

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 119 vom 30. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__119

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 119 du 30 juin 2022

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 119 del 30 giugno 2022

Regeste

RECHUTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 6 LAA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 30.06.2022 Arrêt / 2022 / 119

RECHUTE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 6 LAA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 33/21 - 75/2022 ZA21.008898 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 30 juin 2022

_____ Composition : Mme DURUSSEL , présidente Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Bonard, assesseur Greffière : Mme Lopez ***** Cause pendante entre : G. _____ , à [...], recourant, représenté par le syndicat Unia, à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. _____ Art. 6 LAA ; art. 11 OLAA E n f a i t : A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1972, ressortissant portugais, sans formation, travaillait à 100 % comme maçon pour le compte de O. _____ SA. 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). Le 6 décembre 2017, lors de la démolition d'une ancienne cheminée, celle-ci s'est soudainement détachée et a basculé sur l'assuré, qui se trouvait dessous. A la suite de cet événement, il a été polytraumatisé. La CNA a pris le cas en charge. L'assuré a été hospitalisé du 6 décembre 2017 au 4 janvier 2018 au D. _____, date de son transfert à J. _____ à [...]. Dans un rapport du 23 janvier 2018, les Drs W. _____ et R. _____, respectivement médecin-associée et médecin assistant au D. _____, ont posé les diagnostics de fracture comminutive de la scapula gauche, de fracture Burst L1 avec atteinte des 3 colonnes associée à un recul du mur postérieur de 9 mm et un fragment intracanalair de 10 mm latéralisé à gauche, de fractures des processus transverses gauches L2-L5 et L3 droite, de fracture du processus épineux L2, de fractures multiples des arcs costaux gauches, soit 1 et 2 postérieures, 4 antérieure, 6 et 7 postérieures, 8 postérieure latérale, 9 à 11 bifocales postérieures, d'hémothorax gauche et d'infection urinaire. Ils ont indiqué que l'assuré avait subi, le 19 décembre 2017, une réduction et ostéosynthèse à foyer ouvert voie postérolatérale du péroné distal à droite et, le 29 décembre 2017, une révision chirurgicale avec ablation du matériel d'ostéosynthèse, complément de réduction et nouvelle ostéosynthèse par une plaque et deux vis à travers la plaque du péroné distal à droite. L'assuré a également subi, le 7 décembre 2017, une fixation vertébrale D11-L3. L'assuré a ensuite séjourné du 4 au 23 janvier 2018 à J. _____, où les diagnostics suivants ont été posés : « THORAX - Hémothorax G [gauche] : - fractures multiples des arcs costaux G, 1

et 2 postérieures, 4 antérieure, 6 et 7 postérieures, 8 postérieure latérale, 9 et 11 bifocales postérieures - Fracture comminutive de la scapula G : traitement conservateur RACHIS - fracture Burst L1 avec atteinte des 3 colonnes associée à un recul du mur postérieur de 9 mm, fragment intra-canalair de 10 mm latéralisé à G - fracture des processus transverses G L2-L5 et L3 D [droite] - Fracture du processus épineux L2 - MEMBRE INFÉRIEUR droit : - fracture du péroné distal D Weber C » Le 21 mars 2018, la Dre N._____, médecin à J._____, a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale du 6 décembre 2017 au 27 avril 2018, à réévaluer. Au cours de ce séjour à J._____, il a été constaté que la participation du patient aux thérapies était élevée et aucune incohérence n'a été relevée (rapport du 9 avril 2018 des Drs N._____ et I._____). Le 30 mars 2018, le Dr H._____, médecin généraliste traitant, a fait état d'une évolution favorable mais lente, estimant le pronostic plutôt bon. Il notait qu'il fallait s'attendre à la persistance de problèmes au niveau de la colonne dorso-lombaire. Le 28 août 2018, le Dr H._____ a indiqué que son patient avait toujours mal au dos. Le 1^{er} octobre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Lors d'un téléphone du 4 octobre 2018 avec un gestionnaire de la CNA, l'assuré a indiqué qu'il avait mal dès qu'il marchait. Lors d'un entretien à son domicile avec un gestionnaire de la CNA le 6 décembre 2018, l'assuré a expliqué qu'il ne prenait aucun médicament, ne faisait plus de physiothérapie, et que c'était surtout son dos le problème. La Dre P._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné l'assuré le 23 janvier 2019. A cette occasion, elle a notamment relevé que l'assuré, qui n'était pas plaintif, mentionnait sur demande des douleurs du bas du dos lorsqu'il marchait plusieurs heures qui nécessitaient parfois qu'il s'arrête, des douleurs du dos lorsqu'il restait longtemps assis, environ 2 heures, ainsi que des douleurs de sa cheville droite lorsqu'il marchait en terrain irrégulier (rapport, p. 5, appréciation). Pour le surplus, la Dre P._____ a relevé ce qui suit (rapport, p. 6, appréciation) : « Objectivement, on constate une attitude scoliothique du rachis avec une épaule D plus basse que la G et une crête iliaque D plus haute que la G. Le fil à plomb met également en évidence une attitude scoliothique. On note également une rectitude de la colonne lombaire basse avec un Schober lombaire à 10/11 et une distance doigt-sol de 26 cm. Au niveau des MI [membres inférieurs], la marche s'effectue sans boiterie, l'assuré peut marcher sur les pointes et les talons sans difficulté, petit déficit au niveau de l'équilibre en appui monopodal mais des deux côtés. On note par contre une amyotrophie importante du MID [membre inférieur droit] avec un déficit de 2 cm au niveau de la cuisse D et de 1.5 cm au niveau du mollet D. Légère diminution de la mobilité D tant en flexion dorsale qu'en flexion plantaire. L'assuré ne présente pas de trouble sensitivo-moteur des MI. Sur le plan médical, la situation n'est pas stabilisée, les radiographies à notre disposition mettent en évidence une attitude scoliothique, voire une véritable scoliose avec probable rotation des vertèbres au-dessus de la fixation de D12 mais les radiographies ne prennent pas toute la colonne. On note un syndrome lombo-vertébral à l'effort. Lors de la dernière consultation du Dr W._____ en avril 2018, la fracture n'était pas totalement consolidée au niveau du MID. Nous n'avons aucune radiographie qui a été effectuée depuis lors et l'assuré aurait dû être reconvoqué fin décembre 2018 pour un contrôle à une année post-opératoire, ce qui n'a pas été fait et n'a pas encore été programmé. Il est nécessaire de demander au Dr W._____ de convoquer l'assuré et que des radiographies soient faites. Nous verrons alors si la fracture est consolidée et si une ablation du matériel d'ostéosynthèse doit être envisagée prochainement. Si le rendez-vous ne peut pas être agendé dans un délai raisonnable, nous vous prions de nous resoumettre le

dossier pour que l'assuré soit adressé à un médecin en pratique privé avec des délais de convocation plus courts. Avec l'accord du patient, nous vous prions de transmettre une copie de ce rapport d'examen médical au Dr W._____. Selon ce qui sera décidé par le Dr W._____, nous reverrons l'assuré et déciderons du moment opportun pour un éventuel séjour à J._____ afin d'évaluer les capacités fonctionnelles résiduelles de cet assuré et les capacités professionnelles résiduelles. » Le 18 février 2019, la Dre W._____ a fait savoir à la CNA que le patient était content ; il n'avait plus aucune douleur ni aucune plainte au niveau de sa cheville droite. La Dre W._____ ne proposait dès lors pas d'ablation du matériel d'ostéosynthèse. L'assuré a effectué un second séjour à J._____, du 8 mai au 12 juin 2019. Dans leur rapport du 27 juin 2019, les Drs B._____ et Q._____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant, ont relevé qu'à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient étaient des douleurs du dos, constantes, d'une intensité de 1/10, localisées au niveau lombaire droit, non irradiantes. La station assise prolongée et la marche prolongée (au-delà de 2 heures) provoquaient une augmentation des douleurs, qui restaient supportables. La situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical. Lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, ces médecins ont constaté que l'assuré estimait correctement ses aptitudes fonctionnelles, que sa volonté de donner le maximum aux différents tests était réelle et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation était élevé. La capacité de travail restait nulle jusqu'au 12 juillet 2019, date à compter de laquelle une reprise thérapeutique de la profession de maçon, à 50 %, pourrait être discutée. L'assuré a effectué une reprise thérapeutique durant tout le mois de juillet 2019, puis une reprise du travail à 50 % dès le 1^{er} août 2019. Cependant, selon une notice téléphonique du 9 août 2019 entre l'employeur et le gestionnaire de la CNA, la reprise du travail ne jouait pas, il y avait une recrudescence des douleurs et l'assuré avait dû se rendre à l'hôpital ; il était en incapacité de travail jusqu'au 18 août 2019. L'employeur a par la suite informé la CNA que l'assuré avait repris le travail à 50 % le 19 août 2019. Le 5 septembre 2019, il a toutefois fait savoir à la CNA que l'assuré peinait à tenir son 50 % ; il était très volontaire, mais n'y arrivait pas du fait des limitations et des douleurs. Le 10 septembre 2019, l'employeur a signalé que l'assuré était en incapacité de travail totale à cause de son dos, et que les douleurs étaient en augmentation. L'intéressé a toutefois tenté un nouvel essai à 50 % dès le 21 octobre 2019. Lors d'un entretien du 24 octobre 2019 dans les locaux de l'employeur, l'assuré a expliqué au gestionnaire de la CNA que c'était son dos uniquement qui posait problème, sa cheville allant plutôt bien. Le 20 novembre 2019, l'assuré a été à nouveau examiné par la Dre P._____, qui a fait l'appréciation suivante du cas : « Subjectivement, l'assuré se plaint de lombalgies en barre avec des douleurs également au niveau latéral D, constantes à 2-3/10 qui peuvent augmenter si l'activité sur le chantier est importante à 4-5/10 et s'il porte des charges lourdes au-delà 20 kg à 6-7/10. L'assuré présente également des douleurs aux changements de temps et il est également réveillé la nuit, en moyenne 4 à 5 nuits par semaine. Objectivement, on constate un assuré avec une raideur du rachis et un Schobert lombaire diminué et une distance doigt-sol supérieure à 20 cm. L'inclinaison comme la rotation à G est limitée par rapport à la D. Au niveau de la cheville et de l'épaule G, il n'y a aucune séquelle par rapport au côté controlatéral. La musculature est bien développée et l'assuré n'a plus aucune amyotrophie de son MID. Sur le plan médical, la situation est stabilisée, nous pouvons retenir les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges dépassant 20 kg, pas de port de charges répété et prolongé de plus de 15 kg. Pas d'activités s'exerçant accroupi ou à genoux. Pas d'activités en porte-à-faux du rachis. Dans

une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, la capacité de travail est entière sans diminution de rendement. Dans l'activité habituelle, l'assuré peut travailler à 50 % à la demi-journée mais il ne peut pas augmenter son temps de travail si le poste n'est pas adapté et respecte parfaitement les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. L'assuré présente des séquelles suite à la fracture de L1 qui correspondent à un taux d'IpAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité] selon les tables indemnisation pour atteintes à l'intégrité selon la LAA qui feront l'objet d'une appréciation séparée. » Dans une appréciation du 20 novembre 2019, la Dre P. _____ a estimé à 10 % l'atteinte à l'intégrité de l'assuré pour les séquelles des fractures lombaires, en particulier les lombalgies. Le 26 novembre 2019, la CNA a annoncé à l'assuré que la situation était désormais médicalement stabilisée, et qu'elle mettrait fin aux prestations (indemnités journalières et soins médicaux) avec effet au 31 décembre 2019. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port de charges dépassant 20 kg, pas de port de charges répété et prolongé de plus de 15 kg, pas d'activités s'exerçant accroupi ou à genoux et pas d'activités en porte-à-faux du rachis. Par décision du 18 décembre 2019, la CNA a nié le droit à la rente à l'assuré, compte tenu de sa perte de gain calculée à 7 %. Elle lui a toutefois reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % sur la base d'une appréciation de la Dre P. _____ du 21 novembre 2019. Cette décision n'a pas été attaquée. Par décision du 9 mars 2020, l'OAI lui a par ailleurs reconnu le droit à une rente entière du 1^{er} avril 2019 au 31 janvier 2020. Par courriel du 13 mars 2020, l'assuré a fait savoir à la CNA que le seul métier qu'il connaissait était celui dans lequel il avait travaillé durant vingt-deux ans, et qu'il ne pouvait plus l'effectuer. Il demandait donc un soutien dans ses mesures de réintégration, expliquant se sentir abandonné. La CNA lui a répondu le 17 mars 2020 de s'adresser à l'OAI ou à l'Office régional de placement, s'il était inscrit au chômage, dans la mesure où la CNA ne mettait pas en place des mesures de réintégration.

B. Le 19 mai 2020, E. _____ a adressé à la CNA une déclaration de rechute, survenue le 7 mai 2020, de l'événement du 6 décembre 2017, décrite comme suit : « A cause de [son] accident de 2017, il a toujours mal au dos et à la cheville ». Le 28 juillet 2020, le Dr H. _____ a indiqué que son patient avait présenté une incapacité de travail totale du 4 janvier 2018 au 28 septembre 2019, puis de 50 % depuis le 29 août 2019. Il a expliqué que la capacité de travail de 50 % était celle qui prévalait dans une activité adaptée à une personne présentant des douleurs lombaires. Le contexte douloureux s'étant aggravé depuis avril 2020, un examen par rayon X avait été fait en juin 2020. La thérapie consistait en des anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Le Dr H. _____ a joint le rapport de la radiologue F. _____ du 18 juin 2020, à la teneur suivante : « Description Pas de comparatif à disposition. Status post spodylodèse D11-L3 dont le matériel est en position correcte. Tassement cunéiformisé antérieurement de L1 avec une perte de hauteur de plus de 50 %. La hauteur minimale au niveau antérieur est de 13 mm. Présence d'un recul du coin postéro-supérieur mesuré à 15 mm. Hypercyphose centrée sur la jonction dorso-lombaire. Tous les autres corps vertébraux lombaires sont de bonne hauteur. Arthrose zygapophysaire postérieure étagée de L3 à S1. » Le dossier de l'assuré a alors été une nouvelle fois soumis à la Dre P. _____, qui a indiqué ce qui suit le 23 septembre 2020 dans le questionnaire qui lui a été remis : « a) Les troubles invoqués sont-ils imputables au degré de vraisemblance prépondérante à l'événement du 6.12.2017 ? Oui b) Dans l'affirmative une aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement est-elle survenue depuis la fin du dernier traitement ? Non, pas d'aggravation objectivable, mais aggravation subjective (pas d'aggravation des troubles connus, mais

uniquement des douleurs dans un contexte psycho-social difficile : a toujours travaillé dans la construction et ne peut pas reprendre son activité habituelle, il n'a pas de formation. » Dans un courrier du 24 septembre 2020, la CNA a nié au recourant le droit au versement de prestations d'assurance pour la rechute annoncée, au motif que si les troubles signalés étaient certes encore imputables à l'événement du 6 décembre 2017, aucune aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement n'était survenue depuis la fin du dernier traitement. Par lettre du 29 septembre 2020, l'assuré a manifesté son désaccord avec le refus de prestations et de mesures de réinsertion, en invitant la CNA à revoir sa position. Reprenant l'examen du dossier à la suite de la contestation de l'assuré, la Dre P. _____ a demandé au gestionnaire de la CNA de la renseigner sur les activités professionnelles de l'assuré depuis sa reprise à 50 % puis à 100 %, en préconisant de demander un rapport médical au médecin traitant avec une anamnèse actuelle, un status détaillé, le traitement entrepris et l'évolution. Le 5 octobre 2020, la CNA a donc demandé au Dr H. _____ un rapport détaillé comprenant l'anamnèse actuelle, un status détaillé, le traitement entrepris ainsi que l'évolution. Il ressort d'une notice téléphonique du 7 octobre 2020 que le Dr H. _____ a indiqué à la gestionnaire de la CNA que l'assuré n'allait pas bien, qu'il ne pouvait pratiquement plus marcher, qu'il était abandonné, et qu'il avait des difficultés financières car il ne travaillait pas ; la gestionnaire de la CNA l'a informé qu'il n'y avait pas d'aggravation objectivable selon le service médical mais que le Dr H. _____ pouvait lui écrire et que le dossier pourrait à nouveau être soumis au service médical. Dans un rapport du 8 octobre 2020 à la CNA, le Dr H. _____ a écrit ce qui suit : « Pour rappel, Monsieur G. _____ a été victime d'une chute avec traumatisme grave par un bloc de béton le 6 décembre 2017, sur son lieu de travail. Monsieur travaillait sur un chantier. Le patient a subi un polytraumatisme selon les diagnostics de la clinique J. _____ (copie mis en annexe.) A ce jour, monsieur présente des douleurs lombaires importantes ainsi que douleur au niveau du genou gauche. Ces douleurs sont clairement en lien avec l'accident et l'invalide[nt] quotidiennement allant parfois jusqu'à une impossibilité à la marche lors de crises aiguës. A savoir que quand la douleur est relativement supportable, mon patient arrive à marcher que par tranche de 10 minutes maximum. De plus, selon votre évaluation ce dernier aurait une aptitude au travail à 50 %. Il n'a clairement pas pu reprendre son activité en tant que maçon, et ce même à 50 %, en raison de ses problèmes de santé. En ce qui concerne une activité adaptée, je pense également qu'en raison des diagnostics médicaux liés au polytraumatisme de départ, ce dernier n'a pas de capacité de travail. A mon avis Monsieur G. _____ présente une incapacité de travail à 100 %, suite à l'accident du 6 décembre 2017. Je tiens à souligner que je connais Monsieur depuis la reprise de mon cabinet, soit en janvier 2000. Ce dernier a toujours été travailleur et qu'il ne venait jamais chercher d'arrêts de travail avant cet accident. En fonction de ce qui précède, je vous serais reconnaissant de bien vouloir reprendre le dossier médical de mon patient et d'éventuellement effectuer une nouvelle expertise afin de revoir votre position face à ce dossier. » La Dre P. _____ a pris connaissance des éléments du dossier, et a rédigé une appréciation médicale, le 15 octobre 20, à la teneur suivante : « Il s'agit d'un assuré de 48 ans dont les antécédents sont décrits ci-dessus et sur lesquels nous ne reviendrons pas. Dans notre rapport d'examen final du 20.11.2019, qui se basait sur notre anamnèse, notre examen clinique et sur l'ensemble du dossier, nous avons retenu que la situation médicale était stabilisée et que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges dépassant 20 kg, pas de port de charges répété et prolongé de plus de 15 kg. Pas d'activités s'exerçant accroupi ou à genoux. Pas d'activités en porte-à-faux du rachis. Dans une telle

activité, la capacité de travail était entière. L'assuré fait valoir une rechute, appuyée par son médecin traitant qui mentionne que l'assuré ne peut pas travailler à 50 % même dans une activité adaptée mentionnant un contexte douloureux qui s'est aggravé depuis avril 2020, raison pour laquelle il a effectué des radiographies en date du 17.06.2020. Ces radiographies n'ont pas montré d'aggravation objectivable sur les radiographies à notre disposition, raison pour laquelle nous avons retenu que les douleurs présentées par l'assuré étaient bien en lien avec l'événement du 06.12.2017 mais que l'assuré ne présentait pas d'aggravation objectivable depuis le 20.11.2019, date de notre appréciation lors de notre examen final. Les radiographies du 17.06.2020 sont effectivement superposables à celles du 25.04.2019, raison pour laquelle nous ne pouvons pas retenir d'aggravation objective. Le médecin traitant n'apporte pas d'élément médical nouveau qui puisse modifier notre appréciation. Il mentionne la présence de crises douloureuses aiguës sans aggravation objectivable démontrée. Il n'explique pas pour quelles raisons médicales (hormis les douleurs) l'assuré ne peut pas mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle qui est entière dans une activité adaptée. Il précise sans argument médical : « je pense également qu'en raison des diagnostics médicaux liés au polytraumatisme de départ, ce dernier n'a pas de capacité de travail. A mon avis Monsieur G._____ présente une incapacité de travail à 100 %, suite à l'accident du 6 décembre 2017 ». La liste des diagnostics ne suffit pas à apprécier une capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Nos conclusions reposent sur notre examen final du 20.11.2019, mais également sur l'observation faite au cours du séjour à J._____. Le Dr H._____ nous joint copie de l'avis de sortie de J._____ et il ne se base pas sur le rapport détaillé de sortie de J._____ du 27.06.2019 qui retenait un pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité comme étant favorable. Au vu de ce qui précède, nous pouvons donc dire que les arguments du médecin traitant ne modifient pas notre appréciation du 23.09.2020. L'aggravation subjective est liée à un contexte psycho-social difficile avec un assuré qui a toujours travaillé dans la construction et qui n'a aucune formation et qui bénéficie des prestations de l'assurance chômage. Ces facteurs ne sont pas des facteurs médicaux à prendre en compte dans l'appréciation de la capacité de travail et expliquent la différence de point de vue concernant la capacité de travail exigible de cet assuré entre le médecin traitant et notre appréciation médicale. Au vu de ce qui précède, nous pouvons dire qu'il n'y a pas d'aggravation objectivable de l'état de santé comme retenu le 23.09.2020.» Par décision du 15 octobre 2020, la CNA a refusé de prêter pour les suites de la rechute. Elle a retenu que les troubles annoncés étaient certes encore imputables à l'événement du 6 décembre 2017. Toutefois, de l'avis du médecin d'arrondissement, aucune aggravation objectivable liée à l'accident et nécessitant un traitement n'était survenue depuis la fin du dernier traitement. L'appréciation de la Dre P._____ du même jour était jointe à la décision. Par courrier du 22 octobre 2020, l'assuré a formé opposition contre cette décision, en joignant à son envoi le rapport du 27 juin 2019 de J._____. Par décision sur opposition du 25 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 15 octobre 2020. C. Par acte du 25 février 2021, G._____, représenté par le syndicat Unia, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que la CNA prend en charge la rechute, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il expose que son état de santé s'est détérioré dans le courant de l'année 2020, sous la forme d'une augmentation de ses douleurs, en se référant aux rapports de son médecin traitant, le Dr H._____. Il soutient que l'absence

d'objectivation radiologique ne suffit pas pour nier l'existence de lombalgies chroniques invalidantes, lesquelles peuvent s'intensifier en l'absence de traitement adéquat et de reconnaissance, ou en cas d'efforts physiques démesurés ou non adaptés à l'état de santé. Il allègue par ailleurs que la détérioration de son état de santé a été mise en évidence lors d'un atelier de mesure de réadaptation socioprofessionnelle auquel il a participé au début de l'année 2021, qui s'est soldé par un échec en raison de ses douleurs. Il ajoute que même dans l'hypothèse où son état de santé serait considéré comme inchangé, ce qu'il conteste, les conséquences sur sa capacité de gain ont considérablement changé puisque sa capacité de travail est désormais nulle dans toute activité. Il estime enfin que si le Tribunal ne devait pas être convaincu de l'aggravation de son état de santé, une expertise dans le domaine orthopédique, rhumatologique, neurologique et psychologique devrait être mise en œuvre afin de déterminer l'aggravation, les traitements possibles et l'incapacité de travail. Il a joint à son recours des articles sur les lombalgies chroniques, ainsi que les pièces suivantes : - un rapport du 16 février 2021 du Dr H. _____, selon lequel il souffre de douleurs lombaires avec sciatalgie gauche accompagnées de douleurs au niveau du genou gauche, en aggravation depuis le début de l'année 2020, et liées à l'accident du 6 décembre 2017 car le patient, qu'il connaît depuis de nombreuses années, ne s'est jamais plaint, ni n'a été arrêté en raison de douleurs lombaires avant l'accident ; - un rapport final d'une mesure de formation organisée du 20 janvier au 16 février 2021 au sein de A. _____, dans lequel les auteurs font l'hypothèse qu'il n'aurait aucune chance d'engagement en entreprise, en précisant que son rendement a été calculé à 22 %. Dans sa réponse du 30 mars 2021, la CNA, désormais représentée par Me Didier Elsig, a conclu au rejet du recours. Elle fait notamment valoir que les rapports médicaux produits par le recourant ne permettent pas de s'écarter de l'avis de la Dre P. _____, concluant que le recourant n'a subi aucune aggravation objective de son état de santé depuis l'examen de novembre 2019, une aggravation subjective en raison de douleurs persistantes dans un contexte psycho-social ne permettant pas de retenir un cas de rechute au sens de la loi. Elle relève également que le recourant a dans un premier temps travaillé au-dessus de ses forces après la reprise de son activité habituelle en juillet 2019, et qu'il n'a pas exercé une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dans le cadre de la mesure de formation mise en place auprès de A. _____. Dans sa réplique du 22 avril 2021, le recourant a maintenu sa position. Il allègue en particulier que tous les traitements possibles susceptibles de permettre une amélioration de son état de santé n'ont pas été mis en place par l'intimée, ce qui aurait certainement permis d'atténuer l'aggravation actuelle de son état, ainsi qu'une potentielle détérioration future susceptible d'entraîner une nouvelle demande auprès de l'intimée. Il conteste que la mesure professionnelle effectuée ne consiste pas dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il estime qu'une expertise ne serait pas superflue en présence d'avis divergents du médecin traitant et de la médecin d'arrondissement. La CNA a derechef conclu au rejet du recours par réplique du 12 mai 2021, estimant qu'il n'y avait pas de preuve de la péjoration de l'état de santé du recourant. 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 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. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les suites de la rechute du 7 mai 2020, faute d'aggravation objective de l'état de santé du recourant depuis le dernier examen médical effectué en novembre 2019 par la médecin d'arrondissement. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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. 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]). b) 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). c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1); de même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). L'art. 17 LPGA ne trouve application que dans les cas où l'assuré est au bénéfice d'une rente d'invalidité (al. 1) ou d'autres prestations durables (al. 2). En revanche, si un assuré a vu son cas liquidé par une décision de refus de prestations entrée en force, il a néanmoins toujours la possibilité de demander des prestations pour une rechute ou des séquelles tardives d'un accident assuré (art. 11 OLAA) en invoquant la survenance d'une modification dans les circonstances de fait à l'origine de sa demande de prestations (TF 8C_709/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). 4. a) 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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. Le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré depuis avril 2020. Dans le cadre de l'instruction initiale des suites de l'accident du 6 décembre 2017, l'intimée a estimé, notamment sur la base de l'examen de la médecin d'arrondissement du 20 novembre 2019, que la situation du recourant était stabilisée, et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges dépassant 20 kg, pas de port de charges répété et prolongé de plus de 15 kg, pas d'activités s'exerçant accroupi ou à genoux, ni en porte-à-faux du rachis. L'activité habituelle était encore possible au taux de 50 %, à la condition qu'elle respecte parfaitement les limitations fonctionnelles précitées. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, sans baisse de rendement. En 2019, la médecin d'arrondissement notait que subjectivement, l'assuré se plaignait de lombalgies en barre avec des douleurs également au niveau latéral droit, constantes à 2-3/10, qui pouvaient augmenter à 4-5/10 si l'activité sur le chantier était importante, et à 6-7/10 s'il portait des charges lourdes au-delà de 20 kg. Le recourant présentait également des douleurs aux changements de temps et était réveillé la nuit, en moyenne quatre à cinq nuits par semaine. Objectivement, la Dre P. _____ constatait une raideur du rachis, un Schobert lombaire diminué, une distance doigt-sol supérieure à 20 cm. L'inclinaison comme la rotation à gauche étaient également limitées par rapport à la droite. Après l'annonce de la rechute, l'intimée a soumis le cas du recourant à sa médecin d'arrondissement. Cette dernière estime qu'il est probable que les troubles

invoqués soient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 6 décembre 2017. Elle est toutefois d'avis qu'il n'y a pas d'aggravation objectivable depuis la fin du dernier traitement, mais une aggravation subjective, sous la forme d'une augmentation des douleurs, dans un contexte psycho-social difficile, le recourant ayant toujours travaillé dans la construction, n'ayant pas pu reprendre son activité habituelle et n'ayant pas de formation. Pour aboutir à ces conclusions, la Dre P. _____ a en particulier comparé les radiographies des 25 avril 2019 et 17 juin 2020 et constaté qu'elles étaient superposables. Le recourant se fonde sur l'avis de son médecin traitant qui signale une aggravation des douleurs depuis avril 2020, qui a nécessité l'introduction d'un traitement par physiothérapie et prise d'anti-inflammatoires. Alors qu'en 2019, l'assuré déclarait être en mesure de marcher plusieurs heures (cf. notamment le rapport d'examen de la médecin d'arrondissement du 23 janvier 2019), le Dr H. _____ mentionne que le recourant ne peut désormais marcher que par tranches de dix minutes, et pour autant que la douleur ne soit pas trop aiguë. Lors de mise en œuvre d'une mesure de formation auprès de A. _____, il a été relevé que la position debout était impossible après une demi-heure de travail et que l'assuré ne parvenait pas à suivre la cadence de travail imposée, manifestant des signes de fatigue lorsqu'il désirait s'y adapter. Le rapport final de cet organisme précise également que l'assuré « veut toujours faire », « essaie sans se plaindre », et qu'il ne s'exprimait pas sur ses douleurs, mais que l'observation de l'assuré lors de chaque déplacement permettait d'émettre l'hypothèse qu'il n'aurait aucune chance d'engagement en entreprise, son rendement étant par ailleurs estimé à 22 % à l'issue de cette mesure qui a porté sur la période du 20 janvier au 16 février 2021. En l'espèce, le recourant a subi des lésions traumatiques sévères et l'existence de lombalgies séquellaires ont été reconnues par la Dre P. _____, ce qui a du reste justifié l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Même si son état de santé a été considéré comme stabilisé en novembre 2019, il y a lieu de constater que le recourant garde une colonne vertébrale déformée et compromise dans sa dynamique. Il a subi une fixation rigide de cinq vertèbres (de la 11^{ème} vertèbre dorsale à la 3^{ème} lombaire) qui a forcément un impact sur la mobilité de la colonne et est de nature à surcharger les articulations sus et sous-jacentes. Dans un tel contexte, il paraît vraisemblable qu'une augmentation des douleurs puisse se manifester tôt ou tard, même sans modification visible à l'examen radiographique. Une aggravation est d'autant plus plausible que les rapports au dossier mettent en évidence le caractère non plaintif du recourant, son caractère volontaire, l'absence de surcharge psychogène, d'incohérence ou de signes de non-organicité. Par ailleurs, tant l'employeur que les responsables du stage auprès de A. _____ ont souligné sa motivation, sa volonté d'accomplir les tâches confiées nonobstant les douleurs ainsi que son excellente collaboration. Au vu des circonstances spécifiques du cas d'espèce, l'intimée ne pouvait pas nier une rechute sur la base du seul avis de sa médecin d'arrondissement, laquelle écartait une aggravation uniquement sur l'absence d'aggravation objectivable sur la radiographie, tout en admettant que les troubles invoqués étaient imputables à l'accident du 6 décembre 2017, et aurait dû procéder à un complément d'instruction. En définitive, l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'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 LPGa). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise médicale, en y associant idéalement un spécialiste du rachis, afin d'instruire l'aggravation alléguée par le recourant. Une expertise pluridisciplinaire

comportant en particulier un volet neurologique et psychiatrique, comme le requiert le recourant, ne paraît pas utile en l'absence de pièces médicales évoquant l'existence d'atteintes relevant de ces domaines. Si une expertise orthopédique s'avère en l'espèce nécessaire, l'intimée pourra toutefois étendre le champ de l'expertise à toute autre spécialité médicale qu'elle jugerait opportune. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un syndicat qui peut se voir accorder des dépens (ATF 126 V 11 consid. 2), a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à l'500 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 25 janvier 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité de l'500 fr. (mille cinq cents francs) à G._____ à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Syndicat Unia (pour le recourant), ■ Me Didier Elsig (pour l'intimée), - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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