

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 juin 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Piguet et M. Pittet, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alessandro Brenci, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], monteur de coffrage à 100% pour le compte de la société G.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...], était assuré contre 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). Le 10 juillet 2013, il a été victime d'une chute d'une hauteur de trois mètres sur un chantier. Touché à son épaule gauche (élongation), les soins ont été prodigués par les médecins du Centre Médical de [...]. Le travail a été interrompu dès le 12 juillet 2013 (cf. déclaration de sinistre LAA du 26 juillet 2013).

La CNA a pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières à compter du 13 juillet 2013 (cf. décision du 16 septembre 2013).

Souffrant d'une déchirure non rétractée du sus-épineux de l'épaule gauche sans amélioration après un traitement conservateur (cf. rapports des 20 septembre et 6 novembre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique), l'assuré s'est soumis, le 25 novembre 2013, à une opération avec acromioplastie, ténodèse du long chef du biceps et suture des tendons sus-épineux et sous scapulaire de l'épaule gauche (cf. protocole opératoire du 25 novembre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_).

La situation ne s'est toutefois pas améliorée après l'opération chirurgicale (cf. rapport du 28 janvier 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_). A la suite d'un examen clinique du 26 février 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a posé le diagnostic de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule gauche et recommandé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de [...].

Dans le cadre de l'instruction par la CNA, l'assuré a séjourné auprès de la CRR, du 2 au 23 avril 2014. Dans leur rapport du 26 mai

2014, les Drs U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en médecine du sport, et D.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, n'ont pas constaté de nouvelle lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche ni de signe de capsulite. Les examens neurologiques n'ont pas mis en évidence d'atteinte sur ce plan (cf. rapport du 8 avril 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_ relatif à un examen réalisé le jour précédent, p. 2). En revanche, les médecins de la CRR ont posé le diagnostic de bursite sous-acromio-deltoïdienne de l'épaule droite. Ils ont constaté les limitations fonctionnelles suivantes : travail et port de charges avec l'épaule gauche au-dessus du plan des épaules, mouvements répétitifs de l'épaule gauche, pas de limitation dans les travaux fins. De leur point de vue, la situation était stabilisée sur le plan médical.

Devant la persistance des douleurs à l'épaule gauche, l'assuré a été adressé au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans un rapport relatif à une première consultation du 24 novembre 2014, ce praticien a posé le diagnostic de conflit sous-acromial persistant avec capsulite rétractile réactionnelle de l'épaule gauche. Il s'est exprimé comme suit sur l'état de cette épaule :

**“APPRECIATION DU CAS ET PROPOSITION THERAPEUTIQUE**

Même si l'on peut encore attendre une certaine amélioration spontanée, il est fort peu probable qu'elle permette le retour à une quelconque activité dans le secteur du bâtiment. On peut toutefois douter de la réelle volonté du patient d'exprimer les amplitudes réelles de son épaule gauche, les manifestations spectaculaires d'une intense douleur empêchant un examen de bonne qualité. On ne peut qu'être frappé par la forte asymétrie dans le Pinch test qui plaide dans le sens d'une certaine réticence. Un recyclage paraît également difficile étant donné le contexte socio-culturel. Peut-être qu'un séjour à l' [...] permettrait de mieux juger de la situation. Sur le plan thérapeutique, tout ce qui était raisonnablement envisageable a été fait.”

Le 13 mai 2015, l'assuré a été examiné par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 18 mai 2015, le médecin d'arrondissement de la CNA a constaté qu'à pratiquement deux ans d'un accident avec probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et à presque un an et demi d'une réparation de ladite coiffe des rotateurs, la situation était stabilisée.

Le 22 mai 2015, la CNA a fait part à l'assuré de son intention de mettre fin à la prise en charge du traitement et au versement des indemnités journalières dès le 30 juin 2015, sous réserve de la prise en charge d'un traitement antidouleur et anti-inflammatoire, ainsi que de deux séries de neuf séances de physiothérapie par année sur prescription médicale.

Me Alessandro Brenci, mandaté dans l'intervalle par l'assuré, a demandé une décision de la part de la CNA.

Par décision du 23 juin 2015, la CNA a notamment confirmé la fin du paiement des indemnités journalières et du traitement médical conformément à ses lignes du 22 mai 2015.

Par courrier de son conseil du 23 juillet 2015, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Il contestait une stabilisation de l'état de santé, alléguant des douleurs en augmentation à l'épaule gauche et sur l'intégralité du bras gauche, ainsi que des douleurs de l'épaule droite, résultant de l'utilisation accrue de son bras droit depuis l'accident. Il soutenait que les conditions permettant la fin du droit aux indemnités journalières et au traitement médical n'étaient pas remplies, puisqu'il n'avait pas recouvré sa pleine capacité de travail et qu'aucune rente ne lui avait été allouée à ce jour. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit des rapports des 3 et 29 juillet 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_ qui écrit ne pas avoir de nouveau traitement à proposer malgré l'absence de réelle amélioration des douleurs.

Le 11 août 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_, s'est prononcé sur dossier en lien avec l'opposition de l'assuré. Dans un rapport du même jour, ce médecin a fait part de l'appréciation suivante :

“En fonction de ce qui précède, il apparaît très clairement que la situation au niveau de l'épaule G [gauche] est stabilisée et ce depuis longtemps, que l'assuré a bénéficié des investigations les plus complètes possibles avec, en particulier, un séjour à la CRR, un suivi très régulier par le Dr Q.\_\_\_\_\_, un second avis auprès du Dr

N. \_\_\_\_\_ ainsi que tous les examens paracliniques imaginables en relation avec une pathologie de l'épaule. Il apparaît également clairement que toutes les propositions thérapeutiques ont été épuisées.

Enfin, la symptomatologie dont se plaint l'assuré au niveau de l'épaule D [droite] ne peut en aucun cas être mise en relation avec l'accident ou les séquelles de l'accident du 10.07.2013, dans un rapport de causalité pour le moins probable. En effet, les lésions objectives de l'épaule G, justifiant tout au plus les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge du MSG [membre supérieur gauche] bras G éloigné du tronc, pas de mouvement du MSG au-dessus de l'horizontale, pas de fréquent mouvement de rotation interne et externe de l'épaule G contre résistance de plus de 2 kg coudes au corps, pas de port de charge du MSG le bras le long du corps de plus de 10 kg, ne pouvant en aucun cas être mis en relation avec une symptomatologie quelle qu'elle soit au niveau de l'épaule D.”

Par décision du 28 décembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision querellée du 23 juin 2015. Selon ses constatations, l'assuré n'avait pas apporté d'élément déterminant apte à faire douter du bien-fondé de l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_, corroboré par les médecins de la CRR et le Dr Q. \_\_\_\_\_, lequel avait constaté l'impossibilité d'un traitement en prônant également l'abstinence chirurgicale. La CNA a par conséquent confirmé l'arrêt des prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) dès le 30 juin 2015, sous réserve des prestations encore garanties listées dans sa lettre du 22 mai 2015 et confirmées le 23 juin 2015.

**B.** En lien avec une demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 6 mai 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser le droit à la rente et à des mesures d'ordre professionnel, sur la base d'un degré d'invalidité de 16% (projet de décision du 13 octobre 2015 de l'OAI).

**C.** Par acte de son conseil déposé le 2 février 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, W. \_\_\_\_\_ a conclu avec dépens, principalement à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens qu'il continue de bénéficier des prestations d'assurance, soit le paiement des soins médicaux et le versement des indemnités journalières

de la CNA au-delà du 30 juin 2015. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaire. En substance, le recourant soutient qu'il a droit aux prestations litigieuses aussi longtemps que les douleurs de l'épaule gauche et que l'incapacité de travail qu'elles entraînent perdurent, sans qu'une rente lui soit allouée. Il avance par ailleurs qu'il présente également des atteintes à l'épaule droite en raison de la surutilisation de cette épaule depuis l'accident. Enfin, il se réfère à un rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qu'il produit à l'appui du recours. Selon ce rapport, daté du 27 janvier 2016, le recourant souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et d'un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions, à évolution prolongée (tendance dysthymique) (F43.21, F34.1). A titre de mesures d'instruction, le recourant requiert une expertise pluridisciplinaire judiciaire ainsi que la production de son dossier par la CNA. Il a également requis d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sous le bordereau de pièces joint, figuraient notamment les éléments suivants :

- un rapport du 19 janvier 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et en chirurgie de l'épaule ;
- une lettre du 26 janvier 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_ adressée au Centre Médical de [...].

Le 1<sup>er</sup> mars 2016, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 16 novembre 2015 de la physiothérapeute K.\_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 4 février 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_ relatif à une consultation du même jour.

Déposant le dossier en sa possession, avec sa réponse du 7 mars 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la

décision querellée. L'intimée estime qu'en l'absence d'éléments médicaux contraires, c'est à juste titre qu'elle a constaté la stabilisation de l'état de santé du recourant au 30 juin 2015, respectivement que ce dernier était dès lors apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en mettant fin au traitement médical et aux indemnités journalières dès cette date, sous réserve des prestations servies au titre de l'art. 21 LAA pour l'épaule gauche.

Par prononcé du 10 mars 2016, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 février 2016, soit notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Alessandro Brenici.

Le 26 avril 2017, le juge instructeur a informé les parties du rejet de leurs réquisitions, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, l'avis contraire de la Cour demeurant toutefois réservé. La cause paraissant en l'état d'être jugée, les parties ont également été informées que sauf nouvelle réquisition, un jugement leur serait notifié.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

**b)** En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fériés d'hiver (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit aux indemnités journalières et à la poursuite, à la charge de l'intimée, d'un traitement médical allant au-delà d'une simple médication antalgique et anti-inflammatoire et de deux séries de neuf séances de physiothérapie prescrites par un médecin, pour la période postérieure au 30 juin 2015. La question du droit à la rente ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'est pas litigieuse, puisque la décision sur opposition contestée ne porte pas sur le droit à ces prestations.

**c)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]), ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ;

130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C\_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

**3. a)** Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:

- a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
- b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
- c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
- d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
- e. aux moyens et appareils servant à la guérison.

Aux termes de l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** 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 droit à la prise en charge des traitements médicaux et des indemnités journalières cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6.2).

**c)** Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA ; [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

**4.** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non*

de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 3.1 et 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1, 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

**5.** En l'espèce, l'ensemble des médecins consultés s'accorde à constater que l'état de l'épaule gauche du recourant ne peut plus être amélioré par un traitement somatique (rapport du 26 mai 2014 des spécialistes de la CRR, du 24 novembre 2014 du Dr N.\_\_\_\_\_, des 18 mai et 11 août 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_, des 3 et 29 juillet 2015 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Le Dr T.\_\_\_\_\_ indique ne pas avoir de solution à proposer au terme de ses dernières investigations (rapport du 4 février 2016) et la physiothérapeute K.\_\_\_\_\_ se limite pour sa part à décrire le traitement prodigué aux épaules de l'assuré (rapport du 16 novembre 2015). De ce point de vue, l'état de santé est incontestablement stabilisé, quand bien même il entraîne encore des limitations fonctionnelles, non contestées par la CNA. Le point de savoir si ces limitations peuvent ouvrir le droit à une rente doit encore faire l'objet d'une décision. Mais dans l'attente de cette

décision, la CNA était en droit de mettre fin aux prestations litigieuses en raison de la stabilisation de l'état de santé (cf. consid. 3a supra). Si une rente de l'assurance-accidents est finalement allouée en raison des atteintes à l'épaule gauche, elle le sera en principe avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juillet 2015 (cf. consid. 7b infra).

**6.** Le recourant allègue des atteintes à l'épaule droite, dont il considère qu'elles sont dues à une surutilisation de son épaule gauche et donc, indirectement, à l'accident. Il ne produit toutefois aucune pièce médicale pour étayer cette hypothèse, qui est réfutée par le Dr C. \_\_\_\_\_ (appréciation médicale du 11 août 2015, p. 2). Dans ces circonstances, il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'instruction, compte tenu de la position claire du médecin d'arrondissement de la CNA sur ce point et de l'absence de tout document médical étayant l'allégation du recourant.

**7.** Sur le plan psychique, le Dr H. \_\_\_\_\_ a constaté des atteintes à la santé apparues à la suite de l'accident (rapport 27 janvier 2016 p. 8 - 13). Indépendamment de la question d'un éventuel rapport de causalité naturelle avec l'accident, que l'on peut renoncer à examiner à ce stade, un rapport de causalité adéquate doit être nié, pour les motifs suivants.

**a)** En cas d'atteinte à la santé physique, 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).

**b)** En l'occurrence, au vu de son déroulement, l'accident du 10 juillet 2013 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne.

La Cour de céans constate que l'assuré a chuté alors qu'il travaillait sur un chantier. On ne saurait, d'un point de vue objectif, conférer un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident. Depuis ce dernier, une atteinte persistante à l'épaule gauche subsiste, constituant une atteinte à l'intégrité de 15% selon le Dr C. \_\_\_\_\_ (cf. le rapport d'examen final du 18 mai 2015 de ce chirurgien orthopédiste). Cependant, une grande partie des symptômes présentés par le recourant à l'épaule et au bras gauches ne peut pas être expliquée par les atteintes à la santé physique médicalement constatées. Une incapacité de travail dans l'activité habituelle de coffreur dans le bâtiment a persisté, mais pas dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr C. \_\_\_\_\_ et, avant lui, par les spécialistes de la Clinique romande de réadaptation dans leur rapport du 26 mai 2014, la situation étant stabilisée dès cette date déjà, quand bien même l'intimée n'a mis fin à ses prestations qu'au 30 juin 2015. Le traitement médical n'a pas été anormalement long. 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 sur le plan physique.

En présence d'un accident de gravité moyenne et en l'absence en l'espèce, de cumul des circonstances à prendre en considération ou d'intensité particulière de celles-ci, il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 10 juillet 2013 et les troubles psychiques présentés ensuite par le recourant. La CNA n'est pas tenue d'engager sa responsabilité sur ce plan et n'est donc pas tenue de prendre en charge le traitement psychiatrique ni de prolonger le versement des indemnités journalières pendant ce traitement.

**8.** Cela étant, le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée en ce sens par le recourant le 2 février 2016 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 conviction 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 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C\_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**9.** Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**a)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

**b)** Par prononcé du 10 mars 2016, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 2 février 2016 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Alessandro Brenici.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**c)** Le 8 mai 2017, Me Brenici a produit une liste des opérations dont il n'y a pas de motif de s'écarter. Il convient par conséquent de lui allouer une indemnité d'office de 1'497 fr. 20, TVA comprise pour un tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

**d)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

**e)** Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant pris en charge par le canton dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 28 décembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Alessandro Brenci, conseil du recourant, est arrêtée à 1'497 fr. 20 (mille quatre cent nonante-sept francs et vingt centimes), TVA et débours compris.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alessandro Brenci (pour W. \_\_\_\_\_),
- 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 :