

VD_GERICHTE ZA20.019686 vom 24. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.019686

FR: VD_GERICHTE ZA20.019686 du 24 juin 2021

IT: VD_GERICHTE ZA20.019686 del 24 giugno 2021

Erwägungen

E. 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 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

- 13 - 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

- 14 - 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 1er 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 1er 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 1er août 2018 et au renvoi de la

- 15 - cause à l'intimée pour nouvelle décision quant à la rente et à l'IPAI. Subsidiairement, il a conclu à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente d'invalidité lui est allouée dès le 1er 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

- 16 - 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 1er 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 1er 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'invalidité, 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.

- 17 - 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

E. 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 1er août 2018 et sur les droits à la rente d'invalidité et à l'IPAI. Par courrier du 1er 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

- 18 - 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.

- 19 - 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 1er 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

- 20 - 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

- 21 - réplique, d'une expertise privée établie le 1er 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

E. 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 1er 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-

- 22 - 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.

E. 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

- 23 - 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

- 24 - 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).

- 25 - 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-radicaire, 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-radicaire. 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,

- 26 - 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

E. 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

- 31 - 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

- 32 - 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 1er 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. 6e 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 %.

- 33 - 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 minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++), d'autre part. Le recourant, se fondant sur l'expertise privée du Dr G. _____ du 1er octobre 2020, reproche à la CNA de ne pas avoir pris en

- 34 - 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

- 35 - 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 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.

- 36 -

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