et une « low grade infection par *propionibacterium acnes* ».

L'assuré a été suivi dès 2011 au sein du Centre hospitalier H._____ par les Drs J._____, médecin adjoint du Service d'orthopédie et traumatologie, et K._____, médecin associée du Service de rhumatologie. Le Dr J._____ a indiqué le 17 juin 2011 que l'assuré présentait « éventuellement [une] surcharge psychique », tandis que la Dresse K._____ a fait état d'un « important état anxio-dépressif » aux termes d'un rapport du 13 juillet 2011.

Sur incitation de la CNA, l'assuré a séjourné au sein de la Clinique F. _____ du 31 août 2011 au 14 septembre 2011. Il a été constaté, selon le rapport corrélatif du 12 octobre 2011, que son état de santé n'était pas stabilisé. Sur le plan psychique, « aucune psychopathologie » n'était retenue en dépit d'une « baisse de la thymie ». La poursuite de la physiothérapie et de la prise en charge spécialisée auprès de la Dresse K. _____ était au surplus préconisée.

Cette dernière, sous la plume de la Dresse Q. _____, médecin assistante, a établi un rapport le 30 janvier 2012, adressé en copie à la CNA. Elle a exposé que l'assuré, après avoir séjourné au sein de l'Unité de Rééducation du Centre hospitalier H. _____ dès le 10 janvier 2012, avait dû être transféré le 24 janvier 2012 au Centre de psychiatrie G. _____ compte tenu d'un « état dépressif avec éléments psychotiques et risque suicidaire ».

La CNA a informé l'assuré par pli du 6 mars 2012 que les frais de cette hospitalisation seraient à la charge de son assurance-maladie, considérant que ses troubles psychiques étaient étrangers à l'accident du 27 juillet 2009.

Par rapport médical du 22 mars 2012, adressé à l'OAI, les Drs X. _____ et Y. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au sein du Centre de psychiatrie G. _____, ont signalé que l'assuré souffrait d'un « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques », dont l'évolution devait être favorable sous traitements psychothérapeutique et pharmacologique. Un rapport dans le même sens a été adressé par ces spécialistes à la Dresse K. _____ le 6 juin 2012.

L'assuré a effectué un nouveau séjour à la Clinique F. _____ entre le 12 mars 2013 et le 9 avril 2013, laquelle a rendu son rapport le 23 avril 2013 à l'issue notamment d'examens spécialisés en chirurgie orthopédique, médecine physique, rééducation et psychiatrie. Les spécialistes de la Clinique F. _____ ont retenu en sus d'une « capsule

rétractile de l'épaule gauche » le diagnostic de « probables troubles mixtes de la personnalité (dont traits schizoïdes) », qualifiant la situation de stabilisée sur le plan somatique. Le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein de la Clinique F._____, a fait état d'un entretien avec le psychiatre traitant de l'assuré, le Dr Z._____. Ce dernier avait constaté auprès de son patient une « fragilité structurelle de personnalité, de type psychotique, avec une symptomatologie persécutoire variable ». Le Dr V._____ a pour sa part déduit que « la psychopathologie de ce patient et son contexte socio-familial [...jouaient] certainement un rôle défavorable dans sa réadaptation physique et ses capacités de réinsertion professionnelle ».

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a convoqué l'assuré aux fins de bilan final réalisé le 28 mai 2013. Son rapport du même jour relate son appréciation du cas comme suit :

« [...] Du point de vue **médical**, l'évolution est marquée par une importante atrophie de la musculature de la ceinture scapulaire G [réd. : gauche] associée à une perte de mobilité selon tous les axes. Par comparaison à l'examen du 26.07.2012, on note une amélioration significative en restant dans des amplitudes articulaires médiocres, compte tenu de l'âge du patient. En raison de problèmes psychiatriques majeurs rencontrés par l'assuré, sans rapport avec l'événement qui nous concerne, nous devons constater que la rééducation de l'épaule après les différentes interventions chirurgicales n'a jamais pu être optimisée, avec comme conséquence, des limitations d'amplitudes articulaires très importantes. Nous constatons également que les suspicions de Sudeck et d'infection ont pu être totalement exclues grâce à différents examens pratiqués tant par le Dr J._____ que par nos confrères de la Clinique F._____. En dernière analyse, nous considérons que la situation est trop avancée pour espérer une quelconque amélioration significative. Du point de vue **asséculoologique**, nous considérons le cas comme stabilisé. Des limitations fonctionnelles sont à reconnaître que sont le port de charge supérieur à 2 kg, toute activité en-dessus de 60° d'élévation ou d'abduction du MSG [réd.: membre supérieur gauche] incluant l'utilisation d'échelle ou d'échafaudage. A contrario, une activité sédentaire sans port de charge et à hauteur d'établi nous semble accessible aux performances de l'assuré. En tenant compte des limitations, l'exigibilité est complète dans une activité adaptée. [...] »

En outre, se fondant sur la table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité, laquelle prévoit un taux de 15% pour une épaule limitée à 90°, le Dr M. _____ a fixé un taux final d'indemnisation de 20% compte tenu de la situation défavorable de l'assuré.

La CNA a informé ce dernier, par correspondance du 4 octobre 2013 adressée à son mandataire, Me Alexandre Bernel, du terme porté au paiement des frais de traitement et des indemnités journalières avec effet au 30 novembre 2013. Elle a en parallèle sollicité la société E. _____ Sàrl afin de connaître le salaire qui aurait été perçu par l'assuré de 2010 à 2013. Cette dernière a communiqué des tarifs horaires de 25 fr. 60 en 2010, 27 fr. 75 en 2011, 28 fr. 05 en 2012 et 28 fr. 30 en 2013, majorés de 8,33% pour un horaire hebdomadaire de 41 heures de travail. La CNA a ainsi déterminé un revenu hypothétique sans invalidité de 5'380 fr. par mois. Quant au revenu d'invalidé, elle a retenu, sur la base de cinq descriptions du poste de travail (DPT), un revenu moyen réalisable à plein temps se montant mensuellement à 4'320 francs. La comparaison de ces revenus a ainsi mis à jour un degré d'invalidité de 19,7%, arrondi à 20%.

Aux termes d'un rapport à l'OAI du 28 octobre 2013, la Dresse U. _____, cheffe de clinique adjointe au sein du Centre de psychiatrie G. _____, assistée de S. _____, assistance sociale, a indiqué que l'assuré avait été hospitalisé à trois reprises pour des « épisodes psychotiques aigus » entre le 24 janvier 2012 et le 15 octobre 2013. Des symptômes positifs florides avaient été observés, ainsi que des symptômes négatifs, soit « un apragmatisme, une aboulie, un émoussement des affects et des troubles de la pensée », ce qui avait justifié de poser un diagnostic de « schizophrénie paranoïde épisodique ». L'état de santé de l'assuré se péjorait, tandis que son incapacité de travail demeurait totale en raison de « difficultés conséquentes pour la recherche, puis l'exercice d'un emploi dans le marché du travail ordinaire. »

Les Drs B._____ et L._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès du Centre de psychiatrie G._____, ont confirmé le diagnostic de « schizophrénie paranoïde » dans un rapport à l'OAI du 2 décembre 2013, considérant que l'assuré était totalement incapable d'exercer une activité lucrative.

En date du 7 janvier 2014, des rapports du Centre de psychiatrie G._____ à l'attention du Dr Z._____, datés des 1^{er} et 12 novembre 2013, ont été communiqués à l'OAI. Les Drs U._____ et O._____, médecin assistant, y ont mis en évidence les diagnostics de « schizophrénie paranoïde continue » et de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère », ainsi que de « schizophrénie paranoïde épisodique rémittente », sur la base de leurs observations, à savoir notamment « un contact difficile avec le patient, un relâchement des associations, une incohérence, la présence de barrages et de rires immotivés, des troubles de la pensée, des hallucinations visuelles et auditives », en sus d'une « thymie abaissée, accompagnée de retrait social, d'insomnies et d'idées suicidaires ».

D. Par décision du 21 mai 2014, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 20% avec effet au 1^{er} décembre 2013, d'un montant mensuel de 771 fr. 15 (valeur 2013), compte tenu des conclusions du Dr M._____ du 28 mai 2013 et du degré d'invalidité déterminé subséquemment. Elle a considéré que sur le plan somatique l'assuré était doté d'une capacité de travail entière dans un poste respectant les limitations fonctionnelles décrites par son médecin d'arrondissement. Les troubles psychiques affectant la capacité de travail et de gain n'étaient en revanche pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 27 juillet 2009, de sorte que la CNA n'avait pas à en répondre. Par ailleurs, elle a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 20% correspondant à un montant de 25'200 fr. (valeur 2009) selon l'appréciation du Dr M._____.

L'OAI a de son côté établi un projet de décision le 3 juin 2014 rejetant la demande de prestations de l'assuré. Il était admis que celui-ci était totalement incapable de travailler dans toutes activités depuis janvier 2012 pour des motifs psychiques, ainsi que depuis son accident du 27 juillet 2009. La survenance de l'invalidité devant être fixée en juillet 2010, l'assuré ne remplissait toutefois pas à cette date les conditions générales d'assurance de sorte que le droit à la rente devait être nié. Des mesures professionnelles étaient au surplus exclues au vu de son état de santé. Une décision formelle reprenant les termes de ce projet a été émise le 14 juillet 2014.

E. Dans l'intervalle, l'assuré, assisté de son conseil, a formé opposition contre la décision de la CNA du 21 mai 2014 par acte du 20 juin 2014, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1^{er} décembre 2013. Il a considéré préalablement que les circonstances de l'accident du 27 juillet 2009 permettaient de le qualifier d'accident de gravité moyenne et procédé à l'examen des critères jurisprudentiels déterminants pour en déduire un lien de causalité adéquate entre ledit accident et les troubles psychiques l'affectant. Eu égard au lien de causalité naturelle, il proposait de fournir de plus amples éléments médicaux destinés à démontrer la réalisation de ce lien.

Par complément du 23 juillet 2014, il a adressé à la CNA un tirage du rapport communiqué par son psychiatre traitant, le Dr Z. _____, à l'OAI le 9 avril 2014. Ce dernier y relatait une « dépression sévère avec symptômes psychotiques » existant depuis janvier 2012. Son pronostic était « plutôt sévère sur le plan clinique, vu la péjoration de l'état dépressif avec symptômes psychotiques qui pourraient aussi être l'entrée d'une pathologie psychiatrique chronique d'allure schizophrénique ». L'incapacité de travail demeurait totale. L'assuré a requis une instruction de la problématique psychique par le biais d'une expertise.

Le 15 septembre 2014, l'assuré a sollicité de la CNA la coordination de la procédure avec celle conduite en matière AI, soulignant avoir introduit un recours contre la décision de refus de rente de l'OAI du 14 juillet 2014. Était notamment jointe la copie d'une correspondance adressée par les Drs L._____ et W._____, médecin adjoint au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier H._____, à Me Bernel le 7 juillet 2014. Les praticiens précités confirmaient le diagnostic de « schizophrénie paranoïde » et précisaient que ce diagnostic et celui de « dépression sévère avec symptômes psychotiques » se cumulaient. Ils remarquaient par ailleurs que l'accident avait « peut-être joué un rôle de facteur aggravant, voire un facteur déclenchant d'une maladie psychiatrique sans que l'on puisse établir un lien de causalité linéaire ».

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 28 janvier 2015, rejetant l'opposition de l'assuré. Elle a tout d'abord considéré que l'accident du 27 juillet 2009 devait être classé à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne et retenu qu'aucun des critères jurisprudentiels déterminants pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques n'était réalisé in casu. La question de la causalité naturelle pouvait dès lors demeurer indéfinie. Sa responsabilité avait donc été niée à bon droit s'agissant des troubles psychiques affectant l'assuré. Elle a ensuite examiné le degré d'invalidité fixé sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus, compte tenu de la capacité de travail estimée par le Dr M._____ du fait des seules séquelles organiques de l'accident. Les revenus avec et sans invalidité devant être confirmés, il en allait de même du degré d'invalidité de 20% ouvrant le droit à une rente d'invalidité conforme à ce taux dès le 1^{er} décembre 2013. Il n'y avait pas lieu de coordonner la procédure à celle se poursuivant en matière d'assurance-invalidité, le cas particulier ne constituant pas exclusivement un cas d'accident au vu des troubles psychiques ressortant à la maladie.

F. L'assuré a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 23 février 2015. Il a requis préalablement le bénéfice de l'assistance judiciaire

au vu de la précarité de sa situation financière. Sur le fond, il a conclu principalement à la réforme de la décision sur opposition du 28 janvier 2015 dans le sens de l'allocation d'une « rente d'invalidité entière [recte : de 100%] dès le 1^{er} janvier [recte : décembre] 2013 » et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction. Il a fait grief à l'intimée d'avoir constaté de manière incomplète les faits pertinents et « occulté les complications survenues en cours de traitement » tant sur le plan physique que psychique. Ces données factuelles permettaient pourtant à son avis d'apprécier la causalité naturelle et adéquate entre l'accident concerné et les troubles psychiques. Il a fait valoir par ailleurs que l'accident du 27 juillet 2009 avait été la condition sine qua non de l'apparition de ses troubles psychiques, ce qui justifiait à son sens de retenir la réalisation d'un lien de causalité naturelle. Quant au lien de causalité adéquate, il a considéré que six critères jurisprudentiels étaient remplis dans son cas, à savoir une durée de traitement anormalement longue, la présence d'erreurs dans le traitement médical et de complications importantes, la gravité des lésions physiques, la persistance des douleurs physiques, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail. Dès lors que les troubles psychiques s'avéraient séquellaires à l'accident du 27 juillet 2009, un taux d'invalidité de 100% devait lui être reconnu dès le 1^{er} décembre 2013.

Par décision du 25 février 2015, la magistrate instructrice a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 29 janvier 2015, l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi que désignant Me Bernel en qualité d'avocat d'office.

La CNA a produit sa réponse au recours le 7 mai 2015, en proposant le rejet. Elle a réitéré que la réalisation d'un lien de causalité entre l'accident du 27 juillet 2009 et les troubles psychiques survenus auprès de l'assuré devait être niée, dans la mesure où aucun critère jurisprudentiel sur cette question ne pouvait être considéré comme rempli. Elle a en outre maintenu que le degré d'invalidité reconnu en faveur du recourant était bien fondé, compte tenu de la capacité de travail déterminée sur la base

des séquelles organiques résultant dudit accident. La comparaison des gains fondée notamment sur les DPT était à son sens correcte, alors que la détermination du revenu d'invalidé au moyen de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ne serait pas plus favorable au recourant.

Aux termes d'une réplique du 3 juin 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir, à titre subsidiaire, que la rente d'invalidité de 20% devrait à tout le moins être augmentée à 32%, motif pris d'un revenu hypothétique sans invalidité à son sens sous-évalué. Il a relevé à cet égard qu'une note versée au dossier de la CNA faisait état d'un horaire hebdomadaire de 47,5 heures accompli auprès de E. _____ Sàrl, ce qui correspondait aux éléments communiqués par cet employeur sur la déclaration de sinistre du 28 juillet 2009. La CNA avait cependant pris en compte un horaire hebdomadaire de 40,5 heures, lequel avait lieu d'être corrigé à la hausse pour mettre à jour un revenu hypothétique sans invalidité annuel de 75'723 fr. 75.

La CNA a dupliqué le 6 juillet 2015 relevant que l'horaire hebdomadaire de 47,5 heures correspondait à l'horaire d'été dans le secteur de la construction. L'horaire moyen était en revanche de 40,5 heures au sein de E. _____ Sàrl, ce qui correspondait à la convention collective de son domaine d'activités. Elle a signalé que les indemnités pour vacances et jours fériés n'avaient pas à être ajoutées puisque le salaire hebdomadaire mis à jour dans le cas du recourant avait été multiplié par 52 semaines.

Par détermination du 24 août 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions du 23 février 2015, procédant à la correction d'erreurs de plume dans le libellé de ces dernières. Il a au surplus suggéré que les arrêts à venir en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité soient notifiés simultanément, « de manière à éviter des décisions contradictoires », à défaut d'une jonction formelle des deux causes.

La magistrate instructrice a communiqué au recourant en date du 26 août 2015 qu'une jonction des causes en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents ne se justifiait pas dans la mesure où la problématique dans ce dernier domaine avait trait à la causalité entre l'accident du 27 juillet 2009 et l'affection psychique, ce qui n'avait aucune incidence dans le cadre de l'assurance-invalidité. Elle a précisé qu'une suspension de la procédure introduite contre la CNA ne s'imposait pas davantage.

G. Par arrêt rendu le 25 août 2015 dans la cause opposant l'assuré à l'OAI (AI 205/14 - 225/2015), la Cour de céans a admis le recours formulé contre la décision de refus de rente du 14 juillet 2014 et réformé celle-ci en ce sens que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} janvier 2013. Elle a retenu que l'invalidité de l'assuré résultait de l'atteinte à la santé psychique, laquelle avait entraîné une incapacité totale de travail et de gain dès le 1^{er} janvier 2012 et constituait un nouveau cas d'assurance. A l'issue du délai de carence d'un an, le recourant remplissait par ailleurs les conditions générales d'assurance de sorte qu'il avait droit au versement d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2013.

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public introduit par l'OAI contre cet arrêt cantonal dans un arrêt du 9 mai 2016 rendu en la cause 9C_697/2015.

H. Aux termes d'une correspondance du 19 juillet 2016, la magistrate instructrice a informé les parties qu'en sus de l'arrêt fédéral précité, diverses pièces médicales réunies par l'OAI étaient versées au dossier de la procédure entamée contre la CNA, à savoir :

- le rapport du 22 mars 2012 des Drs X._____ et Y._____ à l'OAI ;
- le rapport du 6 juin 2012 des Drs X._____ et Y._____ à la Dresse K._____ ;

- le rapport du 28 octobre 2013 de la Dresse U._____ et de Mme S._____ à l'OAI ;
- les rapports des 1^{er} et 12 novembre 2013 des Drs U._____ et O._____ au Dr Z._____ ;
- le rapport du 2 décembre 2013 des Drs B._____ et L._____ à l'OAI.

La cause a au surplus été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours contre la décision sur opposition du 28 janvier 2015 a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile en date du 23 février 2015. Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

Les différents aspects de la motivation d'une décision font partie de l'objet du litige sur lequel le juge peut être appelé à se prononcer, quand bien même ils ne seraient pas formellement contestés, pour autant que cette motivation concerne l'un des rapports juridiques tranchés dans le dispositif de la décision et contestés par le recourant. Le tribunal ne se prononce toutefois sur les éléments qui forment l'objet du litige, mais qui n'ont pas été contestés, que s'il a des motifs suffisants de le faire en raison des allégations des parties ou d'autres indices ressortant du dossier (ATF 125 V 413 cité et 110 V 48 consid. 4a in fine ; Meyer/von Zwehl, op. cit., p. 443 ss.).

b) In casu, sont exclusivement litigieux le rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 27 juillet 2009 et l'atteinte à la santé psychique affectant le recourant, ainsi que la détermination du revenu sans invalidité fondant la comparaison des gains opérée par l'intimée.

Aux termes de la décision sur opposition querellée, la CNA a confirmé l'allocation d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 20% par suite d'une comparaison des revenus, à savoir un

revenu d'invalide reposant sur cinq DPT et un revenu sans invalidité ressortant des informations communiquées par l'employeur de l'assuré. Elle a par ailleurs considéré que les critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 juillet 2009 et les troubles psychiques présentés par l'assuré n'étaient pas remplis. La question de la causalité naturelle pouvait dès lors demeurer indécise.

Quant au recourant, il estime que l'accident incriminé a été la condition sine qua non de la survenance de ses troubles psychiques, ce qui justifie à son sens de reconnaître un lien de causalité naturelle entre ces éléments. Il argue par ailleurs que son cas remplit six des sept critères dégagés par la jurisprudence fédérale pour admettre la réalisation d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé psychique. Au stade de la procédure de recours, il a par ailleurs fait valoir que le revenu sans invalidité avait été sous-évalué par l'intimée du fait de la prise en compte d'un horaire hebdomadaire usuel inférieur à l'horaire effectivement déployé pour le compte de E. _____ Sàrl.

Ne sont en revanche pas litigieux le revenu d'invalide déterminé par la CNA au moyen de cinq DPT, ni le taux retenu pour fixer l'IPAI, servie selon les termes de la décision initiale du 21 mai 2014. De même, la recourant ne remet pas en question la capacité de travail de 100% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, telle que reconnue par l'intimée sur la base de l'examen final du Dr M. _____, en lien avec les séquelles purement organiques de l'accident.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 LPGGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

b) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : SVBR, 3^{ème} éd. 2016, n° 121 ss). Le Tribunal fédéral a encore récemment précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_77/2009 du 4

juin 2009 consid. 4.1.1 et les références citées ; 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

d) Dans la pratique, on notera que nombre d'accidents ayant occasionné des lésions de l'épaule ont été classés parmi les accidents de gravité moyenne à la limite inférieure de cette catégorie :

- cas d'une glissade, suivie d'une chute de plusieurs mètres, avec réception sur le dos et l'épaule droite, ayant entraîné une déchirure de tendons, in : TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 2 ;
- cas d'un brusque mouvement pour tenter de retenir la chute d'une pierre d'un poids de 50 kg environ, ayant entraîné une scapula alata, in : TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 124/01 du 22 novembre 2001 consid. 3 ;
- cas d'une forte contusion de l'épaule ou de l'omoplate par le brusque heurt d'une plaque métallique lors du déchargement d'un camion, in : TFA U 222/99 du 16 février 2000 consid. 5.

Certains accidents survenus à une épaule ont en revanche été qualifiés d'accidents de peu de gravité, soit notamment le cas d'une chute sur le pont arrière d'une camionnette, ayant entraîné une contusion de l'épaule gauche, in : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid. 3.

e) Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.1.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- 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, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, au moins trois critères doivent être cumulés ou l'un d'eux revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; 115 V 403

consid. 5c/aa et bb ; TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 ; U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4).

On ajoutera que, dans les arrêts cités supra sous considérant 3d, le Tribunal fédéral a systématiquement nié tout lien de causalité adéquate entre les accidents concernés (à l'origine de lésions de l'épaule) et les troubles psychiques observés subséquemment auprès des personnes assurées.

4. Il s'agit préalablement de remarquer, eu égard à la qualification de l'accident du 27 juillet 2009, que ce dernier pouvait être considéré comme relativement banal, au point qu'il aurait été envisageable de le classer à la limite supérieure de la catégorie des accidents de peu de gravité.

Cela étant, on se limitera à confirmer la position de l'intimée, partagée par le recourant, selon laquelle l'accident du 27 juillet 2009 est d'une gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie.

S'impose dès lors l'examen des critères jurisprudentiels énumérés sous considérant 3e) supra pour se prononcer sur la causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et l'accident incriminé.

a) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère a été nié à bon droit par la CNA dans l'examen du degré de gravité de l'événement du 27 juillet 2009. Ce critère doit en effet être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; 8C_1020/2008 du

8 avril 2009 consid. 5.2 ; U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207).

En l'occurrence, l'assuré n'a à aucun moment craint pour sa vie ou son intégrité, ni même perdu connaissance. Il apparaît qu'un bidon destiné à l'extraction de déblais, rempli par l'assuré lui-même, est tombé sur son avant-bras et a entraîné le « geste malencontreux » à l'origine de la lésion de l'épaule gauche. L'effet de surprise est en conséquence moins important qu'en cas de chute ou de lésion provoquée directement ou indirectement par un tiers. On ajoutera que, quand bien même les collègues de l'assuré n'ont pas pu l'extraire du trou d'homme dans lequel il travaillait, il a été rapidement secouru par les ambulanciers et transporté à l'Hôpital I._____. Il n'y a reçu que des soins ambulatoires (cf. rapport de l'Hôpital I._____ du 27 juillet 2009 et rapport d'entretien entre la CNA et _____ l'assuré _____ du 14 août 2009).

b) Relativement à la gravité des lésions physiques, on observera que la jurisprudence fédérale considère qu'une lésion de l'épaule ne revêt en général pas une gravité particulière (TF 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4 dans le cadre d'une entorse acromioclaviculaire consécutive à une chute à vélo ; 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.2 dans le cadre d'une déchirure de tendons consécutive à une chute en montagne ; 8C_304/2010 du 5 janvier 2011 consid. 3.2 dans le cas d'une rupture de la coiffe des rotateurs consécutive à une chute sur une plaque de glace ; cf. également : TFA U 92/03 du 23 septembre 2003 consid.3).

Partant, il convient de nier que le critère de la gravité des lésions physiques soit réalisé en l'espèce. L'assuré a été victime d'une « luxation gléno-humérale avec lésion de la tête humérale de type Hill-Sachs », ce qui correspond en langage commun à un « déboîtement » de l'épaule. Il s'agit manifestement d'une lésion en soi banale, ne touchant pas un organe ou une fonction vitale. On relèvera que les traitements

dispensés, singulièrement les interventions chirurgicales effectuées, ont permis à l'assuré de conserver l'intégrité de son membre supérieur, le défaut de mobilité constatée n'étant a priori pas explicable sur la base des éléments cliniques objectifs. Par ailleurs, le recourant dispose de l'usage de son membre supérieur, contrairement à ce qu'il soutient, dans la limite des restrictions fonctionnelles liées essentiellement au port de charges et aux travaux en abduction de son bras gauche.

c) Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations - même pendant une certaine durée - ne suffisent pas à fonder la réalisation de ce critère (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 in : RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a notamment nié la réalisation de ce critère dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (TF U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3).

On ne saurait considérer in casu que le traitement ait été anormalement long ou que l'assuré ait été astreint à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. Il a certes subi plusieurs interventions chirurgicales, lesquelles se sont toutefois déroulées sans complications majeures. La luxation de l'épaule a d'abord été traitée par réduction en ambulatoire, sous anesthésie générale, puis par immobilisation au moyen d'un gilet orthopédique. Compte tenu de la survenance d'une instabilité de l'épaule et de la persistance des douleurs,

l'assuré a subi des examens révélant une lésion de la tête humérale et une lésion du labrum avant d'être opéré et hospitalisé du 17 au 22 mars 2010. Il a bénéficié d'une arthroscopie avec biopsie intra-articulaire le 6 décembre 2010, laquelle a justifié les diagnostics de « capsulite rétractile » et d'une « infection low grade a proprioni bacterium acnes », ou d'une « arthrite sceptique ». S'en sont suivis des séjours à la Clinique F._____ pour prise en charge pluridisciplinaire, ainsi qu'une hospitalisation en janvier 2012 en vue de rééducation. Cela étant, la prise en charge thérapeutique ambulatoire ou stationnaire nécessitée par la lésion accidentelle ne peut être qualifiée de particulièrement invasive ou pénible, dans la mesure où elle se décompose en quelques courtes périodes réparties sur une longue durée, soit deux traitements ambulatoires et quatre hospitalisations, dont trois à des fins rééducatives. Le recourant a au surplus essentiellement poursuivi des séances de physiothérapie et des traitements antalgiques, ce qui n'apparaît pas particulièrement pénible, ni anormal au vu des lésions consécutives à l'accident en cause. Quoi qu'en dise l'assuré, il faut en conclure que le critère relatif à la durée du traitement médical n'est pas davantage réalisé en l'espèce (cf. également concernant ce critère : TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 5.4).

d) Par ailleurs, au vu des conclusions des spécialistes en chirurgie ou en rhumatologie ayant examiné ou pris en charge l'assuré, on ne peut prendre en compte des douleurs physiques persistantes importantes qui auraient des répercussions substantielles sur la vie quotidienne, en l'absence de substrat organique expliquant les plaintes alléguées. On rappellera en effet que le Dr D._____ a observé une « tendance à l'aggravation des douleurs réelles »

(cf. rapport du 25 octobre 2010), tandis que le Dr J._____ a évoqué une « surcharge psychique » (cf. rapport 17 juin 2011), confirmée ultérieurement par les Dresses K._____ et Q._____ (cf. rapports des 13 juillet 2011 et 30 janvier 2012). Cette dernière a au demeurant constaté que l'assuré ne prenait pas constamment des anti-douleurs (cf. rapport du 30 janvier

2012). On ajoutera que les spécialistes de la Clinique F._____ ont conclu également à la présence de « facteurs contextuels influençant négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré » (cf. rapport du 23 avril 2013).

Le recourant a enfin été considéré comme apte à la reprise d'une activité lucrative à plein temps sur le plan strictement somatique, dans le respect des restrictions imposées à son membre supérieur, ce qui exclut manifestement une incidence majeure des suites de l'accident du 27 juillet 2009 sur la vie quotidienne.

La réalisation du critère des douleurs physiques persistantes doit dès lors être nié. Quoiqu'il soit, même dans le cas contraire, il conviendrait de considérer que ce critère ne revêtirait pas à lui seul une intensité suffisante pour que l'événement accidentel apparaisse propre à engendrer une atteinte à la santé psychique.

e) Quant à d'éventuelles erreurs dans le traitement médical qui auraient entraîné une aggravation des séquelles de l'accident, on peut certes relever que le Dr D._____ a évoqué une « insuffisance de la réparation capsulo-labrale », sans toutefois en mentionner la cause (cf. rapport du 25 octobre 2010). On ne trouve par ailleurs pas d'élément au dossier de l'intimée qui envisagerait des erreurs dans le traitement médical. Le recourant laisse au demeurant ses allégations à cet égard sans preuves, dans la mesure où il ne se prévaut pas d'avoir interpellé le ou les médecins concernés, ni saisi un bureau d'expertise extrajudiciaire, ni davantage ouvert action. On relèvera d'ailleurs que l'échec d'un traitement ne suffit pas à déduire la commission d'une erreur dans son administration.

f) Concernant des difficultés apparues en cours de guérison et des complications importantes, la jurisprudence précise que ces éléments ne doivent pas être réalisés cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut en revanche des

facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 et les références citées).

En l'espèce, des difficultés sont apparues dans les suites du traitement initial, puisque la contention au moyen d'un gilet orthopédique n'a pas suffi et qu'une opération, soit une plastie capsulo-ligamentaire, a dû être effectuée. Ces difficultés ne revêtent cependant pas une intensité particulière, puisque l'hospitalisation de l'assuré a été de courte durée. Quant à une opération envisagée subséquemment (ablation des ancrs « Mitek »), elle n'a finalement pas été entreprise, le corps médical ayant privilégié la rééducation, tandis que l'infection observée auprès du recourant s'est manifestement amendée. On ne peut par ailleurs considérer que la « capsulite rétractile » diagnostiquée post-opératoirement chez l'assuré soit une complication importante, mais bien uniquement un échec du traitement initialement entrepris.

On ajoutera que l'assuré ne peut sérieusement arguer de la réalisation du critère jurisprudentiel corrélatif, alors que son état de santé somatique demeure sans impact significatif sur sa capacité à exercer une activité lucrative.

g) Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en considération une incapacité de travail de degré et de durée anormale en lien avec les lésions strictement physiques consécutives à l'accident du 27 juillet 2009, les restrictions de la capacité de travail ayant été essentiellement motivées par les douleurs ressenties par l'assuré et le développement de troubles psychiques. On rappellera en effet que la psychopathologie du recourant a joué un rôle défavorable dans sa réadaptation physique et ses capacités de réinsertion (cf. rapport de la Clinique F._____ du 23 avril 2013, plus précisément les considérations du Dr V._____).

h) Au vu de l'analyse ci-dessus, on se doit en définitive de constater qu'aucun des critères dégagés par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident concerné n'est réalisé en l'espèce.

Partant, c'est à bon droit que la CNA a nié cette causalité dans la décision sur opposition querellée.

Au demeurant, dans l'hypothèse la plus favorable au recourant, à savoir si l'on devait considérer que les deux derniers critères examinés fussent réalisés, ils ne revêtraient pas une intensité suffisante, ni ne permettraient cumulativement de prendre en compte un lien de causalité adéquate entre l'accident du 27 juillet 2009 et la pathologie psychique affectant le recourant.

Contrairement à ce que soutient le recourant, il est dès lors superflu d'examiner la question de la causalité naturelle, l'absence de lien de causalité adéquate suffisant à exclure le droit aux prestations de l'assurance-accidents du fait des troubles psychiques présentés par l'assuré. Par surabondance, sur ce sujet, on mettra en évidence le rapport du 7 juillet 2014 des Drs L. _____ et W. _____, mentionnant l'absence de « lien de causalité linéaire ». Pour autant que cette notion soit assimilable à celle de causalité naturelle, il apparaît donc qu'elle a été clairement exclue par les spécialistes ayant pris en charge l'assuré.

Enfin, on soulignera qu'une instruction complémentaire, telle que sollicitée à titre subsidiaire par le recourant, peut être écartée en l'espèce. On ne voit en effet pas comment une telle mesure pourrait apporter un éclairage nouveau ou différent des faits pertinents pour l'examen de la causalité adéquate (cf. appréciation anticipée des preuves, laquelle ne viole pas le droit d'être entendu : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 199 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

5. a) En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité.

Selon l'art. 16 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 (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 229 ss).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., ibidem).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente, soit in casu en décembre 2013 (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

b) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant

compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

En l'espèce, l'intimée a obtenu les données concrètes de la société E. _____ Sàrl, employeur de l'assuré à la date de l'accident du 27 juillet 2009, soit le tarif horaire déterminant durant l'année 2013. La CNA a ainsi fixé le salaire présumé réalisable par le recourant, dans le secteur professionnel où il était actif. Or, dans ce domaine d'activités, des variations d'horaires importantes sont autorisées conventionnellement, ainsi que l'atteste le calendrier du secteur principal de la construction dans le canton [...], mis sur pied par les partenaires sociaux signataires de la convention collective applicable (cf. www.ave-wbv.ch). Il s'ensuit que l'horaire hebdomadaire est susceptible d'osciller entre 37 heures (en janvier) et 47 heures (en juillet) en fonction de la période de l'année considérée, ce qui explique les divergences relevées par le recourant dans les données versées à son dossier. C'est ainsi à bon droit que la CNA s'est référée à la durée hebdomadaire moyenne communiquée par l'employeur, qui correspond à la moyenne prévue par la convention collective de travail applicable dans le canton [...]. Par ailleurs, comme l'intimée l'a relevé à bon droit, les indemnités pour vacances et jours fériés n'ont pas lieu d'être ajoutées puisque la multiplication du salaire hebdomadaire par 52 semaines comprend ces éléments. Le calcul opéré par la CNA in casu, mettant à jour un revenu sans invalidité mensuel de 5'380 fr., n'apparaît dès lors pas critiquable et peut être ici confirmé.

En comparant le revenu d'invalidé (4'320 fr.) au revenu sans invalidité (5'380 fr.), on obtient un degré d'invalidité de 19,7%, arrondi à 20%, tel que calculé par l'intimée.

Par conséquent, la décision de la CNA d'octroyer une rente d'invalidité conforme à ce taux s'avère bien fondée. Il en va de même d'ailleurs s'agissant du montant de la rente mensuelle corrélative que l'assuré ne remet pas spécifiquement en question.

6. Il résulte de l'exposé qui précède que la décision sur opposition attaquée doit être intégralement confirmée et le recours rejeté.

a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD).

b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

c) Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alexandre Bernel à compter du 29 janvier 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Bernel a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de son mandant jusqu'au 24 août 2015, ayant fait état en tout de 14 heures, dont 7h42 assumées par un avocat-stagiaire.

Les opérations comptabilisées entrant dans le champ temporel et matériel du mandat, l'activité de Me Bernel peut en définitive être arrêtée à 6h18 au tarif horaire de 180 fr. et 7h42 au tarif horaire de 110 fr. (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 100 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 2'247 fr. 50 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'932 fr. dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera au

Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Alexandre Bernel, conseil du recourant, est arrêtée à 2'247 fr. 50 (deux mille deux cent quarante-sept francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alexandre Bernel, à Lausanne (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :