

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 484 vom 24. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__484

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 484 du 24 juin 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 484 del 24 giugno 2021

Regeste

ÉTAT ANTÉRIEUR, EFFET DÉVOLUTIF, REJET DE LA DEMANDE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, RENTE{EN GÉNÉRAL}, INDEMNITÉ POUR ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ | 16 LAA, 18 LAA, 19 LAA

Erwägungen

E. 24

juin 2021 _____ Composition : Mme Durussel , présidente M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffière : Mme Neurohr ***** Cause pendante entre : D. _____ , [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 16 LPGA ; art. 16, 18, 19 et 36 LAA. E n f a i t : A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillait depuis le mois de janvier 2009 en qualité de manœuvre pour l'entreprise H. _____, devenue E. _____ SA en juin 2012. A ce titre, il 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). Il ressort de l'extrait de compte individuel que l'assuré a perçu un revenu annuel de 60'926 fr. en 2014, 63'094 fr. en 2013, de 62'505 fr. en 2012, de 59'868 fr. en 2011 et de 69'463 fr. en 2010. Le 10 septembre 2015, l'employeur de l'assuré a annoncé à la CNA que l'intéressé avait chuté d'un échafaudage le 7 septembre 2015, ce qui lui avait occasionné plusieurs fractures des vertèbres lombaires. La CNA a pris en charge le cas. Le jour de son accident, l'assuré a été examiné sur place par le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant. Il a ensuite été hélicoptéré au Centre hospitalier C. _____ où une fracture Burst L1 avec atteinte de la colonne postérieure lui a été diagnostiquée. Le 10 septembre 2015, l'intéressé a subi une spondylodèse D12-L2, avant de porter un corset. Il a quitté le Centre hospitalier C. _____ le 16 septembre 2015, au bénéfice d'un certificat médical attestant de son incapacité totale de travail jusqu'au 15 décembre 2015 (lettre de sortie du 2 octobre 2015 des Drs T. _____ et M. _____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, protocole opératoire du 23 septembre 2015 et certificat du 15 septembre 2015 de la Dre M. _____). Le certificat d'incapacité de travail a par la suite été renouvelé par le Dr T. _____. Dans un rapport d'arthro-imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule gauche du 18 décembre 2015, le Dr X. _____, spécialiste en radiologie, a notamment constaté une déchirure des fibres profondes du tendon du muscle sous-scapulaire sur toute sa hauteur ainsi qu'une déchirure du labrum de type SLAP V. Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a proposé à l'assuré d'opérer son épaule gauche, ce qu'il a accepté (rapport du 11 février 2016). Le 23 février 2016, le Dr W. _____ a réalisé une arthroscopie de l'épaule gauche, une acromioplastie

arthroscopique et une arthrolyse arthroscopique. Dans l'intervalle, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en date du 8 mars 2016. Un scanner du rachis lombaire réalisé le 16 septembre 2016 a mis en évidence un pont ostéophytique antérieur de D12 sur L1 ainsi que l'absence d'anté ou de rétrolisthésis. Le matériel d'ostéosynthèse était en place sans résorption pathologique de l'os alentour. Le 20 septembre 2016, l'assuré a été examiné par le Dr F._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Au cours de son examen, le Dr F._____ a suggéré que l'assuré se rende à la Clinique R._____, où il pourrait bénéficier d'un complément de rééducation et d'une évaluation professionnelle. L'assuré a séjourné à la Clinique R._____ du 9 novembre au 7 décembre 2016. Dans un rapport final, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne et réadaptation, a fait état d'une évolution subjective et objective favorable concernant les performances fonctionnelles, sans amélioration des douleurs. La participation de l'assuré aux thérapies était élevée. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical. La poursuite de la physiothérapie à sec et en piscine pourrait permettre de poursuivre le gain de mobilité et de reconditionnement. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manoeuvre charpentier était défavorable. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle a été renouvelée jusqu'en janvier 2017, et était à prévoir pour une longue durée. Dans une activité adaptée, à savoir sans port répété de charges supérieures à 10 kg, pas de maintien prolongé de la position du tronc en porte-à-faux, pas d'activités nécessitant des mouvements répétés de rotation du tronc en position assise, le pronostic était bon, mais limité par des facteurs non-médicaux tels que l'absence de formation et l'âge du patient. Il ressort d'un rapport de CT-scan dorso-lombaire de D12 à L2 réalisé le 26 janvier 2017 qu'il n'y avait pas de changement significatif par rapport à l'examen précédent du 16 septembre 2016. Sollicité pour avis, le Dr F._____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues à la Clinique R._____ par le Dr Z._____ (appréciation du 7 février 2017). Sur demande de la CNA, E._____ SA a transmis à cette dernière les fiches de salaire de l'assuré pour la période de septembre 2014 à septembre 2015, en date du 15 mars 2017. Dans un rapport du 5 avril 2017, le Dr T._____ a évoqué l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, laquelle était envisageable au niveau radiologique. Il ne considérait pas que cette intervention changerait la symptomatologie du patient, ne pensant pas que le matériel soit à l'origine des douleurs décrites. Avant de procéder à l'intervention, l'assuré subissait des infiltrations auprès du Dr Q._____, spécialiste en anesthésiologie au centre d'antalgie du Centre hospitalier C._____. En cas d'amélioration de la symptomatologie, l'intervention serait annulée. Les infiltrations, sous forme de bloc-diagnostic, ont été réalisées en juin et juillet 2017. Dans un rapport du 24 octobre 2017 relatif à une consultation du 23 août 2017, le Dr T._____ a constaté que, deux ans après l'intervention, l'évolution était bonne avec toutefois des douleurs rendant la reprise du travail impossible. L'assuré ressentait des douleurs à la marche après plus d'une heure, en position assise ainsi que dans la zone lombaire irradiant vers les côtes. Les nombreuses infiltrations réalisées étaient restées sans effet, tout comme les séances de physiothérapie. Le CT-scan lombaire réalisé en janvier 2017 montrait une bonne consolidation osseuse. Le Dr T._____ a donc proposé à l'assuré de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en octobre 2017. L'intervention s'est déroulée le 17 octobre 2017, sans complication. Les suites ont été simples et l'assuré a regagné son domicile le lendemain (cf. lettre de sortie du 2 novembre 2017 du Dr T._____). Un certificat d'incapacité de travail a été dressé jusqu'au 15 décembre 2017, puis renouvelé jusqu'au 2 février 2018. Le 9

janvier 2018, le Dr F. _____ a procédé à l'examen final de l'assuré. Dans un rapport du même jour, il a relevé que si l'épaule gauche de l'intéressé était parfaitement remise, il souffrait constamment du dos. Le Dr F. _____ a constaté un effacement de la jonction dorsolombaire mais pas de troubles statiques importants. La musculature paravertébrale était bien développée, non douloureuse à la palpation et sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne restait limitée dans tous les plans mais la mobilisation s'effectuait harmonieusement, avec de légères douleurs lombaires en fin de course. L'assuré changeait de position sans difficulté notable et pouvait rester assis longtemps, sans gêne apparente. Le Dr F. _____ a constaté qu'il y avait une importante discordance entre l'ampleur du handicap tel qu'il était perçu par l'assuré et les constatations objectives. Cette discordance procédait vraisemblablement d'un état anxiodépressif en lien avec la nécessité de changer d'orientation professionnelle et l'impossibilité de continuer à exercer des activités physiquement exigeantes mais qui étaient certainement très investies. La reprise d'une physiothérapie à sec et en piscine pouvait se concevoir, mais elle ne changerait pas fondamentalement les choses. Les limitations fonctionnelles, telles que précisées à l'issue du séjour à la Clinique R. _____, étaient inchangées. Dans une activité respectant ces limitations, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail. Le Dr F. _____ a fixé à 15 % l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), en se référant à la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Il a considéré que la situation de l'assuré paraissait intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement, d'une part, et des douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts, d'autre part. Le 10 janvier 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 28 février 2018, dès lors que l'examen médical du 9 janvier 2018 avait mis en évidence que la poursuite du traitement n'apporterait pas d'amélioration significative de l'état de santé consécutif à l'accident. Le traitement de physiothérapie continuerait à être pris en charge jusqu'à la fin du mois d'avril 2018. Sur la base de l'attestation de l'employeur reçue le 15 mars 2017, la CNA a fixé le gain présumé perdu en 2017 à 66'693 fr. 15, compte tenu d'un salaire de base annoncé de 29 fr. 15, de 2'112 heures annuelles figurant dans la CCT du gros œuvre et d'un treizième salaire correspondant à 8,33 %. Dans un rapport du 5 février 2018, le Dr S. _____ s'est dit surpris de la décision de la CNA, étant donné que le traitement médical n'était pas terminé. Ainsi, une dénervation n'avait pas été faite ou pas menée à terme. Il était vraisemblable que les douleurs étaient en partie en rapport avec une souffrance des massifs articulaires postérieurs. Une IRM réalisée le 29 janvier 2018 allait dans ce sens avec la présence de phénomènes inflammatoires. L'assuré n'avait en outre pas bénéficié de mesures de réadaptation professionnelles, de sorte que le traitement médical ne pouvait être considéré comme terminé. Le Dr S. _____ a enfin contesté le fait que les douleurs décrites par l'assuré soient dues à une composante psychosomatique, dès lors que l'épaule gauche était actuellement asymptomatique, que l'assuré avait toujours eu les mêmes plaintes au niveau du dos alors qu'il était asymptomatique avant l'accident et qu'il était compensé sur le plan psychiatrique depuis 2009. En annexe à son rapport, le Dr S. _____ a adressé un rapport d'IRM du rachis lombaire réalisée le 29 janvier 2018 qui avait objectivé des stigmates de fracture, un tassement vertébral cunéiforme de L1 avec un petit recul non significatif du mur postérieur. Il n'y avait pas d'argument pour un conflit disco-radicalaire. Elle mettait en évidence les stigmates de chirurgie au niveau des pédicules en T12 et L2 sans signe de complication ainsi que des phénomènes de fibroses

cicatricielles non hypertrophiques, modérément inflammatoires sur la voie d'abord chirurgicale dans les tissus sous cutanées et dans les muscles paravertébraux ainsi qu'au niveau des massifs articulaires postérieurs. Il révélait des discopathies L4-L5 et L5-S1 associées à de l'arthrose zygapophysaire modérée et interépineuse mais sans franc argument pour un conflit disco-radicaire. Le 6 février 2018, la CNA a listé 126 descriptions de postes dans des entreprises vaudoises, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT). Elle en a retenu cinq, pour des postes d'ouvrier façonneur (DPT n° 3724), de collaborateur de production (DPT n° 11576 et 5818), de rectifieur (DPT n° 11553) et d'ouvrier en horlogerie (DPT n° 10704228). Le salaire moyen de ces cinq postes correspondait à un revenu annuel moyen de 61'364 fr., à un revenu annuel minimal de 56'358 fr. et à un revenu annuel maximal de 66'370 francs. Par décision du 7 février 2018, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente d'invalidité. Elle a estimé qu'il pouvait réaliser un revenu annuel de 61'364 fr. dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comparé au gain annuel de 66'693 fr. qu'il réaliserait sans l'accident, l'assuré ne subissait pas une perte économique suffisante pour ouvrir le droit à une rente. La CNA a encore accordé à l'assuré une IPAI de 18'900 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 %. Dans l'intervalle, le 12 février 2018, l'OAI a rendu un projet de décision d'octroi de rente d'invalidité dans lequel reconnaissait à l'assuré le droit à une rente, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour une période limitée dans le temps, soit du 1^{er} septembre 2016 au 30 avril 2018. Le droit à une rente s'éteignait trois mois après avoir recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dès le 10 janvier 2018, dès lors que le préjudice économique n'était que de 7,36 % après comparaison d'un revenu sans invalidité de 73'544 fr. 29 et d'un revenu d'invalidité de 68'129 fr. 86. L'assuré n'avait en outre pas droit à des mesures de reclassement professionnel. L'OAI a toutefois proposé à l'intéressé une aide au placement, afin de l'aider à réintégrer le monde de l'économie. Suivant l'avis du Dr F. _____, la CNA a requis du Dr S. _____ qu'il précise quel traitement il proposait concrètement afin d'améliorer l'état de santé de l'assuré. En réponse, le Dr S. _____ a transmis à la CNA un rapport du 6 mars 2018 adressé au Dr Q. _____ dans lequel il le priait de convoquer l'intéressé afin de poursuivre la prise en charge antalgique (blocs facettaires et dénervation). Le 7 mars 2018, l'assuré, désormais représenté par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision du 7 février 2018, se référant au rapport du Dr S. _____ du 5 février précédent ainsi qu'à un courrier de l'OAI du 12 février 2018 l'informant de son droit à une aide au placement. La CNA s'est vue transmettre un rapport établi le 11 juin 2018 par le Dr S. _____ à l'attention du conseil de l'assuré. Le Dr S. _____ y indiquait que l'intéressé avait subi une infiltration une semaine auparavant et qu'il était alors trop tôt pour se prononcer quant à l'efficacité de ce geste, même si le résultat préliminaire apparaissait mitigé. La prise en charge allait encore prendre du temps. Le Dr S. _____ imaginait être fixé sur les résultats de la prise en charge antalgique d'ici à la fin de l'année 2019, avec une amélioration escomptée de la douleur de l'ordre de 50 % au moins. Il ajoutait que les lombalgies étaient vraisemblablement en rapport avec une surcharge mécanique des articulations postérieures, conséquence de l'accident et de l'ostéosynthèse. L'assuré, que le médecin suivait depuis 2009, n'avait jamais consulté pour des lombalgies et ne s'était jamais plaint du dos avant l'accident. Dans un rapport du 31 juillet 2018 adressé au conseil de l'assuré, le Dr Q. _____ a indiqué que les articulations D10-D11, D11-D12 et D12-L1 étaient responsables d'une partie de la symptomatologie douloureuse décrite par l'assuré. Il avait alors effectué une dénervation de ces articulations en juin 2018. L'efficacité du

traitement proposé pourrait être évaluée après deux mois, ainsi que la possibilité d'un traitement ultérieur. Les mesures prises concernaient la situation de la douleur qui était d'ailleurs la principale cause de l'invalidité de l'assuré. En réponse à une demande de renseignements d'une Caisse de chômage tendant à établir le gain assuré de l'intéressé, la CNA a indiqué avoir déterminé le montant de l'indemnité journalière de celui-ci en fonction des données salariales transmises par l'employeur dans la déclaration accident, à savoir un salaire horaire de 28,50 fr., majoré de 8,33 % pour le 13^{ème} salaire, pour 45 heures par semaine. Le salaire annuel brut s'élevait à 72'245 fr. 30. Le 27 août 2018, l'assuré a transmis à la CNA un rapport du 20 août 2018 du Dr Q. _____, lequel avait constaté, le 2 août 2018, une nette amélioration des douleurs dorsales qui parfois ne nécessitaient pas de médicaments. L'assuré appliquait de temps en temps du Voltaren et prenait très peu de Tramal. Il avait commencé à plus bouger, les douleurs étaient tolérables même après des séances de physiothérapie. Il était toujours en arrêt accident, mais pensait pouvoir travailler à 50 %. L'assuré a été examiné par le Dr F. _____ le 20 septembre 2018. Le médecin a rapporté les déclarations de l'assuré, à savoir que, outre les infiltrations subies, il avait poursuivi le traitement de physiothérapie. L'intéressé ne prenait actuellement plus que des médicaments. L'assuré a présenté au Dr F. _____ un certificat établi par le Dr S. _____ dans lequel celui-ci lui reconnaissait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} août 2018 pour lui permettre de s'inscrire au chômage et percevoir des prestations de cette assurance depuis cette date, étant précisé qu'il ne devait pas porter de charges supérieures à 10 kg et alterner les positions. Le Dr F. _____ a constaté que, objectivement, la situation lui paraissait largement superposable à celle observée en janvier dernier. Savoir si le traitement entrepris en mars 2018 avait notablement amélioré l'état de santé n'était pas chose aisée car l'assuré n'avait pas vraiment intérêt à consentir à une importante amélioration. Le traitement s'était adressé à une atteinte objectivable des articulations postérieures et il avait probablement aidé. Il y avait donc lieu de le prendre en charge et d'admettre, avec le médecin traitant, que la situation n'était stabilisée que depuis le 1^{er} août 2018. Les indemnités journalières seraient versées jusqu'à cette date. Pour le surplus, le Dr F. _____ a confirmé les conclusions prises à l'issue de l'examen du 9 janvier 2018. Le 28 septembre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 7 février 2018 et reprenait le versement des indemnités journalières du 1^{er} mars jusqu'au 31 juillet 2018. Interpelé au sujet du salaire auquel l'assuré aurait pu prétendre en 2018 sans la survenance de l'accident, E. _____ SA a indiqué, le 4 octobre 2018, qu'il n'avait pas procédé à des augmentations de salaire entre 2017 et 2018, étant précisé que le droit aux vacances de l'assuré était de 13,04 % depuis son 50^{ème} anniversaire. L'employeur a précisé que l'horaire de travail hebdomadaire était de 45 heures. Le dernier salaire versé à l'intéressé l'avait été le 28 février 2018. Le 16 octobre 2018, la CNA a listé 105 descriptions de postes dans des entreprises vaudoises, tirées de sa base de données relative aux DPT. Elle en a retenu cinq, pour des postes d'ouvrier façonneur (DPT n° 3724), de collaborateur de production (DPT n° 11576 et 5818), de rectifieur (DPT n° 11553) et d'ouvrier en horlogerie (DPT n° 10704228). Le salaire moyen de ces cinq postes correspondait à un revenu annuel moyen de 61'244 fr., à un revenu annuel minimal de 56'358 fr. et à un revenu annuel maximal de 66'130 francs. La CNA a rendu une nouvelle décision le 15 novembre 2018 dans laquelle elle a accordé à l'assuré une IPAI d'un taux global de 15 % et lui a nié le droit à une rente. Elle a constaté que l'assuré présentait une perte économique de 8,17 %, après comparaison du revenu d'invalidé de 61'244 fr. avec un revenu sans invalidité de 66'693 fr., ce qui était insuffisant pour ouvrir un

droit à une rente. Le 13 décembre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision qui précède. Il a indiqué être au bénéfice d'une incapacité de travail de 50 % depuis le 7 décembre 2018, attestée par le Dr S._____. Il avait en outre repris contact avec le centre d'antalgie du Centre hospitalier C._____ et avait une consultation à la fin du mois de janvier 2019, au vu de la réapparition d'importantes douleurs. Le Dr S._____ avait également constaté, dans un courrier du 28 novembre 2018, que l'assuré souffrait depuis plusieurs semaines d'une nouvelle exacerbation des douleurs dorso-lombaires. Le Dr S._____ observait que les douleurs étaient importantes notamment en position assise et concluait que le traitement n'était pas terminé. Au vu de ces éléments, l'assuré a relevé qu'il n'était pas exclu que la continuation du traitement médical permette une amélioration sensible de son état de santé. Les mesures de réadaptation n'étaient en outre pas menées à terme, dès lors qu'un entretien d'aide au placement auprès de l'OAI n'avait eu lieu qu'en novembre 2018. Selon l'assuré, la fixation de l'IPAI était prématurée. Le 16 janvier 2019, la Caisse de chômage [...] a adressé une déclaration d'accident à la CNA. Dans un rapport du 7 février 2019, le Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué avoir constaté, lors d'une consultation du 4 février 2019, des douleurs dorso-lombaires localisées dans la zone qui avait été dénervées en juin 2018. Il s'agissait d'une suite logique des soins qui nécessitait un bloc-test à nouveau sur les branches médiales des rameaux postérieurs D9-D12 des deux côtés, suivi, si cela était positif, d'une nouvelle dénervation. Sollicité pour avis, le Dr F._____ a considéré que le Dr B._____ devait procéder au bloc-test qu'il préconisait avant de refaire un point de situation (appréciation du 15 février 2019). Le praticien en a été informé par courrier du 15 février 2019. Lors d'un entretien du 20 février 2019 avec un collaborateur de la CNA, l'assuré a déclaré avoir été licencié en février 2018 et être au chômage depuis le mois d'août 2018. Il avait débuté un stage à la commune [...] le 4 décembre 2018, au cours duquel ses douleurs s'étaient intensifiées sans qu'il ne subisse de coup ou qu'il ne chute. Le Dr S._____ lui avait fourni un certificat d'incapacité de travail à 50 % dès le 7 décembre 2018. Le stage s'était terminé le 8 février 2019. L'assuré a ajouté qu'il n'avait pas subi les infiltrations auprès du Dr B._____ et ne le ferait que si la CNA prenait en charge les frais. Le Dr S._____ a renouvelé les certificats d'incapacité de travail à 50 % jusqu'au

E. 28

février 2019. Le 20 février 2019, il a annoncé à la CNA une rechute de l'accident du 7 septembre 2015 de l'assuré. Par courrier du 28 février 2019, la CNA a informé l'assuré que sa caisse de chômage avait annoncé ses troubles au dos comme étant un nouveau sinistre. Or, il ressortait de l'entretien du 20 février précédent qu'il n'y avait pas eu de nouvel accident et qu'il s'agissait des suites de l'accident du 7 septembre 2015. Le 18 avril 2019, le Dr B._____ a réalisé des infiltrations (cf. rapport de prise en charge du Centre hospitalier C._____). Dans un rapport du 3 juillet 2019, il a indiqué que ces infiltrations avaient eu des effets positifs significatifs pendant plusieurs heures. Il avait en outre réalisé une dénervation à droite le 24 juin 2019. Dans un second rapport du 16 novembre 2019, il a ajouté que la dénervation réalisée le 5 septembre 2019 à gauche n'avait pas eu d'effet satisfaisant, avec une persistance de douleurs surtout lors des efforts, la douleur étant supportable au repos. Lors d'une consultation du 5 novembre 2019, il avait été décidé d'interrompre la prise en charge infiltrative. Le Dr B._____ a alors prescrit des séances de physiothérapie à but de renforcement musculaire avec un traitement de TENS [stimulation nerveuse électrique transcutanée] en complément. Une éventuelle reprise du travail était actuellement précaire et nécessiterait une activité adaptée dans tous les cas.

Dans l'intervalle, du 10 juin au 10 juillet 2019, l'assuré a réalisé un stage auprès de son ancien employeur dont les coûts ont été pris en charge par l'OAI à titre d'aide au placement. L'assuré devait travailler en tant qu'aide et chauffeur, mais a travaillé à l'atelier. Le 23 janvier 2020, le Dr F. _____ a procédé à l'examen de l'assuré. Dans un rapport du même jour, il a constaté que, du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'évolution depuis deux ans. Le Dr F. _____ a observé qu'un état dépressif s'était installé, en lien avec des préoccupations pour l'avenir et un sentiment d'injustice, qui étaient des facteurs personnels et contextuels qui modulaient les plaintes. L'hypothèse d'une « repousse » des nerfs ayant précédemment fait l'objet d'une radiofréquence thermique s'était essentiellement fondée sur les plaintes du patient, en présence d'un examen clinique manifestement peu contributif, et se trouvait démentie par l'absence de toute amélioration après la répétition de cette procédure. Cela confirmait également qu'il n'y avait malheureusement pas de mesure susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. A cet égard, la reprise d'un traitement d'hydrokinésithérapie pourrait peut-être un peu l'aider mais ne changerait pas fondamentalement les choses. Le Dr F. _____ a conclu qu'il n'y avait pas de rechute avec aggravation de l'état de santé. Ses conclusions du 9 janvier 2019 restaient d'actualité. Dans un rapport du 3 mars 2020 à l'attention de la CNA, le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a évoqué la nécessité de prolonger les traitements ambulatoires de rééducation à sec et en piscine déjà réalisés précédemment. Il précisait que « ceci n[allait] pas améliorer [la] capacité de travail mais [...] permettra[it] au patient de gagner en confiance en ses capacités physiques ». La CNA a refusé de prendre en charge ce traitement, par courrier du 19 mars 2020, renvoyant au rapport du Dr F. _____ du 23 janvier 2020. Par décision sur opposition du 24 avril 2020, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 15 novembre 2018. La CNA a considéré qu'il se justifiait d'examiner la capacité de gain et l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à partir du 1^{er} août 2018, dans la mesure où la poursuite d'un traitement médical n'était pas susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré de manière notable. Le Dr F. _____ avait en effet constaté qu'il n'y avait pas eu d'évolution du point de vue orthopédique depuis deux ans, lors de son examen du 23 janvier 2020. En outre, l'OAI apportait son soutien à l'intéressé en prenant en charge les coûts d'orientation professionnelle sous la forme de stage ; le droit à un reclassement n'était pas ouvert. Les indemnités journalières n'avaient donc pas à être versées au-delà du 1^{er} août 2018. S'agissant du droit à une rente, la CNA s'est référée aux limitations fonctionnelles décrites par les spécialistes de la Clinique R. _____ dans leur rapport du 23 janvier 2017, lesquelles avaient été reprises et confirmées par le Dr F. _____. L'assuré était en conséquence pleinement capable de travailler dans une activité adaptée. La CNA a confirmé le calcul du revenu sans invalidité et avec invalidité, relevant encore que le recours à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) aboutissait à un revenu exigible supérieur à celui retenu au moyen des DPT. La CNA a enfin confirmé le taux de 15 % de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité, relevant qu'aucun élément médical concret n'était propre à remettre en cause l'appréciation du dommage effectuée par le Dr F. _____. B. Par acte de son mandataire du 25 mai 2020, D. _____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision qui précède. Il a principalement conclu à son annulation, au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des frais médicaux au-delà du 1^{er} août 2018 et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision quant à la rente et à l'IPAI. Subsidièrement, il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} août 2018 et qu'une IPAI est fixée à un

taux à préciser en cours d'instance. Plus subsidiairement, il a enfin conclu à ce que la décision entreprise soit annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise. A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis que son ancien employeur soit entendu et à ce qu'une expertise orthopédique soit mise en œuvre. Sur le fond, le recourant a contesté que son état de santé soit stabilisé, relevant que le Dr F. _____ s'était exprimé sur la base d'un dossier incomplet, celui-ci ne contenant pas les radiographies effectuées six semaines après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Un traitement médical restait possible et il était donc prématuré de mettre fin aux indemnités journalières. Le recourant a en outre contesté la capacité de travail reconnue dans une activité adaptée, ce qu'une expertise médicale mettrait en évidence. Le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, constatait qu'il existait deux hypothèses quant à l'origine des douleurs et préconisait des mesures d'instructions complémentaires, dans un avis du 20 mai 2020. Il a également allégué que l'intimée aurait dû arrêter le revenu sans invalidité à 73'890 fr. 70, en prenant en considération un droit aux vacances de 13,04 %. Ce revenu était d'autant plus correct qu'il correspondait au salaire assuré retenu par la CNA afin de déterminer le montant des indemnités journalières. Enfin, l'importance des douleurs devait être prise en compte pour arrêter le degré de l'IPAI. Par réponse du 9 juillet 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que la décision entreprise ne se fondait pas uniquement sur le rapport d'examen du 23 janvier 2020 du Dr F. _____, mais sur l'ensemble des documents médicaux au dossier. Au demeurant, aucune radiographie n'avait été pratiquée six semaines après l'intervention du 16 octobre 2017, de sorte que l'appréciation du Dr F. _____ se fondait sur un dossier complet et était probante. Le rapport du 20 mai 2020 du Dr G. _____ n'était pas propre à remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement, le praticien se limitant à soulever des hypothèses. La CNA a précisé qu'en prenant en compte le coefficient de 2'112 heures de travail annuel, prévu par la Convention nationale dans le secteur principal de la construction, elle avait déjà pris en considération la part des vacances de 13,04 %. Il ressortait en outre de l'extrait du compte individuel que le salaire perçu était plus proche de celui retenu à titre de revenu sans invalidité que celui allégué par le recourant. Le revenu sans invalidité se distinguait en outre du gain assuré. Finalement, l'évaluation de l'IPAI réalisée par le Dr F. _____ n'était pas remise en question par le Dr G. _____, lequel ne contredisait pas l'appréciation du dommage permanent réalisée par son confrère. Répliquant le 26 octobre 2020, le recourant a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} août 2018, compte tenu d'un taux d'invalidité de 79 % au moins. A l'appui de cette conclusion, le recourant a produit un rapport d'expertise privée du Dr G. _____ du 1^{er} octobre 2020, dans lequel celui-ci posait les diagnostics de maladie de Bastrup et de spondylarthropathie thoracique, soit deux états antérieurs qui avaient eu un effet direct dans la prise en charge des séquelles de la fracture L1. Les limitations fonctionnelles étaient en outre incomplètes. Le Dr G. _____ considérait également que l'état de santé n'était pas stabilisé et préconisait une intervention chirurgicale. Il considérait en outre que la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée était limitée à 25 %. Il faisait état de limitations fonctionnelles du rachis de classe III, soit l'interdiction de soulever, porter, pousser, titrer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de 5 kg, de marcher ou de garder la même posture plus de 30 ou 60 minutes, de travail dans une position instable et d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs. Selon le recourant, le revenu d'invalidé, tel que retenu par la CNA,

devait donc être divisé par 4, laissant apparaître un degré d'invalidité de 79 %. Le Dr G._____ relevait encore que le Dr F._____ n'avait pas tenu compte, dans son appréciation de l'IPAI, de l'angle vertébral résiduel ni du traitement anti-inflammatoire quotidien. Dans une duplique du 17 décembre 2020, l'intimée a indiqué avoir soumis l'expertise privée du Dr G._____ au Dr J._____, médecin d'arrondissement et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Celui-ci s'était prononcé dans une appréciation du 14 décembre 2020. Selon le Dr J._____, il existait bien un état antérieur qui avait été décompensé lors de l'accident litigieux. Au 9 janvier 2018, soit à la date du deuxième examen pratiqué par le Dr F._____, la maladie de Bastrup et la spondylo-arthropathie thoracique n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident, ce que le Dr F._____ avait évoqué. Au demeurant, le Dr J._____ préconisait de réaliser des investigations complémentaires afin de mesurer une éventuelle instabilité de la vertèbre L1. Si une telle instabilité était confirmée, une reprise chirurgicale serait nécessaire. Dans le cas contraire, les conclusions du Dr F._____ du 9 janvier 2018 devaient être confirmées. La CNA a en conséquence partiellement acquiescé au recours et a indiqué procéder à une instruction complémentaire. Une fois les résultats des examens en sa possession, elle pourrait se déterminer sur le droit à l'indemnité journalière au-delà du 1^{er} août 2018 et sur les droits à la rente d'invalidité et à l'IPAI. Par courrier du 1^{er} février 2021, la CNA a adressé à la Cour de céans une appréciation établie le 27 janvier 2021 par le Prof. V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, que le Dr J._____ avait sollicité pour avis. Il ressort ce qui suit de cette appréciation : « [...] La question principale est celle de savoir s'il existe un possible défaut antérieur ou une pseudoarthrose de vertèbre au niveau de L1. Sur la base de l'examen CT du 11 septembre 2020 et des reconstructions 3D que vous trouverez en annexe à ce courrier, on peut voir qu'il y a une fusion antérieure et postérieure de D12 et de L1, rendant ce niveau tout à fait stable. De plus, si l'on compare les clichés post-opératoires immédiats et les clichés les plus récents, on voit qu'il n'y a pas eu de déformation en cyphose segmentaire à 1° près, ce qui est largement dans les erreurs de la mesure possible, il n'y a pas de modification entre ces deux clichés comparés. Comme vous le soulignez, il y a des atteintes dégénératives sus et sous-jacentes qui étaient déjà présentes en pré-traumatisme et qui ont pu se décompenser de manière transitoire. Je peux donc répondre à votre question par la négative. Il n'y a donc pas de nécessité de pratiquer d'autres examens, ni bien sûr d'envisager de chirurgie complémentaire à ce niveau. [...] » Par courrier du 12 février 2021, le recourant a conclu à l'irrecevabilité de l'appréciation du 27 janvier 2021 du Prof. V._____, au motif que l'intimée avait requis les services d'un médecin externe à l'assurance dont l'avis ressemblait à une expertise, ce qui violait le principe de l'effet dévolutif du recours. Le recourant a également produit un avis du 12 février 2021 du Dr G._____, lequel constatait qu'il existait chez l'intéressé une instabilité résiduelle de la colonne antérieure en L1, causée par l'accident et non une pseudo-arthrose, comme retenu par le Prof. V._____. Cette instabilité était responsable des douleurs persistantes chez le recourant et accompagnées par l'aggravation persistante de l'état de santé antérieur. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur

notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. En l'espèce, sont litigieux la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, et par conséquent le droit au versement d'indemnités journalières et la prise en charge de ses frais médicaux au-delà du 1^{er} août 2018, ainsi que les degrés d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 7 septembre 2015. 3. Le recourant invoque tout d'abord des griefs d'ordre formel. Il fait valoir une violation de l'effet dévolutif du recours et une violation de ses droits procéduraux. a) Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa p. 231 et les références ; TF 9C_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5 ; TF 9C_403/2020 du 31 décembre 2010 consid. 3). Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir lite pendente sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction lite pendente. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder. Des mesures d'instruction portant sur des aspects ponctuels, tels que le fait de requérir une attestation ou un certificat, ou de demander des précisions à un médecin ou une autre personne susceptible de fournir des renseignements sont en règle générale admissibles ; tel n'est en revanche pas le cas de la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, on ne saurait par ailleurs parler d'un acte justifié par des motifs liés à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb p. 232 et les références ; TF 9C_598/2011 précité consid. 5.2.2 ; TF 9C_403/2010 précité consid. 3.2). Au demeurant, la mise en œuvre par l'administration d'une expertise au stade de la procédure de recours pose également des problèmes procéduraux qui sont difficilement résolubles. Si l'on considère que l'expertise en question constitue une expertise administrative (au sens de l'art. 44 LPGA), le fait de verser ce document en procédure cantonale fait perdre une instance à la personne assurée. Si l'on

considère en revanche qu'il s'agit d'une expertise judiciaire, il faut alors constater que les règles de la procédure administrative cantonale n'ont pas été respectées. En tout état de cause, les droits procéduraux de la partie assurée subissent une restriction qui, vu la gravité de celle-ci, ne peut faire l'objet d'une réparation a posteriori (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa p. 232 et les références ; TF 9C_598/2011 précité consid. 5.2.3 ; TF 9C_403/2010 précité consid. 3.2). b) En l'espèce, l'intimée a soumis à nouveau le cas de l'assuré à l'appréciation de son service médical, plus particulièrement au Dr J. _____, à la suite de la production par le recourant, au stade de la réplique, d'une expertise privée établie le 1^{er} octobre 2020 par le Dr G. _____. Le Dr J. _____ a préconisé, dans un avis du 14 décembre 2019, de réaliser des investigations complémentaires concernant une éventuelle instabilité de la vertèbre L1. Le 13 janvier 2021, il a sollicité l'avis du Prof. V. _____ sur un point précis. Il lui a transmis une copie du rapport d'expertise privée du Dr G. _____ ainsi que son appréciation du 14 décembre 2020, afin de compléter ses déterminations sur la réplique et le nouveau rapport médical déposé par le recourant. Il s'agissait de vérifier, à l'aide d'un spécialiste, si de nouvelles mesures d'instruction devaient être ordonnées. La mesure d'instruction, simple et rapide, n'était qu'une réponse à un rapport déposé par le recourant avec sa réplique. L'appréciation du 27 janvier 2021 du Prof. V. _____ est dès lors recevable. On constatera encore que l'assuré a pu se déterminer sur le contenu de ce document, qu'il a soumis pour avis au Dr G. _____ qui s'est prononcé le 11 février 2021.

4. a) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit. b) 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. c) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2). Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). d) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le

troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 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 (cf. art. 19 al. 1 LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, 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 (cf. TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). e) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). f) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves

(art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 5. Les avis des parties divergent tout d'abord quant à la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. a) L'intimée s'est fondée sur les diverses appréciations médicales du Dr F._____. Celui-ci a constaté, dans un premier avis du 9 janvier 2018, une importante discordance entre l'ampleur du handicap tel qu'il était perçu et ses propres constatations objectives lors de l'examen radio-clinique. Du point de vue thérapeutique, la reprise d'une physiothérapie à sec et en piscine pouvait se concevoir mais elle ne changerait pas fondamentalement les choses. Sur la base de ce premier avis, la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières avec effet au 28 février 2018. Par la suite, le Dr S._____ a préconisé la poursuite de la prise en charge antalgique, dans un rapport du 6 mars 2018, compte tenu de phénomènes inflammatoires mis en évidence par l'IRM du rachis lombaire réalisé le 30 janvier 2018. On relèvera que si le rapport d'IRM a révélé des phénomènes de fibroses cicatricielles non hypertrophiques, modérément inflammatoires, il a également relevé l'absence de conflit disco-radulaire, des stigmates de chirurgie sans signe de complication ainsi que des discopathies L4-L5 et L5-S1 associées à de l'arthrose mais sans argument de conflit disco-radulaire. Le traitement suggéré a été réalisé par le Dr Q._____, à savoir des injections d'anesthésiques (blocs) puis des injections de corticostéroïdes (infiltrations) (cf. rapport du 11 juin 2018 du Dr S._____ et rapport du 31 juillet 2018 du Dr Q._____). Le 20 août 2018, le Dr Q._____ a constaté une nette amélioration des douleurs dorsales, qui étaient désormais tolérables, et une diminution de la prise de médicaments antalgiques (cf. rapport du 20 août 2018). Lors d'un examen du 20 septembre 2018, le Dr F._____ a relevé que le traitement réalisé par le Dr Q._____ s'était adressé à une atteinte objectivable des articulations postérieures et qu'il avait probablement aidé. Le traitement devait donc être pris en charge par la CNA. Le Dr F._____ a ajouté qu'il convenait d'admettre, comme le Dr S._____, que la situation n'était stabilisée que depuis le 1er août 2018, date à laquelle le médecin traitant avait attesté une pleine capacité de travail moyennant de ne pas porter des charges supérieures à 10 kg et d'alterner les positions. Dans un rapport du 28 novembre 2018, le Dr S._____ a derechef fait état d'aggravation des douleurs dorsales chez l'assuré, notamment en position assise et de nuit, qui l'avaient amené à adresser l'intéressé au centre d'antalgie du Centre hospitalier C._____. Selon le Dr S._____, le traitement n'était alors pas terminé. Le Dr B._____ a préconisé un nouveau bloc-test sur les branches médiales des rameaux postérieurs de D11, D12 et L1 des deux côtés, comme suite logique des soins réalisés par le Dr Q._____ en juin 2018 (cf.

rapport du 7 février 2019). Le Dr F. _____ a approuvé ce traitement (cf. avis du 15 février 2019 et courrier de la CNA du même jour), qui a été réalisé le 18 avril 2019 (cf. rapport du 3 juillet 2019) ainsi que les 24 juin et 5 septembre 2019 (cf. rapport du 16 novembre 2019). L'effet du traitement du 5 septembre 2019 n'a toutefois pas été satisfaisant avec la persistance de douleurs lors de l'effort, celles-ci étant supportables au repos. Lors d'une consultation du 5 novembre 2019, il a été décidé d'interrompre le traitement par infiltration, le Dr B. _____ ayant en revanche prescrit des séances de physiothérapies à but de renforcement musculaire avec un traitement de TENS en complément. Après la fin de ce traitement, le Dr F. _____ a revu l'assuré le 23 janvier 2020. Il a alors constaté que, du point de vue orthopédique, il n'y avait pas d'évolution depuis 2 ans. Ses observations sont en effet similaires à celles des précédents examens. Ainsi, objectivement, la jonction dorso-lombaire était toujours un peu effacée, sans autres troubles statiques notables. La musculature paravertébrale était bien développée, indolore à la palpation, sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne restait assez limitée dans tous les plans mais la mobilisation s'effectuait harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien, avec des douleurs modérées à la jonction dorsolombaire en fin d'amplitudes, lors des inclinaisons et des rotations. L'assuré continuait à changer de positions sans difficultés particulières. Il pouvait aussi rester assis longtemps sans aucune gêne apparente. La manœuvre de Lasègue entraînait de légères douleurs lombaires des deux côtés mais elle n'était pas bloquée. Les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs et symétriques. Cette fois encore, il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Le Dr F. _____ a ajouté que l'hypothèse d'une repousse des nerfs qui avait motivé le nouveau traitement par radiofréquence était démentie par l'absence d'amélioration consécutive à celui-ci. Cela confirmait qu'il n'y avait pas de mesures susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. Le Dr F. _____ a conclu qu'il n'y avait donc pas de rechute avec aggravation de l'état de santé, de sorte que ses conclusions du 9 janvier 2018 demeuraient valables. Il a précisé que la reprise d'un traitement d'hydrokinésithérapie pourrait peut-être un peu aider l'assuré, mais ne changerait pas fondamentalement les choses. A cet égard, on observera que le Dr P. _____, qui recommandait ce traitement, a lui-même concédé que cela n'allait pas améliorer la capacité de travail de l'assuré. Ce traitement n'était donc pas, de l'aveu même du médecin qui le prescrivait, susceptible d'améliorer sensiblement l'état de santé de l'assuré. b) Les rapports médicaux subséquents n'établissent pas non plus qu'un traitement permettrait d'améliorer sensiblement la situation ou que l'assuré serait incapable de travailler dans une activité adaptée. A cet égard, le Dr G. _____, dans son rapport du 20 mai 2020, n'émet que des hypothèses et ne saurait être suivi. Dans son rapport d'expertise privée du 1^{er} octobre 2020, le Dr G. _____ a conclu que l'état antérieur défini par la maladie de Bastrup et la spondylarthropathie thoracique était aggravé par la fracture de L1 et par l'instabilité résiduelle de la colonne antérieure en L1. Or, toute instabilité a été exclue de manière convaincante par le Prof. V. _____, dans son appréciation du 27 janvier 2021. Ce médecin a constaté, sur la base d'éléments objectifs, à savoir des CT-scans réalisés par le Dr G. _____ dans le cadre de son expertise privée, une stabilité au niveau de la fusion antérieure et postérieure de D12 et L1. Dans ces circonstances, d'autres examens ainsi qu'une nouvelle intervention chirurgicale ne s'avèrent donc pas nécessaires. Dès lors que les conclusions du Dr G. _____ reposent sur une prétendue instabilité de la colonne antérieure, elles ne sauraient être suivies. Le Dr G. _____ n'objective pas davantage son appréciation selon laquelle la décompensation de la maladie de Bastrup et de la spondylarthropathie thoracique serait déterminante. Le Dr

J. _____, dans son appréciation du 14 décembre 2020, relève au contraire que rien n'indiquait que la maladie de Baastrup qui avait décompensé de manière initiale et transitoire ait modifié les courbures du rachis. Il a ajouté que si elle devait modifier sa stabilité, cela se ferait par une rigidification de l'ensemble plutôt que par une fragilisation, ce qui est cohérent au vu des spécificités de cette pathologie. Il a au demeurant observé que les conflits épineux, mis en évidence par les clichés réalisés le 11 septembre 2020 dans le cadre de l'expertise privée du Dr G. _____, n'étaient pas plus prononcés que préalablement à l'événement litigieux et que les aspects de néo-articulation interépineuse n'était pas très prononcés par rapport à ce qui aurait pu apparaître au moment de l'événement. Cela démontre que l'état antérieur n'a été décompensé que de manière transitoire. Le rapport du 11 février 2021 du Dr G. _____ n'apporte enfin aucun développement objectif permettant de remettre en question les conclusions du Prof. V. _____ et du Dr J. _____ qui peuvent donc être suivies. c) Les éléments médicaux au dossier ne permettent donc pas de mettre en doute les conclusions des Drs F. _____, J. _____ et V. _____. Il y a toutefois lieu de relever que le Dr F. _____ a estimé que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 1^{er} août 2018, puis a autorisé le Dr B. _____ à réaliser les traitements antalgiques qu'il recommandait. Le Dr F. _____ a dès lors considéré que ces traitements étaient susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré, puisqu'il les a autorisés. L'état de santé de l'assuré ne peut donc être considéré comme stabilisé qu'à l'issue de ces traitements, à savoir le 5 novembre 2019. Découvrir postérieurement à la décision de prise en charge du traitement que celui-ci a partiellement échoué n'autorise pas la CNA à faire rétroagir la date à laquelle l'état de santé est stabilisé. La décision litigieuse sera ainsi réformée en ce sens que les frais médicaux entrepris jusqu'au 5 novembre 2019 doivent être pris en charge. Il en va de même du versement des indemnités journalières, le cas échéant. On ignore toutefois si l'assuré était incapable de travailler du 1^{er} août 2018 au 5 novembre 2019, période au cours de laquelle il s'est inscrit au chômage et a réalisé des stages. La cause sera donc renvoyée à l'intimée à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), pour qu'elle examine si et dans quelle mesure les indemnités journalières doivent être versées à l'assuré jusqu'au 5 novembre 2019. 6. a) Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA). b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPG). c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid.

4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1). d) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). e) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). On se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalidé, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2). 7. a) Le recourant conteste le revenu sans invalidité retenu par l'intimée, à savoir 66'693 francs. Il lui reproche de ne pas avoir repris les indications de son ancien employeur quant à son horaire de travail de 45 heures et quant à son droit aux vacances de 13,04 %. La CNA s'est en effet fondée sur la durée annuelle de travail telle que fixée par la Convention nationale du secteur principal de la construction en Suisse (ci-après : CN) – qui a force obligatoire dans toute la Suisse dès lors qu'elle a été étendue par arrêté du Conseil fédéral (ACF du 6 février 2019). L'art. 24 al. 2 CN prévoit que le total des heures annuelles de travail déterminant s'élève à 2'112 heures, soit 40,5 heures par semaine, pour tout le territoire conventionnel. La durée annuelle est le temps de travail brut à effectuer pendant une année civile (art. 24 CN). Elle tient dès lors compte des vacances et des jours fériés. Il n'y a donc pas lieu d'y ajouter le droit aux vacances, par 13,04 % (TF 8C_61/2012 du 25 avril 2012 consid. 2). En outre, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas retenu l'horaire de 45 heures communiqué par l'ancien employeur de l'assuré. Cet horaire allégué n'est pas corroboré par les pièces au dossier. Il ressort d'abord des fiches de salaire transmises par E. _____ SA que l'assuré ne réalisait pas tous les mois le même nombre d'heures. Or, seules les heures de travail effectivement accomplies entrent en considération dans le calcul du revenu sans invalidité. Si l'on se réfère aux revenus figurant dans l'extrait du compte individuel du recourant, on constate encore que ses revenus ont fluctué d'année en année, ce qui démontre que l'assuré était rémunéré sur la base d'un horaire hebdomadaire moins élevé que les 45 heures auxquelles il prétend aujourd'hui. Le revenu moyen des cinq années

ayant précédé l'accident s'élève en outre à 63'171 fr., ce qui est bien inférieur au revenu qu'il allègue, mais également au revenu retenu par la CNA. En présence d'un horaire et d'un salaire variables, l'intimée était légitimée à se référer à la durée annuelle fixée par la CN. b) Le recourant s'étonne encore que le revenu sans invalidité ne soit pas, à tout le moins, aussi élevé que le dernier salaire reçu avant l'accident qui sert de base au calcul du gain assuré. Or, les bases de calcul pour l'indemnité journalière et celles pour le droit à la rente sont différents de par la loi. S'il est vrai que selon l'art. 15 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré (al. 1), les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul des indemnités journalières le dernier salaire que l'assuré a reçu avant l'accident (art. 15 al. 2, première phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Est déterminant en revanche pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (al. 2). On ne saurait dès lors faire un parallèle entre le gain assuré et le revenu sans invalidité. c) Le recourant se fonde enfin sur le rapport d'expertise privée établi le 1^{er} octobre 2020 pour le Dr G. _____ pour soutenir que le revenu d'invalidité devrait être divisé par 4, compte tenu d'une capacité de travail de 25 % retenue par ce médecin. Or, aucune valeur probante ne peut être conférée au rapport d'expertise privée du Dr G. _____, dès lors que les conclusions de ce médecin reposent sur l'hypothèse – valablement écartée – d'une instabilité de la colonne antérieure. Vu ce qui précède, le revenu d'invalidité retenu par la CNA à hauteur de 61'244 fr. sur la base des DPT peut être confirmé. Les DPT retenues correspondent en effet aux limitations fonctionnelles du recourant et satisfont aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 6 ci-dessus). La CNA pouvait en conséquence rejeter le droit de l'assuré à une rente, à défaut d'un préjudice égal ou supérieur à 10 %. 8. Le recourant conteste encore le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par la CNA. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). b) La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 15 % sur la base des conclusions du Dr F. _____. Dans son appréciation du 9 janvier 2018, il s'est référé à la table 7 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Il a considéré que la situation de l'assuré était intermédiaire entre des douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (+), d'une part, et des douleurs minimes permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++), d'autre part. Le recourant, se fondant sur l'expertise privée du Dr G. _____ du 1^{er} octobre 2020, reproche à la CNA de ne pas avoir pris en considération son traitement anti-inflammatoire et de ne pas avoir déterminé l'angle de la fracture. L'appréciation du Dr F. _____ paraît toutefois

convaincante. La table 7 dont il est question prévoit que, pour les fractures de la colonne vertébrale, le taux d'atteinte à l'intégrité varie selon les douleurs et l'angle des fractures. Pour une fracture dont l'angle se situe entre 10 et 20°, le taux d'atteinte à l'intégrité se situe entre 5 et 10 % pour des douleurs modérées (catégorie +) et entre 10 et 20 % pour des douleurs minimales permanentes (catégorie ++). Si l'angle de la fracture est supérieur à 21°, le taux d'atteinte à l'intégrité se situe entre 5 et 15 % dans la première catégorie et entre 15 et 20 % dans la deuxième catégorie. Dès lors, bien que le Dr F. _____ n'ait pas spécifié l'angle de la fracture, celui-ci a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 %. Ce taux se situe dans la fourchette moyenne au regard de l'échelle des douleurs pour des fractures dont l'angle est supérieur à 21° et dans la fourchette haute pour les fractures dont l'angle se situe entre 10 et 20°. En outre, aucun médecin, pas même le Dr G. _____, n'a constaté que les douleurs de l'assuré étaient plus importantes que celles décrites dans les catégories retenues par le Dr F. _____ et mériteraient d'être classées dans la catégorie supérieure (+++) de la table 7. Le Dr B. _____ a, au contraire, fait état des douleurs surtout présentes lors de l'effort et supportables au repos, dans un rapport du 16 novembre 2019. Il rejoint ainsi les constatations du Dr F. _____. Le traitement anti-inflammatoire pris par l'assuré ne saurait modifier cette appréciation, dès lors que l'on ignore comment celui-ci est effectivement pris par l'intéressé, faute de monitoring médicamenteux. L'appréciation de l'IPAI établie par le Dr F. _____ peut donc être confirmée. 9. Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées). En l'occurrence, l'instruction apparaît suffisante, les éléments au dossier permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires. En conséquence, l'audition de l'ancien employeur du recourant ainsi que la mise en œuvre d'une expertise n'apparaissent pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peuvent dès lors être écartées par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 10. a) Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse est réformée en ce sens que les traitements médicaux entrepris jusqu'au 5 novembre 2019 sont pris en charge par la CNA, la cause lui étant renvoyée pour instruire et statuer sur l'octroi éventuel des indemnités journalières jusqu'au 5 novembre 2019. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au

E. 31

décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA). Le recourant, qui obtient très partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.