

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 janvier 2021

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Carole Wahlen,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 4, 7 et 8 LPGA ; 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1
LAA ; 36 al. 1 OLAA**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1956, travaillait depuis le [...] 1981 en qualité de machiniste à plein temps auprès de l'entreprise Q._____ à [...]. Il était de ce fait assuré à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration d'accident signée par l'employeur le 30 juillet 2009, il a été victime d'un accident professionnel, le 12 juin 2009 à 10h.45. Alors qu'il descendait dans une fouille, l'assuré a fait une chute. La partie du corps atteinte était l'épaule droite. Le travail a été interrompu à compter du lendemain, puis repris à 50% dès le 17 août 2009.

Dans un rapport du 4 septembre 2009, les Drs L._____, chef de clinique, et R._____, médecin-assistant, au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, ont posé le diagnostic de rupture transfixiante du tendon du sus-épineux droit associée à une rupture de la partie haute du tendon du sous-épineux ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire de l'épaule droite. Ces spécialistes notaient une baisse de la mobilité et de la force. Une amélioration de la mobilité était possible moyennant de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires antalgiques mais avec la persistance d'omalgies droites par intermittence. Une intervention chirurgicale à l'Hôpital orthopédique était programmée avec une rééducation de trois mois après l'hospitalisation.

L'assuré a séjourné, du 29 septembre au 5 octobre 2009, à l'Hôpital orthopédique du CHUV à [...]. Le 2 octobre 2009, le Dr L._____ a procédé à une réparation arthroscopique du tendon sus-épineux (de l'épaule droite), à une ténotomie du long chef du biceps, à une acromioplastie et résection de la clavicule distale.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 22 octobre 2009 avec l'assuré que ce dernier était à nouveau en incapacité de travail à 100% dès le 25 octobre 2009.

Dans un rapport du 23 octobre 2009, le Professeur J._____, chef de service et les Drs L._____ et S._____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic de rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec tendinopathie du long chef du biceps et arthropathie AC. Décrivant des suites simples et afébriles de l'opération du 2 octobre 2009, ces spécialistes retenaient un arrêt de travail de l'assuré à 100% du 29 septembre au 3 novembre 2009, à réévaluer.

Lors de son contrôle du 3 novembre 2009, le Dr L._____ mentionnait des suites opératoires favorables avec une mobilisation uniquement passive (en abduction et en flexion) du membre supérieur droit très peu douloureuse. Il était procédé à l'ablation d'un gilet orthopédique avec une mobilisation libre de l'épaule droite.

Selon un descriptif du poste de travail établi le 9 novembre 2009 par l'employeur, dans son poste de machiniste à 100%, l'assuré travaillait à raison de 60% du temps assis et 40% en position debout. Les charges portées pouvaient s'élever jusqu'à 10 kilos (rarement). L'assuré se déplaçait sur les chantiers avec des montées et descentes fréquentes de la machine selon le type de chantiers, avec une marche occasionnelle en terrains accidentés. Le maniement des outils de travail (pelle, pioche et racloir) impliquait l'utilisation des deux mains avec un peu de force. Les mouvements répétitifs de l'assuré se caractérisaient par la manipulation de sa pelle mécanique sur pneus de dix-huit tonnes.

Dans son rapport intermédiaire du 12 février 2010, le Dr L._____ décrivait une évolution favorable, avec récupération progressive de la fonction et diminution des douleurs néanmoins présentes à l'effort. Lors de sa dernière consultation du 12 janvier 2010, ce médecin avait observé une mobilité de l'épaule droite complète et symétrique avec une coiffe compétente. Le traitement consistait en des séances de

physiothérapie. Il était trop tôt pour se prononcer quant à une reprise du travail.

A teneur d'un certificat établi le 2 mars 2010 par le Dr L._____, l'assuré était en incapacité de travail jusqu'au 30 avril 2010.

Dans un rapport du 27 avril 2010, le Dr X._____, chef de clinique au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, a fait part de la persistance de douleurs de l'épaule droite surtout à l'effort, et dans une moindre mesure nocturne. La physiothérapie était bénéfique à l'assuré même si la reprise de son travail manuel n'était pas encore envisageable compte tenu des douleurs précitées à son épaule. Il était noté au status une mobilité complète et symétrique avec coiffe compétente ainsi que des douleurs à la mise sous tension du tendon sus-épineux, avec un test de Jobe négatif. La situation était à réévaluer lors de la prochaine consultation prévue le 22 juin 2010.

Le 12 mai 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'Office AI) en relation avec ses troubles à son épaule droite depuis 2009.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 14 juin 2010, dans son activité de machiniste à 100%, l'assuré percevrait un revenu annuel brut de 76'128 fr. depuis le 1^{er} janvier 2010. Ses salaires annuels des années précédentes étaient respectivement de 80'403 fr. 15 (2008) et de 52'111 fr. 90 (2009).

Lors de sa consultation du 22 juin 2010, le Dr L._____ indiquait une reprise du travail à 50% comme machiniste de chantier mais avec une restriction au niveau des efforts du membre supérieur droit, l'assuré ne devant pas utiliser ni pelle, ni pioche. Le prochain contrôle était prévu dans deux mois pour une reprise du travail à temps complet.

L'assuré a été examiné le 23 août 2010 par le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a indiqué notamment ce qui suit dans son rapport du même jour :

"DIAGNOSTIC :

Status 10 mois après réparation du sus-épineux par ancrés, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale de l'épaule D par arthroscopie.

APPRECIATION DU CAS :

Il s'agit donc d'un patient de 54 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, il se plaint d'une perte de force de son bras D ainsi que de douleurs persistantes, en particulier la nuit ou lors d'efforts en abduction. Parfois, il décrit des irradiations au niveau de la nuque et des fourmillements des 3^{ème} et 4^{ème} doigts. Il nous apprend encore que suite à son traumatisme, son médecin lui a prescrit du Cipralax® en raison d'une perte de moral qui actuellement s'améliore suite à une reprise d'activité à 50%.

Objectivement, les résultats de l'intervention sont excellents sur le plan fonctionnel avec une élévation active-passive à 150-170°, une rotation externe à 85° et une rotation interne combinée à D8, symétriques toutes les deux. Un bémol est à signaler concernant l'abduction qui activement reste limitée à 90° mais passivement atteint une amplitude d'environ 140°. A noter encore une excellente trophicité musculaire de la ceinture scapulaire. La mesure des périmètres des MS montre une asymétrie à hauteur du biceps, de 1cm par rapport à la G.

Du point de vue **asséculoologique**, l'examen clinique suggère que l'assuré peut encore réaliser des progrès, surtout en abduction et en force. Pour cette raison, la situation ne nous semble pas tout à fait stabilisée.

Si l'on exclut les travaux utilisant pelle, pioche ou balai, ainsi que le port de charge supérieure à 5kg en abduction, la montée et descente d'échelle et les travaux répétitifs au-dessus de l'horizontale de l'épaule D, l'exigibilité est totale dans une place de travail adaptée. Ainsi, l'activité de machiniste stricte pourrait être reprise avec ce taux. Nous en avons informé l'assuré qui semble parfaitement d'accord avec nos propos.

Compte tenu du caractère évolutif, nous proposons de revoir la situation dans 3 mois avec bilan final, selon l'évolution."

Il résulte d'un procès-verbal du même jour avec l'assuré que sur la base de l'avis de son service médical, il était convenu que la CNA interpelle l'entreprise Q._____ afin de déterminer si un poste de

machiniste à 100% était envisageable. Le cas échéant, une pleine capacité de travail pouvait être reconnue. Selon un procès-verbal d'entretien du 21 septembre 2010 consécutif à une table ronde organisée en ses locaux, l'employeur précité n'avait pas de machiniste occupé à 100% de sorte qu'il n'était pas envisageable d'augmenter le rendement de l'assuré d'au maximum six heures quotidiennes en un tel poste. Il était dès lors prévu de maintenir le taux de 50% (demi-journées) jusqu'au nouveau point de la situation effectué par le médecin d'arrondissement.

A teneur de certificats médicaux des 12, 26 et 30 octobre 2010, l'assuré avait dû interrompre son travail à 50% dès le 12 octobre 2010. Il se trouvait par conséquent en incapacité de travail à 100% depuis cette date.

Le 9 novembre 2010, l'assuré a informé la CNA qu'il était toujours en incapacité de travail à 100% et qu'une IRM était prévue prochainement.

Dans un rapport relatif à un examen par ultrason du coude droit du 11 novembre 2010, le Dr W._____, radiologue à l'Institut d'Imagerie Médicale [...] SA, n'a pas observé d'expansivité solide ou kystique en regard du coude. Il a noté un aspect de l'insertion du tendon commun des extenseurs sur l'épicondyle suggérant une tendinopathie insertionnelle avec discrètes irrégularités osseuses en regard de l'épicondyle. Un aspect similaire était décrit en regard de l'insertion du tendon commun des fléchisseurs sur l'épitrôchlée (avec une éventuelle petite calcification juxta-osseuse). Un léger épanchement intra-articulaire du coude était encore relevé. Ce radiologue estimait qu'une IRM était indiquée afin de réévaluer l'ensemble des tissus mous du coude.

Dans un rapport du 19 novembre 2010 adressé au médecin-conseil de la CNA, le Dr A._____, chef de clinique adjoint au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, mentionnait une évolution à un an post-opératoire stationnaire, avec récupération complète de la fonction mais persistance de douleurs à l'effort et également

nocturnes (à la position couché du côté droit). Le traitement consistait en la poursuite des séances de physiothérapie associées à la prise d'analgésiques et d'anti-inflammatoires. Sans être en mesure de se positionner quant à une reprise du travail, ce spécialiste se prononçait dans le sens de la poursuite de l'activité de machiniste de chantiers à mi-temps en évitant le port de charges lourdes.

Dans un rapport intermédiaire du 20 novembre 2010, le Dr F._____, médecin traitant du Centre Médical du [...] SA, a posé les diagnostics de PSH (périarthrite scapulo-humérale), de status post-chirurgie réparatrice du sous-scapulaire, tendinopathie du long chef, résection de l'acromion (2009), de bursite et tendinite du coude droit (2010). Malgré une évolution avec des douleurs et des craquements chroniques ostéo-articulaires, ce praticien mentionnait une reprise de travail de son patient à 100% prévue le 22 novembre 2010. Un dommage permanent était en outre envisagé.

L'assuré a été examiné le 6 décembre 2010 par le Dr M._____ pour faire le point de la situation. Le diagnostic d'épicondylite du coude droit a notamment été posé, affection qui, selon le médecin d'arrondissement, provoquait une décompensation toute relative de l'épaule droite. Dès lors qu'elle était apparue alors que l'assuré avait repris le travail dans le strict respect de l'exigibilité émise, l'épicondylite du coude droit ne pouvait être mise en relation de causalité avec la reprise d'activité. Pour cette raison, elle n'était pas susceptible d'engager la responsabilité de la CNA mais incombait à la charge de l'assurance-maladie. L'assuré a été informé le même jour de cette prise de position par correspondance du 10 décembre 2010 de son assureur-accidents, lequel poursuivait le versement de ses indemnités journalières à 50%.

Selon une « Feuille-accident LAA » reçue le 11 février 2011 par la CNA, l'assuré était en incapacité de travail à 100% du 2 (recte : 12) octobre 2010 au 5 février 2011.

Par communication du 8 mars 2011, l'OAI a informé l'assuré que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible compte tenu de son état de santé.

Dans un rapport du 15 avril 2011 à l'intention du médecin-conseil de la CNA, le Dr A. _____ a indiqué, au terme de sa dernière consultation du 18 mars 2011, que portant une attelle au coude et poursuivant la physiothérapie, l'assuré conservait des douleurs au niveau de son coude et de l'épaule droite avec une légère impotence fonctionnelle. La reprise du travail prévue le 4 avril 2011 ne s'était finalement pas concrétisée, selon un entretien téléphonique du 9 mai 2011 avec une employée de l'entreprise Q. _____.

A teneur d'une « Feuille-accident LAA » reçue le 7 juin 2011 par la CNA et d'un certificat du 12 juillet 2011 du Dr A. _____, l'assuré était toujours en incapacité de travail à 100% jusqu'au 30 août 2011.

Par lettre du 3 août 2011 de son avocat de l'époque, se référant à un certificat du 20 juillet 2011 établi à sa demande par le Dr A. _____, l'assuré soutenait que les nouvelles douleurs à son coude (irradiant au niveau du pli du coude) étaient consécutives à son accident à l'épaule droite. Il demandait en conséquence la reprise par la CNA du versement de ses indemnités journalières à 100%.

L'assuré a été revu le 6 septembre 2011 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport d'examen du même jour, le Dr M. _____ s'est exprimé en particulier comme il suit :

“5. Appréciation

Il s'agit d'un patient de 55 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, le patient présente des douleurs persistantes de son épaule droite avec sensation de gonflement au niveau des doigts. Caractère insomniant, fréquent des douleurs de l'épaule. Par rapport à décembre 2011, il prétend avoir perdu beaucoup de force. Aucune activité professionnelle n'a été reprise depuis octobre 2010. A domicile, le patient ne pratique aucune activité, si ce n'est de regarder la télévision et passer l'aspirateur, le cas échéant.

Objectivement, l'examen clinique ne montre aucune atrophie musculaire de la ceinture scapulaire droite à hauteur du sus-épineux et du deltoïde. Par contre, la mesure des périmètres au bras et à l'avant-bras montre une atrophie relative, de l'ordre de 1 cm en défaveur de la droite, marquée si l'on considère qu'il s'agit du côté dominant.

En ce qui concerne la palpation, celle-ci est décrite comme douloureuse au niveau de l'apophyse coracoïde et du tendon du biceps ainsi que de sa gouttière. Si l'on fait abstraction des gestes d'évitement et des contorsions caricaturales démontrées par l'assuré, la mobilité de l'épaule droite montre de relatifs bons résultats avec une abduction et une élévation à 150° contre 180° à gauche, une rotation externe symétrique à 80° et une rotation interne combinée à D12 contre D7 à gauche.

Finalement, le testing de la coiffe des rotateurs montre un test de Jobe négatif mais douloureux, un palm-up, un lift-off et un belly-press tous négatifs.

Du point de vue médical, nous considérons que les résultats obtenus sont plutôt satisfaisants au niveau de l'épaule droite. Toutefois, nous considérons également que le patient présente un certain nombre de signes de déconditionnement particulièrement marqués au niveau de sa motivation et de son attitude multi-plaintive. Du point de vue strictement somatique, il nous semblerait opportun d'intensifier la physiothérapie afin de récupérer l'atrophie relative du MSD.

C'est avec ce double objectif que nous proposons à l'assuré d'organiser un séjour à la CRR, ce qu'il accepte.

Du point de vue asséculo-logique, il y a lieu de considérer que l'épicondylite du coude droit est à notre avis sans rapport de causalité avec l'accident nous concernant. De plus, une reprise du travail dans un poste adapté devrait être possible pour autant qu'un reconditionnement puisse être correctement entrepris."

Le 13 septembre 2011, l'assuré a remis à la CNA, un rapport du 8 septembre du Dr A._____. Ce spécialiste estimait l'arrêt de travail à 100% justifié, toute reprise de travail par l'assuré dans la profession de maçon étant qualifiée de « difficile ».

L'assuré a séjourné du 28 septembre au 8 novembre 2011 à la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de la CNA à Sion. Dans un rapport du 19 décembre 2011, les Drs G._____, médecin-adjoint et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et E._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

“DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de l'épaule droite

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Chute avec réception sur l'épaule droite, le 12.06.2009
- IRM de l'épaule droite du 25.06.2009 : rupture transfixiante du supra-épineux, rupture partielle de la partie haute de l'infra-épineux, arthropathie acromio-claviculaire
- Arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale, le 02.10.2009
- Arthro-Ct de l'épaule droite du 14.09.2011 : présence de 2 déchirures, l'une transfixiante du tendon du supra-épineux
- Epicondylalgies médiales du coude droit
- Antécédents de cures de hernie inguinale gauche en 1995 et à droite en 2006”

Ils ont en outre exposé que sur le plan orthopédique, l'assuré présentait un status post-réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie avec re-rupture ainsi qu'une épitrochléite. Vu l'importance de la lésion, une révision chirurgicale n'était pas indiquée. Il convenait de poursuivre la physiothérapie et de pratiquer une infiltration au niveau de la bourse sous-acromiale, geste refusé par l'intéressé. Sous l'angle psychiatrique, il a été noté que l'assuré présentait un fonctionnement de type anxieux, préexistant à l'accident, probablement décompensé par l'incapacité de travail et les incertitudes concernant son avenir professionnel. La poursuite du traitement de Cipralex® n'était pas indiquée. La rééducation n'avait pas eu l'effet escompté, l'intéressé se disant toujours très limité au quotidien (impossibilité de réaliser des activités au-dessus de la tête et limitation de la force de serrage de la main droite). Une amélioration de la mobilité active de son épaule droite était toutefois constatée. Dans ces conditions, il était proposé une poursuite ambulatoire de la physiothérapie à visée d'amélioration de la fonction articulaire et musculaire du membre supérieur droit. Un reclassement auprès de son employeur était à privilégier afin de lui proposer un poste adapté ; si cela s'avérait impossible, il était suggéré une réorientation professionnelle de l'assuré. Il était ainsi convenu d'une reprise du travail à 50% à partir du 14 novembre 2011 dans une activité avec pour principales limitations : « pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas de travail en-dessous du plan des épaules, pas de travaux sollicitant de façon répétée le membre supérieur droit ».

Dans un rapport du 10 avril 2012 pour examen final effectué le même jour, le Dr M._____ a posé les diagnostics de status après arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de la clavicule distale (le 2 octobre 2009), de re-déchirure à 2 niveaux dont l'une transfixiante du tendon du supra-épineux démontrée par arthro-CT de l'épaule droite (du 14.09.2011) et d'épicondylalgies médicales au coude droit. Il a en outre exposé ce qui suit :

"5. Appréciation

Il s'agit donc d'un assuré de 56 ans, machiniste dans la construction, dont les antécédents sont décrits plus haut et sur lesquels nous ne revenons pas.

Subjectivement, en ce qui concerne l'épaule D, il n'a noté aucun changement depuis le dernier examen à l'agence du 06.09.2011 ainsi que depuis sa sortie de la CRR. Ce séjour ne lui a semble-t-il pas été profitable. Il se plaint toujours de douleurs importantes avec gonflement subjectif au niveau du bras. La mobilité reste réduite.

Objectivement, l'examen clinique montre une très discrète atrophie de la musculature de la ceinture scapulaire D au niveau du sus-épineux et du deltoïde. La palpation est douloureuse au niveau de l'apophyse coracoïde, de la face antérieure de l'articulation gléno-humérale, de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que de la gouttière du tendon du biceps se prolongeant distalement à l'insertion de ce muscle à la racine de l'avant-bras. Le testing musculaire montre une coiffe des rotateurs douloureuse mais qui nous semble compétente, ce malgré une collaboration partielle de la part de l'assuré. En ce qui concerne la mobilité, la perte fonctionnelle est indéniable avec une abduction active-passive à 100-110° et une élévation active-passive à 100-135°. En ce qui concerne les rotations, elles sont légèrement diminuées d'environ 10° pour l'externe et D12 contre D6 pour l'interne combinée.

Du point de vue **médical**, l'absence d'une amélioration significative malgré les thérapies appliquées démontre que la situation doit être considérée comme stabilisée. Hormis une infiltration de la bourse sous-acromiale, nous n'avons pas d'autre proposition thérapeutique à formuler. En effet, nous rejoignons la position de l'orthopédiste consultant de la CRR qui estime qu'une nouvelle intervention ne pourrait qu'aggraver la situation actuelle.

Du point de vue **asséculoologique**, il y a lieu de reconnaître des limitations fonctionnelles du MSD que sont le port de charge supérieure à 10kg, toute activité en-dessus de l'horizontale de l'épaule D, les mouvements répétitifs en flexion-extension ainsi qu'en rotation de l'épaule D et l'utilisation d'échelle. En tenant compte de ces limitations, l'exigibilité est complète dans une activité

adaptée. Si l'on se réfère à la profession de machiniste telle que décrite par l'assuré, force est de constater que toute activité à l'aide de pelle ou de pioche doit être proscrite. Par contre, l'utilisation de machine pilotée par manettes à la manière de joystick nous semble parfaitement adaptée à la situation actuelle de l'assuré. Celle-ci étant stabilisée, elle donne droit à une IPAI faisant l'objet d'une appréciation séparée."

Dans un second rapport du 10 avril 2012 intitulé « Estimation de l'atteinte à l'intégrité », le Dr M._____, après avoir rappelé les constatations évoquées dans son premier rapport tant subjectivement qu'objectivement, a évalué l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à 15%. Il a indiqué en outre ce qui suit :

"3. Motif

Notre estimation est fondée sur la table 1 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA qui prévoit pour une mobilité de l'épaule limitée à l'horizontale, un taux de 15% que nous retenons."

Par courrier du 24 avril 2012, la CNA a confirmé à l'assuré les incapacités de travail suivantes consécutives à son accident du 12 juin 2009 :

- 100% du 27 juillet au 16 août 2009 ;
- 50% du 17 août au 23 septembre 2009 ;
- 100% du 24 septembre 2009 au 27 juin 2010 ;
- 50% du 28 juin au 1^{er} novembre 2010 ;
- 100% dès le 2 novembre 2010.

A teneur d'un procès-verbal d'entretien du 31 mai 2012 consécutif à une table ronde organisée le même jour en ses locaux, il était convenu que l'entreprise Q._____ examinerait jusqu'à la fin juin 2012 si une solution était envisageable en interne, soit la recherche d'un poste adapté comprenant : 60% de conduite de la machine, 30% de travaux de manœuvre sur le chantier et 10% de suivi et entretien de la machine. Dans l'affirmative, il était envisageable de tenter un essai pendant deux à trois semaines. La collaboratrice de l'Office AI présente à cette réunion a

indiqué que le cas échéant, une aide au placement pourrait être envisagée sans qu'une rente n'entre en compte.

Le 8 juin 2012, l'assuré a remis à la CNA une attestation médicale établie le 4 juin 2012 par son médecin traitant, le Dr F._____. Ce praticien relève que la situation n'a pas évolué depuis plusieurs mois (avec des douleurs, œdèmes, troubles sensitifs au niveau de la main, démobilitation et atteinte du moral). L'assuré a été mis au bénéfice d'un traitement antidépresseur. Le médecin traitant évoque une aggravation de la situation impliquant des mesures de réinsertion professionnelle « nécessaires et urgentes ».

Par lettre du 11 juin 2012, la société Q._____ a informé la CNA ne pas avoir trouvé en interne un poste de travail adapté au cas de l'assuré.

Le 12 juin 2012, l'OAI a transmis à la CNA, la copie d'un rapport SMR (Service Médical Régional) de l'AI du 9 mai 2012 de la plume du Dr V._____. Il en ressort en substance que l'atteinte principale à la santé consiste en des séquelles douloureuses et fonctionnelles d'un traumatisme à l'épaule droite (M75.1). Il existait aussi comme pathologie associée du ressort de l'AI une épicondylite droite. Il était retenu qu'à compter de la stabilisation de son état de santé au 10 avril 2012 (date du début de l'aptitude à la réadaptation) telle qu'arrêtée par le médecin d'arrondissement de la CNA, l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail à 100% en toute activité adaptée (pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas d'activités au-dessus de l'horizontale de l'épaule D et pas d'échelles).

Selon un entretien téléphonique du 27 juin 2012, la collaboratrice de l'OAI en charge du dossier a répondu à la CNA que seule une aide au placement pouvait être accordée. Une décision allait être rendue en ce sens par l'Office AI.

Par courrier du 28 juin 2012, la CNA a informé l'assuré que les suites de l'accident professionnel du 12 juin 2009 étant stabilisées, elle mettrait fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2012. L'intéressé était rendu attentif par ailleurs que les contrôles médicaux encore nécessaires continueraient d'être pris en charge et qu'il était procédé à l'examen de son droit éventuel à une rente d'invalidité LAA dès le 1^{er} septembre 2012.

Dans un document intitulé « Evolution probable des salaires pour 2009 à 2012 » complété le 28 juin 2012, l'entreprise Q._____ a renseigné la CNA sur les salaires mensuels bruts (13^{ème} salaire compris) suivants réalisables par l'assuré :

- 5'798 fr. (année 2009) ;
- 5'856 fr. (année 2010) ;
- 5'895 fr. (année 2011) ;
- 5'924 fr. (année 2012).

Etaient joints, les extraits de compte salaire de l'intéressé sur la période du 1^{er} juin 2008 au 31 mai 2009.

Par communication du 4 juillet 2012, l'OAI a octroyé l'aide au placement comme annoncé précédemment.

Selon la formule « Feuille-accident LAA » reçue le 21 août 2012, le Dr F._____ attestait une incapacité de travail totale de son patient à compter du 19 mai 2012.

Il résulte d'une note d'entretien téléphonique du 24 août 2012, que l'entreprise Q._____ avait résilié le contrat de travail de l'assuré pour la fin août 2012.

Le 22 août 2012, Me Carole Wahlen a informé la CNA qu'elle assumait désormais la défense des intérêts de l'assuré.

Sur la base des décomptes de salaires sur la période du 1^{er} juin 2008 au 31 mai 2009 transmis et des précisions communiquées le 30 août 2012 par l'ex-employeur, le gain annuel assuré de l'assuré, sur la période du 12 juin 2008 au 11 juin 2009, a été arrêté à 81'079 fr. par la CNA le 14 septembre 2012.

Cinq descriptions de postes de travail (DPT), ont été versées au dossier de l'assuré. Il s'agissait d'une fonction d'étiqueteur (DPT no 1383) dans une entreprise de peinture (salaire moyen de 54'600 fr. ; très souvent port de charge très légère jusqu'à 5 kilos et rarement port de charge légère entre 5 et 10 kilos ; pas de travail au-dessus de la tête ["les travaux s'effectuent à hauteur de ceinture"] ; et pas de montées sur des échelles), de collaborateur de production sur machines automatiques (DPT no 362411) dans une entreprise s'occupant du montage de circuits imprimés et de modules électroniques (salaire moyen de 54'900 fr. ; rarement port de charge très légère jusqu'à 5 kilos et très souvent maniement d'objets léger / à motricité fine; pas de travail au-dessus de la tête; rarement marche jusqu'à 50 m. et pas de montées sur des échelles), de monteur (DPT no 8464) de buses comprenant du sertissage, du gravage et de l'emballage (salaire moyen de 55'250 fr. ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kilos et souvent maniement d'objets léger / à motricité fine ; pas de travail au-dessus de la tête ; rarement marche jusqu'à 50 m. et monter des marches ; pas de montées sur des échelles), d'employé à la presse (DPT no 3728) dans une entreprise de fonderie (salaire moyen de 57'817 fr. 50; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kilos et rarement maniement d'objets léger / à motricité fine mais souvent d'objets moyens; pas de travail au-dessus de la tête; rarement marche jusqu'à 50 m. et pas de montées sur des échelles), ainsi que de livreur (DPT no 11527) de pièces automobiles (salaire moyen de 58'565 fr. ; parfois port de charge très légère jusqu'à 5 kilos et rarement port de charge légère entre 5 et 10 kilos ; pas de travail au-dessus de la tête; rarement marche jusqu'à 50 m. et monter des marches ; pas de montées sur des échelles).

Par décision du 18 septembre 2012, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité LAA dès le 1^{er} septembre 2012, fondée sur un taux d'invalidité de 27% ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) d'un montant de 18'900 fr. (taux de 15%, sur la base d'un revenu maximum assuré de 126'000 fr. en 2012). Elle a en outre considéré ce qui suit :

“[...] Il ressort de nos investigations, notamment sur le plan médical, que M. K. _____ est à même, en ce qui concerne les séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter des charges supérieures à 10 kg et mettre à contribution l'épaule droite au-dessus de l'horizontale. Une telle activité est exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel de CHF 56'226. Comparé au gain de CHF 77'012 réalisable sans l'accident, il en résulte une perte de 27 %. Nous allouons dès lors une rente d'invalidité conforme à ce taux. [...]”

L'assuré a formé opposition le 19 octobre 2012 contre la décision précitée. Il a produit un courrier du 12 octobre 2012 adressé à son conseil dans lequel le Dr F. _____ indiquait avoir adressé son patient pour un bilan psychologique. L'assuré avançait la nécessité de réévaluer son droit à la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en fonction des investigations complémentaires devant être mises en œuvre, en particulier sur le plan psychiatrique. Il demandait la poursuite du versement des indemnités journalières dans l'intervalle.

Le 23 septembre 2013, l'assuré a remis la copie des pièces suivantes à la CNA :

- un rapport du 26 décembre 2012 du Dr P. _____, chef de clinique adjoint au Département de l'Appareil Locomoteur (DAL) du CHUV, consulté en raison de douleurs chroniques du membre supérieur droit sur status post-réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite en 2009. Ce spécialiste décrivait un patient aux plaintes fonctionnelles multiples intéressant quasiment l'ensemble de l'hémicorps droit, avec la présence de cervicobrachialgies droites et quelques déficits neurologiques. Selon ce praticien, un bilan neurologique complémentaire semblait indiqué avant de pouvoir conclure à une pathologie vraiment intrinsèque de l'épaule ;

- un rapport du 3 décembre 2012 de la Dresse B._____, médecin associée, et C._____, psychologue assistante au service de psychiatrie générale du CHUV, consultées les 6 et 26 novembre 2012, et dont il ressort en particulier ce qui suit :

“Diagnostic (DSM-IV) :

Trouble dépressif majeur, épisode actuel d'intensité moyenne.

Discussion :

Nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif majeur au vu des éléments suivants : une humeur dépressive présente toute la journée, une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir, des insomnies, une fatigue persistante, une tendance à se renfermer et un sentiment de perte d'espoir accompagné parfois d'idées suicidaires scénarisées. Le nombre et l'intensité des symptômes correspondent à un épisode actuel moyen.

M. K._____ étant demandeur d'un suivi de soutien, nous l'avons adressé au Centre de psychothérapie [...] où il aura la possibilité d'être suivi par un thérapeute parlant espagnol pour une suite de prise en charge.

Finalement, en ce qui concerne la capacité de travail, nous ne sommes pas à même de nous prononcer sur la capacité globale qui tiendrait également compte des aspects somatiques mais uniquement sur les aspects psychiatriques. La capacité de travail actuelle est difficile à évaluer car M. K._____ n'a plus travaillé depuis son accident, on peut toutefois relever que dans son ancien emploi en tant que machiniste et manœuvre, des symptômes tels que des troubles du sommeil, une perte de dynamisme, une fatigue, des oublis et une difficulté à prendre des décisions seraient de nature à faire baisser sa capacité de travail au moins de 50 % et soulèveraient la question des risques et de la dangerosité pour lui-même et pour les autres ouvriers s'il devait travailler sur des chantiers. Il s'agirait donc d'envisager une activité plus adaptée qui tiendrait compte de ses limitations.”

Dans un rapport du 13 mars 2014 à l'intention de l'assureur-maladie de l'assuré, le Dr F._____ mentionnait notamment un encadrement probablement insuffisant de point de vue humain ayant abouti à une situation d'invalidité totale ; son patient était suivi régulièrement afin d'éviter son effondrement tant physique que psychique.

Selon les formules « Feuille-accidents LAA » reçues les 26 mai et 12 décembre 2014, 20 mars et 9 juin 2015, le Dr F. _____ attestait une incapacité de travail totale de son patient au long cours.

Les 27 octobre 2013 et 30 novembre 2014, l'assuré a été victime de deux événements accidentels (chutes non professionnelles) annoncés par la Caisse de chômage [...]. Ces accidents affectant les genoux de l'assuré ont été pris en charge par la CNA. Dans le cadre de l'instruction de ces deux cas, l'assuré a été examiné le 4 mars 2015 par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport du même jour, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant, a admis une stabilisation de la situation pour ce qui concernait les suites des deux accidents précités. Il a retenu notamment que les limitations pour les suites de l'accident à l'épaule droite telles que figurant dans le rapport d'examen final du 10 avril 2012 de son confrère le Dr M. _____, restaient valables.

Le 9 juin 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 18 septembre 2012. Elle a d'abord considéré qu'à l'aune des pièces médicales à son dossier, l'état de santé de l'assuré en lien avec la problématique de l'épaule droite était stabilisé au plus tard à la fin août 2012. Une nouvelle intervention étant déconseillée et un geste opératoire ayant été refusé par l'assuré lui-même, la CNA s'estimait fondée à avoir cessé l'octroi de ses prestations (à savoir la prise en charge des frais de traitement et le versement de l'indemnité journalière) avec effet au 31 août 2012, par le passage au régime de la rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2012. L'assureur-accidents a ensuite nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'atteinte psychiatrique invoquée et l'accident du 12 juin 2009 ; la chute dans une fouille de chantier survenue à cette date devant être classée, objectivement, dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais à la limite inférieure, la CNA a constaté qu'aucun des critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate de cette catégorie d'accidents n'était rempli en l'occurrence. L'assureur-accidents a considéré dès lors que seules les séquelles organiques consécutives à l'accident à l'épaule

droite renaient en compte dans l'appréciation du préjudice économique de l'assuré. En lien avec le droit à une rente d'invalidité, tenant compte des limitations fonctionnelles retenues le 10 avril 2012 par le Dr M. _____, confirmées par le Dr Z. _____ dans son rapport d'examen du 4 mars 2015, la CNA a retenu une pleine exigibilité médico-théorique de l'assuré dans l'exercice d'un emploi adapté sur le plan médical. Estimant qu'il n'existait aucun motif de s'écarter des DPT produites en adéquation avec le profil d'exigibilité défini par son médecin d'arrondissement et après comparaison des revenus exigibles - soit 56'226 en tant que revenu d'invalidité et 77'012 sans invalidité -, la CNA a confirmé le taux d'invalidité de 27% retenu précédemment. S'agissant pour terminer du droit de l'assuré à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), la CNA a considéré ce qui suit :

"9.

En l'espèce, le litige à trancher est de nature essentiellement médicale.

Se fondant sur les constatations de son examen clinique du 10 avril 2012, le Dr M. _____ a retenu qu'il existe, sur le plan objectif, une très discrète atrophie de la musculature de la ceinture scapulaire droite au niveau du sus-épineux et du deltoïde. La palpation est douloureuse à l'endroit de l'apophyse coracoïde, de la face antérieure de l'articulation gléno-humérale, de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que de la gouttière du tendon du biceps, se prolongeant distalement à l'insertion de ce muscle à la racine de l'avant-bras. Le testing musculaire met en évidence une coiffe des rotateurs douloureuse, semblant toutefois compétente, malgré une collaboration partielle de la part de l'assuré. En ce qui concerne la mobilité, il existe une perte fonctionnelle indéniable avec une abduction active-passive à 100-110° et une élévation active-passive à 100-135°. Les rotations sont légèrement diminuées.

A la lumière de ces éléments, le Dr M. _____ a retenu que les séquelles accidentelles à l'épaule droite de M. K. _____ correspondent, en application de la table 1 des Informations précitées (en cas de troubles fonctionnels des membres supérieurs), à une atteinte à l'intégrité de 15 %, compte tenu du fait que la mobilité du membre supérieur est limitée à l'horizontale.

Force est de constater que l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité présentée par l'opposant est correcte. L'intéressé n'a produit aucune pièce susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de cette estimation.

En l'espèce, l'instruction du présent dossier sur le plan médical est tout à fait suffisante pour permettre à la Suva de trancher le litige,

de sorte qu'il convient de renoncer à procéder à de plus amples éclaircissements (appréciation anticipée des preuves).

La décision querellée par laquelle a été allouée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % doit être confirmée."

B. Par acte du 9 juillet 2015, K._____, représenté par Me Carole Wahlen, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant avec dépens, à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à la CNA pour complément d'instruction sur le plan médical, puis nouvelle décision. Il conteste le bien-fondé de l'appréciation de son état de santé par le médecin d'arrondissement, le Dr M._____, en invoquant un courrier du 1^{er} avril 2015 des médecins du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...] à [...] rédigé à l'intention de son conseil et qu'il produit. Sur la base de cette pièce, l'avocate du recourant a demandé, le 10 avril 2015 à l'OAI, par son Service Médical Régional (SMR), de procéder à un examen complet de son mandant. Le rapport médical à intervenir devrait d'une part, déterminer si l'état de santé du recourant est effectivement stabilisé et, d'autre part, établir le lien de causalité entre l'accident du 12 juin 2009 et son état de santé sur le plan psychique. Le recourant fait également grief à l'intimée de s'être rendue coupable d'une violation de son droit d'être entendu pour ne pas avoir donné suite à sa requête d'instruction supplémentaire sur les plans physique et psychique. Le rapport du 1^{er} avril 2015 des Drs H._____, médecin, et I._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, du Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], se termine comme il suit :

"[...] En raison de l'épisode dépressif, M. K._____ présente un certain pragmatisme, une hyper sensibilité au stress, une diminution de la capacité de concentration et de la capacité d'adaptation au changement. A ce jour, il n'est pas conseillé de lui proposer des activités impliquant du stress, de la rapidité ou une adaptation permanente.

Avec un suivi hebdomadaire associé à un traitement antidépresseur, l'évolution constatée est une légère amélioration de l'humeur et la disparition d'idées suicidaires scénarisées. Cependant, M. K._____ reste très sensible au stress et son état de santé psychique se péjore rapidement en cas d'événement inattendu. Compte tenu de ce qui précède, des limitations physiques, du faible niveau scolaire, il est difficile d'envisager que le patient puisse reprendre actuellement une activité lucrative. [...]"

Dans une lettre également produite et adressée en réponse le 15 avril 2015 au recourant, l'OAI indiquait pour sa part rester dans l'attente de la position de la CNA avant de soumettre son dossier à son service médical pour prise de position.

Par prononcé du 13 juillet 2015 faisant suite à la demande déposée, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 juillet 2015, soit l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Carole Wahlen.

Dans sa réponse du 13 août 2015, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. Selon l'intimée, l'avis de son médecin d'arrondissement n'est pas critiquable de sorte qu'elle était fondée à considérer l'état de santé du recourant, en relation avec son problème à l'épaule droite, comme stabilisé au plus tard à la fin août 2012 en mettant un terme au paiement de soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière. La CNA rappelle ensuite que l'accident du 12 juin 2009 doit être classé dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais à la limite inférieure. Après examen de l'ensemble des critères développés par la jurisprudence en la matière, l'intimée réfute l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident en question. Ne retenant que les séquelles organiques consécutives à l'accident à l'épaule droite, la CNA confirme tant le taux d'invalidité de 27% retenu que le bien-fondé de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) fixée à 15%.

Par réplique du 9 septembre 2015, le recourant a précisé ses conclusions antérieures en requérant, faute d'un examen médical effectué par l'OAI, la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire permettant de déterminer tant son degré d'incapacité de travail, y compris dans une activité adaptée, que la causalité naturelle entre ses diverses atteintes à la santé (« tant sur le plan somatique que sur l'existence et les effets de symptômes post-traumatique ») et l'accident du 12 juin 2009. En annexe, il produit une nouvelle formule « Feuille-accidents LAA » ainsi qu'une attestation médicale établie le 2 septembre 2015 dans laquelle, le Dr F._____ atteste que son patient est en arrêt de travail pour un cas d'accident depuis le 27 juillet 2009.

Dans sa duplique du 1^{er} octobre 2015, l'intimée a maintenu ses conclusions en relevant que le recourant n'apporte aucun élément nouveau dans sa dernière écriture.

C. Le dossier de l'assurance-invalidité a été produit le 12 novembre 2015. Un délai au 14 décembre 2015 était imparti aux parties pour sa consultation ainsi que pour déposer leurs déterminations éventuelles.

Le 14 décembre 2015, l'intimée a observé que tant les conclusions du SMR que celles du 20 novembre 2013 de l'expert psychiatre mandaté par l'OAI, le Dr T._____, rejoignent celles de ses médecins, à savoir que nonobstant ses troubles psychiques, l'assuré est apte à travailler dans une activité adaptée à ses difficultés physiques.

En plus des pièces principales figurant sous lettres A - B ci-dessus, il ressort les éléments suivants du dossier de l'assurance-invalidité en question :

- un rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2013 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH et médecin-expert SIM à [...], établi sur la base d'un entretien du 4 novembre 2013, un dosage plasmatique et une étude du dossier AI du recourant. Cet expert a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'autre trouble spécifique de la personnalité (personnalité immature) (F60.8). Le Dr T._____ s'est notamment exprimé comme il suit :

"5. Appréciation du cas et pronostic

Rien dans l'anamnèse ni dans les dires de l'assuré ne me fait penser à une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité durant l'enfance ou l'adolescence.

Cet assuré est né en Espagne, où il a fait la scolarité et son service militaire sans problèmes. Il dit avoir travaillé en tant que machiniste en Espagne, puis en 1981, il est arrivé en Suisse où se trouvait l'un

de ses frères. Par la suite et depuis 1984, il a toujours travaillé pour le même patron, jusqu'à l'accident de travail de 2009.

L'assuré n'a présenté aucun problème d'ordre psychique si ce n'est une légère anxiété, comme cela a déjà été décrit par le psychiatre lors du séjour de l'assuré à la Clinique de réadaptation, mais qui se manifestait notamment dans les voyages, avec une impossibilité de prendre l'avion, selon l'assuré. Il faisait les trajets en Espagne en bus.

En 2009, l'assuré a eu un accident avec opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite qui, en réalité, n'a jamais bien évolué comme cela figure dans le rapport de la consultation effectuée par le Service d'orthopédie du 18.12.2012 qui parle d'un patient qui présente des plaintes fonctionnelles multiples intéressant non seulement le MSD, mais quasiment l'ensemble de l'hémicorps droit avec présence de cervico-brachialgies droites et quelques difficultés algiques qu'il conviendrait de bilanter.

Signalons également que l'assuré présente une acuité visuelle diminuée dans les deux yeux, comme cela a déjà été objectivé par l'Hôpital ophtalmologique à [...].

Rappelons que depuis fin 2012, l'assuré est suivi par un psychiatre qui parle d'un épisode dépressif secondaire à l'accident survenu en 2009.

Rappelons également que cet assuré, peu scolarisé en Espagne et qui s'exprime en français avec accent, a travaillé toute sa vie et il a fait de son travail vraisemblablement la seule ressource de satisfaction narcissique. Depuis 2009, sans pouvoir travailler, l'assuré supporte très mal l'inactivité et la passivité et les signes dépressifs sont apparus, mais surtout une anxiété exacerbée ainsi que nervosité et irritabilité.

Signalons que l'assuré a déclaré une prise d'alcool qu'il n'a pas pu quantifier, mais selon la chimie clinique, la fonction hépatique avec notamment les enzymes hépatiques sont dans la norme, ainsi que les CDT.

Signalons également que le dosage plasmatique des médicaments montre que vraisemblablement l'assuré ne prend pas les médicaments à la dose prescrite. Ainsi, le *Cymbalta* et le *Lexotanil* sont largement en dessous de l'intervalle thérapeutique et, ce qui est encore plus surprenant car l'assuré décrit avoir surtout des douleurs, ce sont les analgésiques qui sont également très en dessous de la valeur thérapeutique.

Du point de vue psychiatrique, l'anxiété et l'irritabilité me paraissent secondaires à l'inactivité et à la passivité et ne représentent pas une entité clinique handicapante.

Je n'ai pas pu objectiver des signes ou des symptômes d'un véritable épisode dépressif, mais plutôt une tristesse fluctuante qui accompagne normalement l'évolution d'un trouble somatoforme. En effet, l'évolution des douleurs chez une personnalité immature, comme c'est le cas chez l'assuré, fait penser à l'expert à un

syndrome douloureux somatoforme. Rappelons que, selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilan négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

En ce qui concerne les *critères de Mayer-Blaser*, nous constatons qu'il y a une anxiété exacerbée avec une tristesse fluctuante, mais qui ne sont pas handicapantes chez l'assuré et qui font partie de l'évolution naturelle des troubles somatoformes. Il n'y a pas de cristallisation psychique malgré le fait que l'assuré présente une personnalité immature, mais il a encore des envies comme celles de regarder le football, de faire des promenades, ou d'aller dans les bistrotts pour voir ses copains. Il n'y a donc pas d'isolement social. L'assuré est suivi par un psychiatre, mais vraisemblablement il ne prend pas les médicaments à la dose prescrite, médicaments qui pourraient diminuer l'anxiété chez l'assuré.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un trouble somatoforme chez une personnalité immature, avec exacerbation de l'anxiété et une tristesse fluctuante secondaires à l'accident de 2009 chez une personne habituée à travailler.

En absence de pathologie psychiatrique ou trouble de la personnalité handicapant, l'assuré est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses difficultés physiques.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble somatoforme." ;

- un avis médical du 4 décembre 2013 dans lequel, le Dr N._____, du SMR, fait siennes les constatations et conclusions de l'expert psychiatre précité. Le médecin du SMR se dit étonné de la non compliance du recourant, autant pour l'antidépresseur et l'anxiolytique que pour les antalgiques ;

- un document intitulé « Note d'entretien » rédigé le 7 juillet 2014 en lien notamment avec l'aide au placement accordée par communication du 4 juillet 2012 de l'OAI, à la teneur suivante :

“Examen de l'octroi de MOP- aide au placement :

M. K. _____ n'a pas suivi de formation (il possède uniquement le permis de machiniste).

Il comprend et arrive à s'exprimer en français mais dit ne pas pouvoir le lire et l'écrire.

« Je ne lis jamais le français, même les journaux. Maintenant, j'ai perdu tout. Je ne sais pas l'écrire ».

M. K. _____ n'est pas apte à suivre une quelconque mesure actuellement (vu son nouvel accident).

Il m'explique toutefois que même sans son problème de genou gauche, il ne se verrait pas effectuer un stage à l'ORIF de [...] par exemple.

« C'est pas possible à cause de mon genou et à cause de tous les autres problèmes. Je pourrais aller peut-être un jour et après, je m'énerve. Je ne peux pas rester enfermé longtemps. Je m'énerve dans le train. Je ne peux déjà pas marcher à côté des gens. Je m'énerve quand je vois du monde. Je n'ai pas les nerfs. Des fois, je ne mange pas (il dit avoir perdu beaucoup de poids) et la nuit, je dors 2 heures et je me réveille. Je me fatigue beaucoup. ».

M. K. _____ précise qu'il a fait une tentative de suicide en 2012 quand la SUVA a cessé de, lui verser des indemnités. « Je voulais me mettre sous le train ».

Il affirme avoir fait des recherches d'emploi alibi pendant sa période de chômage.

« La seule chose qui compte pour moi, c'est la santé ».

M. K. _____ n'arrive pas à se projeter dans le monde du travail.

Il me dit qu'il ne s'estime plus apte à travailler depuis son accident de 2009.

Il y a une grande divergence entre son ressenti de l'assuré et les conclusions du SMR pour la période qui précède son dernier accident (du 27.10.2013).

M. K. _____ m'explique qu'il n'est pas d'accord avec l'exigibilité retenue.

Je lui explique que je prends note qu'il y a eu un nouvel accident le 27.10.2013 et qu'il est en IT à 100% depuis cette date en raison d'une nouvelle atteinte au niveau de son genou gauche.

Pour l'instant et vu qu'il y a eu un nouvel accident, il convient de reprendre l'instruction médicale.”

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). 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) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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) 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 recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

d) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date des accidents assurés (cf. ch 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

b) En l'espèce, le recourant reproche à l'intimée de s'être livrée à une appréciation erronée de la situation, contestant la stabilisation de son état de santé retenue au plus tard le 31 août 2012. En se référant à l'évaluation de son médecin d'arrondissement, la CNA ne tiendrait à tort pas compte de l'influence sur sa capacité de travail de ses troubles psychiques. Ne retenant que les séquelles organiques consécutives à l'accident à l'épaule droite, la CNA a octroyé au recourant une rente basée sur une diminution de la capacité de gain de 27% avec effet au 1^{er} septembre 2012 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 15%.

3. a) Le recourant invoque, sur le plan formel, une violation de son droit d'être entendu de la part de la CNA pour ne pas avoir donné suite à sa requête d'instruction complémentaire sur le plan médical.

b) Il sied de rappeler qu'il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_702/2013 du 16 décembre 2013 consid. 3.4.2 et 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Au demeurant et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

c) S'agissant des investigations complémentaires, en particulier sur le plan psychiatrique, requises par l'assuré dans la procédure administrative, la CNA pouvait valablement les écarter en procédant à une appréciation anticipée des preuves, dans la mesure où,

comme on le verra ci-dessous, les investigations sollicitées par le recourant, qui prennent désormais la forme de l'expertise médicale judiciaire requise en réplique, n'étaient de toute manière d'aucun secours en vue d'établir les faits pertinents pour trancher le présent litige. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'administration n'avait pour le surplus aucune obligation de donner suite aux mesures demandées étant précisé qu'il n'existe en particulier pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance.

4. 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).

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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA).

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

Il importe pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

c) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1).

5. En l'espèce, le litige porte en premier lieu sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au plus tard au 31 août 2012, lequel conteste implicitement le fait que l'intimée était en droit de passer au régime de la rente à compter du 1^{er} septembre 2012. Le recourant rediscute à cet égard le bien-fondé de l'évaluation du médecin d'arrondissement, le Dr M._____, se prévalant d'un rapport médical à intervenir, qui, selon lui, déterminerait si son état de santé est effectivement stabilisé et permettra d'établir un lien de causalité entre l'accident du 12 juin 2009 et ses troubles d'ordre psychique.

a) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

De jurisprudence constante, cela signifie que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente commence (TF 8C_403/2011 du

11 octobre 2011 consid. 3.1.1 ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées).

Le texte de la disposition légale ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

b) Il ressort du dossier que suite à son accident du 12 juin 2009, et en lien avec la problématique de son épaule droite, le recourant présente en effet un état de santé stabilisé au plus tard à la fin août 2012. Au cours de son séjour de septembre à novembre 2011 à la CRR, l'orthopédiste consultant a retenu un status post-réparation de la coiffe des rotateurs sous arthroscopie avec re-rupture ainsi qu'une épitrochléite. Compte tenu de l'importance de la lésion, une révision chirurgicale n'était pas indiquée. L'assuré avait lui-même refusé une infiltration au niveau de la bursite sous-acromiale. Seule la poursuite de la physiothérapie ciblée sur les renforcements des abaisseurs de l'épaule et des exercices de décoaptation de la tête humérale justifiait le diagnostic principal retenu de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de l'épaule droite. A la sortie et malgré le fait que la rééducation n'avait pas eu l'effet escompté, une reprise du travail à mi-temps était prévue dans une activité adaptée avec comme principales limitations : « pas de port de charges au-delà de 10 kilos, pas de travail en-dessous du plan des épaules, pas de travaux sollicitant de façon répétitive le membre supérieur droit ». Le traitement à la sortie comprenait notamment du Voltaren® 100 mg retard 1 cp/j. (en réserve) et du Dafalgan® 1 g 1 cp x 4/jour. Dans son rapport du 10 avril 2012 d'examen final du même jour, le Dr M. _____ a posé les diagnostics de status après arthroscopie de l'épaule droite avec réparation du supra-épineux, ténotomie du long chef du biceps, acromioplastie et résection de

la clavicule distale (le 2 octobre 2009), de re-déchirure à 2 niveaux dont l'une transfixiante du tendon du supra-épineux démontrée par arthro-CT de l'épaule droite (du 14.09.2011) et d'épicondylalgies médicales au coude droit. Ce médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique a constaté du point de vue médical, l'absence d'une amélioration significative malgré les thérapies entreprises, démontrant que la situation devait être considérée comme stabilisée. Excepté l'infiltration de la bourse sous-acromiale refusée par l'assuré, il n'y avait pas d'autre proposition thérapeutique à formuler. Une nouvelle intervention ne pouvait qu'aggraver la situation. Le Dr M. _____ estimait qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant de sorte que lors de son examen du 10 avril 2012, la situation était stabilisée. Il partageait la définition d'une activité adaptée exigible à 100% de la part de l'assuré mais en ajoutant aux restrictions définies à la CRR celle de l'utilisation d'échelle. De l'avis du Dr M. _____, si l'on se réfère à la profession de machiniste, toute activité exercée à l'aide de pelle ou de pioche est à proscrire. Par contre, l'utilisation de machines pilotées au moyen de joysticks semble parfaitement adaptée à la situation de l'assuré. Le point de vue du médecin d'arrondissement de la CNA a par ailleurs été intégralement partagé par le Dr V. _____ du SMR dans son rapport du 9 mai 2012. C'est dans ce contexte que le 4 juillet 2012, seule une mesure d'aide au placement a été octroyée par l'OAI. Il ressort enfin du rapport d'examen du 4 mars 2015 du Dr Z. _____ que l'état de santé du recourant n'a pas changé, les limitations observées à l'épaule droite étant identiques à celles relevées en 2012. Partant, l'exigibilité définie le 10 avril 2012 par le Dr M. _____ conserve toute son actualité étant précisé que comme le relève à raison l'intimée, aucun geste opératoire n'a été pratiqué depuis lors sur l'épaule droite du recourant.

Les rapports et avis médicaux ainsi versés au dossier, au vu de leur contenu et de leur qualité, rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état du recourant et en particulier pour ce qui a trait à la question de l'exigibilité médico-théorique.

Le seul fait pour l'assuré de se plaindre de la persistance de douleurs (d'ailleurs exclusivement traitées par la prise de Dafalgan® et de Voltaren® en réserve) à son épaule n'est pas en soi de nature à rediscuter les constatations qui précèdent; l'avis personnel du recourant constitue une appréciation non médicale d'un même état de fait non déterminante pour l'issue du litige. Du reste, les douleurs alléguées sont difficilement objectivables ainsi que cela ressort du rapport dûment motivé du Dr P._____ du 26 décembre 2012. Ce spécialiste décrit un patient aux plaintes fonctionnelles multiples intéressant quasiment l'ensemble de l'hémicorps droit sans pouvoir conclure à une pathologie intrinsèque de l'épaule. Dans le même sens, le Dr M._____ observe un certain nombre de signes de déconditionnement particulièrement marqués au niveau de la motivation et de l'attitude multi-plaintive du recourant (cf. rapport d'examen du 6 septembre 2011 du médecin d'arrondissement de la CNA, p. 6).

Les pièces produites par le recourant à l'appui de ses écritures ne lui sont également d'aucun secours ;

Dans ses nombreux rapports, attestations ou certificats, le Dr F._____ ne s'est en effet jamais prononcé expressément sur la capacité de travail de son patient dans l'exercice d'une activité adaptée à son handicap; ce chirurgien mentionne à chaque fois une incapacité de travail à 100% du recourant dans la profession exercée en dernier lieu. Il ne motive en outre pas son appréciation. Son avis ne satisfait dès lors manifestement pas aux réquisits pour se voir reconnaître un caractère probant.

Ainsi, dans son rapport du 12 mars 2014, le Dr F._____ fait preuve d'une empathie certaine envers l'assuré lorsqu'il décrit un patient vu régulièrement pour « lui donner un espace de parole et pour stimuler son activité et ainsi éviter un effondrement physique et psychique ». Il concède malgré tout que la situation n'évolue pas. Dans la mesure où elles émanent du médecin traitant, ses constatations doivent déjà être admises avec réserves (cf. consid. 4b *supra*). Ne comportant de plus

aucune motivation à même d'en objectiver les constatations, ce rapport ne s'avère d'aucune utilité en l'espèce.

L'attestation établie le 4 juin 2012 se fait le reflet d'une situation sans évolution des lésions de l'épaule droite depuis plusieurs mois mais avec des douleurs, œdèmes, troubles sensitifs de la main, démobilitation et atteinte du moral, sans plus amples arguments médicaux. Le médecin traitant fait uniquement part de son ressenti d'une situation qui, à le suivre, empirerait au lieu de s'améliorer. L'avis personnel du Dr F. _____ consiste ici tout au plus en une appréciation distincte d'un même état de fait médical déjà connu du médecin d'arrondissement de la CNA et donc non déterminante pour la solution du litige.

Quant au dernier formulaire «Feuille-accident LAA» du 2 septembre 2015 du Dr F. _____ et à l'instar de ceux précédents qui figuraient déjà tous au dossier de la CNA, il n'est pas documenté. Ces formulaires ne sauraient donc être suivis.

Il en va de même du rapport du 8 septembre 2011 du Dr A. _____, lequel se limite à justifier l'arrêt de travail à 100% de son patient en précisant que toute reprise dans la profession de maçon doit être qualifiée de « difficile ». Ce praticien souhaitait mettre en œuvre un arthro-CT de l'épaule droite du recourant pour un bilan capsulo-ligamentaire et de la coiffe. Son opinion n'est par conséquent pas objectivée.

c) Les constatations du Dr M. _____ - suivies par la CNA dans sa décision - comprennent plusieurs examens cliniques, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Ses conclusions, objectives et dûment motivées, ne sont pas remises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante.

Force est donc d'admettre sur le plan médical et avec l'intimée, une capacité de travail du recourant à 100% dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

Au vu des éléments précités, il sied de retenir que depuis l'automne 2011 déjà, le recourant n'a plus présenté d'aggravation de son affection à l'épaule droite, ce qui n'est en aucun cas infirmé par ses médecins traitants. On peut déduire de ces renseignements médicaux que l'état de santé du recourant, s'il nécessitait encore un suivi de physiothérapie en ambulatoire, s'est stabilisé en l'absence de tout contact avec des facteurs causals. A la fin août 2012 au plus tard, soit plus de trois ans après l'accident, il n'y avait plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé du recourant pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Un droit potentiel à une rente de la CNA pouvait déjà prendre naissance au cours de cette même année (art. 19 al. 1 LAA; ATF 134 V 109 consid. 4.3), ce d'autant plus en l'absence de mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité hormis l'aide au placement accordée.

En outre, aucun médecin n'attribue les troubles dont souffre le recourant au coude droit à l'accident.

Il convient d'examiner à ce stade s'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques du recourant et l'accident assuré, comme celui-ci le prétend.

6. a) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

b) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de

causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique 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 (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.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.3) :

- 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.

Tous ces critères ne doivent pas être 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. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

c) En l'occurrence, au vu de son déroulement, la CNA a considéré que l'événement du 12 juin 2009 doit être classé dans la catégorie des événements banals, voire tout au plus moyens, mais à la limite inférieure. L'autorité a estimé qu'aucun des critères posés par la jurisprudence ne pouvait être retenu. Aussi bien a-t-elle nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 12 juin 2009 et les troubles psychiques présentés par l'assuré.

La Cour de céans n'a pas de motif de revenir sur cette appréciation, au vu du déroulement de l'accident au cours duquel, l'assuré a chuté alors qu'il descendait dans une fouille sur un chantier. C'est en effet le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération et non pas seulement le caractère impressionnant des atteintes physiques. Dans le cas présent, l'assuré a subi un choc de l'épaule droite, occasionnant des lésions limitées à l'articulation de ce membre. On ne saurait, d'un point de vue objectif, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident, ce d'autant plus que le recourant ne le prétend à juste titre pas. Concernant le premier critère, il est douteux qu'il fût rempli, dès lors que l'accident s'est déroulé durant l'activité professionnelle normale de l'assuré et qu'il ne s'est pas caractérisé par des circonstances particulières. La lésion subie ne peut pas être qualifiée de grave dès lors qu'elle a permis au recourant de finalement retrouver une pleine capacité de travail. Le traitement médical n'a pas été anormalement long, en présence d'une lésion avec rupture tendineuse de l'épaule. Les douleurs persistantes rapportées s'insèrent dans une symptomatologie douloureuse à caractère central

dans le quotidien de l'assuré depuis son accident (cf. à ce propos le rapport d'examen du 6 septembre 2011 du Dr M._____, p. 6 et celui du 26 décembre 2012 du Dr P._____, p. 2). Le traitement n'a pas été entaché d'erreurs entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. De même, objectivement, il n'a été observé ni difficultés apparues au cours de la guérison, ni complications importantes. L'évolution du recourant s'est au contraire révélée lentement favorable moyennant le suivi régulier des mesures mises en œuvre pour ce faire. Enfin, nul ne saurait prétendre que le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques est rempli. L'assuré avait repris son activité de machiniste à 50 % en août 2009 déjà. S'il l'a certes interrompue ultérieurement à des taux variables (cf. le courrier du 24 avril 2012 de la CNA), il bénéficiait toutefois au plus tard à la fin 2011, d'une capacité de travail à 50% dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations physiques (cf. rapport du 19 décembre 2011 des Drs G._____ et E._____ de la CRR, p. 4). Comme on l'a vu ci-avant (cf. consid. 5c *supra*), lors de son examen au printemps 2012, le Dr M._____ a conclu à une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique.

En présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité et en l'absence en l'espèce, de cumul des circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, l'intimée était par conséquent fondée à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 12 juin 2009 et les troubles psychiques développés ensuite par le recourant. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé d'engager sa responsabilité sur ce plan et a examiné les questions du taux d'invalidité du recourant et de l'IPAI en considérant exclusivement les séquelles accidentelles organiques.

On observera par surabondance que ces constatations se recourent avec les renseignements médicaux obtenus par l'OAI au terme de son instruction, dont il résulte que du point de vue psychiatrique, l'intéressé est apte à travailler dans une activité adaptée à son état de

santé physique (cf. notamment le rapport d'expertise psychiatrique du 20 novembre 2013 du Dr T._____).

7. Se référant aux conclusions du Dr M._____ qui rejoignent l'avis des spécialistes de la CRR de décembre 2011, et faisant application de l'une des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées), la CNA a retenu cinq descriptions de poste de travail (DPT) respectant l'ensemble des limitations énoncées par son médecin d'arrondissement. Il en résulte un revenu exigible en 2012 de 56'226 francs. Sa comparaison avec celui réalisable pour la même année sans invalidité de 77'012 fr., laisse apparaître une perte de gain de 26.99%, laquelle correspond à un degré d'invalidité du recourant arrondi à 27%.

Comme la CNA l'observe dans sa réponse, même en se fondant sur l'autre des deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, à savoir celle des données salariales publiées par l'Office Fédéral de la Statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), comme l'y autorise la jurisprudence lorsque l'assuré n'a pas repris une activité adaptée (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3), le résultat ne serait pas différent. Il faudrait en effet prendre en considération un revenu mensuel de 5'210 fr. pour une activité simple et répétitive exercée par un homme en 2012, dans le secteur des services (cf. l'ESS 2012, TA 1 ; niveau de compétence 1). Après adaptation à la durée hebdomadaire moyenne du travail dans les entreprises en 2012 (41.7 heures ; cf. La Vie économique 12-2013, tableau B 9.2 p. 90), et en prenant en considération une déduction de 10 % en raison des concessions salariales que l'assuré devrait faire en raison de sa situation personnelle (principalement en raison des limitations liées à son handicap), on obtient un revenu d'invalidé de 58'659 fr. 40.

Après comparaison de ce dernier revenu avec le salaire exigible si le recourant n'était pas invalide - à savoir 77'012 fr. -, on

obtiendrait un taux d'invalidité de 23.83% ouvrant le droit à une rente inférieure à celle allouée par l'intimée.

En conséquence, le taux d'invalidité de 27% retenu par la CNA dans sa décision doit être confirmé.

Il reste à déterminer le bien-fondé de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) fixée à 15%.

8. a) L'art. 24 al. 1 LAA énonce que l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (cf. Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, in FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (cf. ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables

pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit 3^{ème} éd., Bâle 2016, n. 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (cf. TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (cf. TF 8C_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; cf. TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

b) En l'espèce, le Dr M. _____ a constaté sur le plan objectif lors de son examen clinique du 10 avril 2012, une discrète atrophie de la musculature de la ceinture scapulaire droite au niveau du sus-épineux et du deltoïde. La palpation est décrite comme étant douloureuse à l'endroit de l'apophyse coracoïde, de la face antérieure de l'articulation gléno-humérale, de l'articulation acromio-claviculaire ainsi que de la gouttière du tendon du biceps, se prolongeant distalement à l'insertion de ce muscle à la racine de l'avant-bras. Le testing musculaire met en évidence une coiffe des rotateurs douloureuse, semblant toutefois compétente, malgré une collaboration partielle de la part de l'assuré. En ce qui concerne la mobilité, il existe une perte fonctionnelle indéniable avec une abduction active-passive à 100 - 110° et une élévation active-passive à 100 - 135°. Les rotations sont légèrement diminuées d'environ 10° pour l'externe et D12 contre D6 pour l'interne combinée. Le Dr M. _____ a ainsi exposé soigneusement sur la base de ses constatations cliniques objectives et de son analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales le conduisant à retenir en définitive le taux attribué à une épaule mobile jusqu'à l'horizontale de 15% (cf. Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 1 1.2). Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ces conclusions.

C'est donc à juste titre que la CNA a retenu le taux de 15%. S'agissant du gain annuel de 106'800 fr. retenu par l'intimée, il n'est pas critiquable et le recourant ne le conteste d'ailleurs pas.

9. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise médicale judiciaire du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; TF

8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et les références).

10. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Celui-ci a produit sa liste des opérations expliquant que celle-ci comprenait les opérations liées aux deux recours interjetés contre les décisions sur opposition rendues par la CNA. Les opérations qu'il a été possible d'imputer à tel ou tel dossier l'ont été alors que les autres sont comptabilisées par moitié dans chaque dossier. Ainsi, pour ce dossier, c'est un total de 8h25 (6h03 + 2h22), dont 1h51 effectuée par l'avocat breveté et le solde par un avocat-stagiaire (6h34). C'est ainsi un montant de 1'055 fr. 30 qui doit être fixé. Il y a lieu d'ajouter les débours par 52 fr. 80, soit au total 1'108 fr. 10. Il y a lieu d'ajouter la TVA par 8%, soit 88 fr. 65. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit être arrêtée à 1'196 fr. 75.

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RS 211.02.3]) en tenant compte des montants payés le cas échéant à titre de franchise depuis le début de la procédure.

b) Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA), ni dépens, le recourant n'ayant pas obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 juin 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Carole Wahlen, conseil du recourant, est arrêtée à 1'196 fr. 75 (mille cent nonante-six francs et septante-cinq centimes), TVA comprise.
- V.** 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 mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Carole Wahlen (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :