

VD_GERICHTE ZA21.026345 vom 14. Dezember 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-12-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.026345

FR: VD_GERICHTE ZA21.026345 du 14 décembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZA21.026345 del 14 dicembre 2021

Erwägungen

E. 6

juin 2019 a montré une fracture C4 consolidée, avec diminution du mur antérieur par rapport au postérieur mesuré à 30%. Il n'y avait pas de listhésis ou de diastasis C1-C2 ni d'épaississement des tissus mous pré- vertébraux. Le 7 août 2019, la Dre (...) a indiqué à la Dre (...) que l'assuré présentait un suivi radiologique tout à fait rassurant et que l'examen du jour ne montrait aucun signe de myélopathie avec une force et une sensibilité qui étaient préservées au niveau des quatre membres. Elle n'avait pas de contre-indication d'un point de vue neurochirurgical à la reprise de l'activité professionnelle. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] cervicale réalisée le 19 septembre 2019 a confirmé la consolidation de la fracture C4. Pour le surplus, il n'y avait pas d'explication pour les paresthésies des deux mains. Le 30 septembre 2019, le Dr (...) s'est adressé au Dr Z_____, neurologue, en expliquant que son patient se plaignait de cervicalgies résiduelles, de paresthésies des avant-bras et des mains des deux côtés depuis qu'il s'était fracturé une cervicale le 5 octobre 2018, non explicables par la dernière imagerie. Il sollicitait dès lors l'avis du Dr Z_____. Le Dr Z_____ a répondu le 15 octobre 2019 que le bilan électroclinique réalisé ne fournissait pas d'explication neurologique

- 4 - périphérique aux paresthésies des mains qui avaient émaillé la reprise du travail. Il s'interrogeait toutefois sur la possible existence d'un syndrome du tunnel carpien débutant et échappant encore à la mise en évidence clinique et électromyographique en dehors des épisodes de paresthésies. Les cervicalgies étaient quant à elles liées à un problème ostéo-articulaire, sans participation neurologique et pour lesquelles il n'avait pas de proposition relevant de sa spécialité à formuler. Le 22 octobre 2019, le Dr T_____ a demandé à la CNA d'organiser un rendez-vous chez le médecin d'arrondissement ou un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), en expliquant que l'assuré n'arrivait pas à reprendre son ancienne activité professionnelle, même partiellement, en raison de cervicalgies persistantes et de douleurs atypiques des avant-bras, ces dernières ne s'expliquant pas par la fracture de la cervicale survenue le 5 octobre 2018. L'assuré éprouvait également beaucoup d'inquiétude quant à une non consolidation de cette fracture qui était pourtant bien stabilisée. Dans son rapport médical détaillé UE/AELE du 15 novembre 2019, le Dr T_____ a indiqué que les symptômes actuels majeurs de son patient consistaient en des cervicalgies résiduelles lorsqu'il soulevait des charges ou lors de la flexion de la nuque, ainsi que des paresthésies des deux avant-bras lorsqu'il soulevait des charges. L'évolution était satisfaisante radiologiquement mais sur le plan somatique, il persistait une contracture de la musculature para-cervicale. Un déficit fonctionnel en lien avec des douleurs de la nuque empêchait l'assuré de porter des charges de plus de 15 kg de manière répétée ou de fléchir à répétition la nuque. Il demeurait cependant capable d'exercer de façon régulière, et jusqu'à

E. 8

heures par jour, un travail adapté à ses limitations fonctionnelles (travaux légers, alternance des postures de travail, contraintes liées à la charge de travail moyenne). Le Dr (...), médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré le 16 décembre 2019. Dans son rapport du 23 décembre 2019, il a

- 5 - posé les diagnostics de fracture C4 – A3 et de TCC [traumatisme cranio- cérébral] et fait l'appréciation suivante du cas : « Ouvrier dans les canalisations, droitier, âgé de 42 ans qui, il y a un peu plus d'une année, fait une chute alors qu'il travaillait à l'assainissement de canalisations, chute d'environ 5 mètres entraînant une brève perte de connaissance. Hospitalisation pendant 4 jours au CHUV où un bilan exhaustif a été réalisé. Il a mis en évidence une fracture C4 A3, il s'agit d'une fracture du mur antérieur sans atteinte postérieure, absence de troubles neurologiques. Le diagnostic de TCC est aussi mis en évidence, sans lésion intracrânienne. Traitement conservateur de la fracture de C4 par minerve rigide pendant 2 mois. Un bilan fonctionnel du rachis cervical est réalisé à 2 mois qui est rassurant et qui ne montre pas d'instabilité au niveau de la colonne cervicale. Le traitement conservateur est poursuivi avec une minerve mousse qu'il a de la peine à quitter. Actuellement, met encore sa minerve mousse le soir, mais de moins en moins régulièrement. Les douleurs sont toujours présentes, elles sont cotées systématiquement à 6-7/10, elles sont exacerbées lors des prises de charges lourdes supérieures à 15 kg. A pu reprendre la conduite mais ne peut rester dans des positions de mouvements de rotation, d'inclinaison longtemps. Il décrit également [...] [l'apparition] lorsqu'il marche plus de 2km de paresthésies diffuses des MS [membres supérieurs] remontant jusqu'aux coudes sans dermatome précis. A l'examen clinique, l'assuré parlant relativement bien français, est collaborant. Présence d'une raideur de la nuque discrète, en flexion et extension, qui permet cependant de porter la tête au-dessus de l'horizon, les rotations sont à peine limitées. Il note cependant une douleur lors de ces mouvements extrêmes qui peuvent être considérés comme normaux. Le reste du status est normal, en particulier neurologique avec une force aux MS tout à fait correcte, un équilibre aux appuis unipodaux, une absence d'atteinte centrale avec un Glasgow à 15, une bonne orientation dans le temps et l'espace. L'état peut être considéré comme stabilisé. L'exigibilité en tant qu'installateur dans l'assainissement de canalisations n'est plus donnée en raison de la lourdeur de l'activité. Les limitations fonctionnelles sont : - Le port de charges lourdes supérieures à 15 kg de manière régulière ou le port de charges extrêmement lourdes supérieures à 30 kg même de manière unique.

- 6 - - Les situations nécessitant un travail de force des MS sont également à éviter. Les activités tenant compte des limitations fonctionnelles sont exigibles, tant en temps qu'en rendement, sans limitation. (...) ». Par décision du 3 mars 2020, la CNA a octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10%, à savoir 9'720 francs. Cette décision n'a pas été contestée. Le Dr T _____ a envoyé son patient en consultation auprès d'(...), où il a été reçu par la Dre U _____, spécialiste en médecine interne et en thérapie neurale. Dans son rapport du 22 juin 2020, elle a relevé ce qui suit : « La symptomatologie de Monsieur HC _____ correspond probablement à un déséquilibre de la statique avec entorse cervicale et une sursollicitation de la musculature comme moyen de compensation. En regard de l'anxiété que cela génère chez le patient, nous lui avons expliqué encore une fois les mécanismes physiopathologiques et la « non nécessité » d'une intervention afin de le rassurer. Il souhaiterait éviter tout traitement médicamenteux p. os ainsi que tout traitement à base d'injections en lien avec une « phobie des aiguilles ». Nous lui avons

proposé une séance de TENS et Physiokey afin de lui enseigner l'utilisation de l'appareil. Le patient semble positif par rapport à ce traitement qu'il pourra continuer à domicile en même temps que la poursuite de la physiothérapie. Monsieur HC _____ nous a également mentionné le souhait d'avoir un 2ème avis neurochirurgical à la consultation du Dr. Med R _____, ce que nous avons organisé sur documentation sans la présence du patient. Au vu de tout ce qui a déjà été investigué et entreprise, le Dr. R _____ est du même avis que ses collègues, pour lui, il n'y pas d'indication à une intervention. Par contre il pense qu'un séjour à la Clinique SUVA en réhabilitation pourrait être bénéfique pour le patient. Nous vous laissons le soin d'en discuter avec Monsieur HC _____. Nous avons également proposé l'introduction d'un antidépresseur à but antalgique et anxiolytique tel que la Venlafaxine, mais Monsieur HC _____ préfère encore attendre. Nous pourrions encore, si cela est nécessaire, coupler le TENS avec l'application d'aimants durant la journée ce qui, parfois, s'avère utile dans les douleurs tendino-musculaires ». A la suite de l'envoi de ce rapport, l'OAI a ré-interpellé l'assuré, afin que ce dernier lui indique en particulier s'il était actuellement suivi

- 7 - par un spécialiste. L'intéressé a répondu par la négative à cette question le 22 juillet 2020. Le 20 juillet 2020, la Dre U _____ a écrit à la CNA ce qui suit : « Suite à votre courrier du 16 juillet 2020, nous vous résumons ci-dessous la situation de santé de Monsieur HC _____. Motif de la consultation : cervicalgies chroniques avec paresthésies irradiant dans les deux bras après fracture-tassement de C4 le 05.10.2018 traitée conservativement. Diagnostic 05.10.2018 : fracture-tassement C4 (type A3 selon classification AO = sans atteinte périphérique et médullaire objectivable (consultation neurologique, examens radiologiques (IRM), consultation à l'unité de chirurgie spinale), TCC avec brève perte de connaissance. Prise en charge : utilisation régulière d'un appareil TENS (2 à 3x/j) après une séance en cabinet afin de lui enseigner l'utilisation de l'appareil. Poursuite de la physiothérapie avec détente et renforcement musculaire ainsi que l'apprentissage de mouvements doux protégeant la colonne. Anciens traitements : Dafalgan, Sirdalud, Laitea, Relaxane, physiothérapie. Traitement actuel : Daflgan en réserve max. 4x1g/j, poursuite de la physiothérapie, séances de neurostimulation électrique transcutanée avec un appareil TENS à domicile à raison de 2-3 séances de 30 min par jour (différents programmes possibles). Actuellement nous n'avons pas prévu de nouveaux rendez-vous, le patient reprendra contact avec nous selon son besoin ». Dans son rapport à la CNA du 20 juillet 2020, le Dr T _____ a relevé qu'un séjour à la Clinique romande de réadaptation pourrait être bénéfique à son patient. La CNA a soumis le rapport de la Dre U _____ à son médecin-conseil, qui a notamment estimé dans un rapport du 5 octobre 2020 que des traitements supplémentaires ne pourraient plus améliorer la situation de l'assuré. Le 15 octobre 2020, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle lui verserait des indemnités journalières jusqu'au 31 janvier 2021, dans la

- 8 - mesure où, selon l'appréciation de son médecin-conseil et les rapports médicaux dont elle disposait, des traitements supplémentaires ne devaient pas entraîner d'amélioration significative de son état de santé. L'OAI a fait savoir à l'intéressé le 23 octobre 2020 qu'il entendait lui refuser le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel, dès lors qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an à la suite de l'incapacité de travail survenue le 5 octobre 2018, son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, et ce, depuis juin 2019. Le 11 novembre 2020, le Dr T _____ a reproché au médecin d'arrondissement de la CNA d'avoir clôturé le dossier de l'assuré sans

s'être entretenu avec lui ni l'avoir examiné ces derniers mois. Il semblait en outre n'avoir pas tenu compte de son rapport intermédiaire du 20 juillet 2020 dans lequel il mentionnait que le pronostic sur le plan professionnel n'était pas favorable sans un séjour en réhabilitation à la CRR. Le Dr T _____ a rappelé que le Dr R _____ partageait cette position et que l'assuré souhaitait également être évalué par la CRR. Dans un rapport du 4 janvier 2021, le Dr (...), spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de la CNA, a écarté les griefs du Dr T _____, en estimant que l'état de santé de l'assuré avait été évalué à satisfaction par les médecins du CHUV, par le Dr (...) ainsi que par le Dr R _____, lequel partageait l'avis de ses confrères relatif à l'absence d'indication pour une intervention. Le fait que le Dr R _____ soit favorable à un séjour de réadaptation ne contredisait pas le constat selon lequel l'état de santé de l'assuré était stabilisé au moment de l'examen final réalisé par le Dr (...). Par décision du 8 février 2021, la CNA a refusé d'allouer une rente, faute de diminution de la capacité de gain due à l'accident, arrêtant quant à elle le préjudice économique à - 2%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 68'900 fr. et d'un revenu d'invalidité de 70'166 francs.

- 9 - Désormais représenté par l'avocat Sébastien Pedroli, l'assuré a fait part de son opposition au projet de décision de la CNA le 10 mars 2021, en faisant valoir qu'il souffrait d'importantes limitations fonctionnelles et que son incapacité à exercer une activité lucrative était nettement plus importante que ce qui avait été retenu. La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était requise pour établir son état de santé actuel. Par décision du 26 février 2021, l'OAI a confirmé son projet du 23 octobre 2020. Cette décision a fait l'objet d'un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, instruit sous la référence AI 133/21. Par décision sur opposition du 19 mai 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré formée le 10 mars 2021. B. Par acte du 17 juin 2021, HC _____, toujours représenté par Me Pedroli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité complète à partir du 23 mars 2019. Il fait pour l'essentiel valoir que la décision attaquée ne se fonde que sur un rapport du médecin d'arrondissement de la CNA, estimant qu'il convient d'effectuer une véritable expertise pluridisciplinaire, « notamment au vu du fait que tous les autres médecins ont constaté ses limitations fonctionnelles ». A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 5 juillet 2021. Dans sa réponse du 26 juillet 2021, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle estime que l'argumentation de l'assuré ne permet pas de remettre en cause le bienfondé de la position du Dr (...) et que sa situation médicale était suffisamment établie pour pouvoir renoncer à l'instruire davantage.

- 10 - Le 19 juillet 2021, le recourant a adressé au tribunal un rapport du 3 juin 2021 du Dr T _____, à la teneur suivante : « Le médecin soussigné atteste que le patient susmentionné souffre d'importantes douleurs de la nuque suite à une fracture cervicale C4, sans atteinte périphérique et médullaire objectivable (consultation neurologique et examens radiologiques). Il se plaint également de paresthésies dans les membres supérieurs, non objectivables. La rotation de la tête est limitée par la douleur. La palpation de la région cervicale est sensible jusqu'à l'occiput avec une contracture musculaire para-vertébrale cervicale bilatérale. Le patient présente également un état anxio-dépressif en relation avec ses douleurs chroniques ainsi qu'un désarroi quant au fait que la SUVA le considère apte à travailler à 100%. Ces problèmes émotionnels aggravent fort probablement les contractures

musculaires et les douleurs ». Par déterminations du 2 août 2021, la CNA a confirmé le contenu de ses écritures, faisant valoir que le rapport du Dr T_____ n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause sa position. Le 31 août 2021, Me Pedroli a fait savoir qu'il n'avait pas d'explications complémentaires à fournir, ni de pièces supplémentaires à produire. 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).

- 11 - 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 droit du recourant à une rente d'invalidité LAA. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'a quant à elle pas été contestée. 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

- 12 - le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à

% 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). 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 LPGA).

- 13 - 4. a) Pour 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 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

- 14 - lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 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). 5. a) Le recourant soutient pour l'essentiel qu'il n'est pas en mesure de travailler, du moins pas à 100%, en se prévalant des certificats d'incapacité de travail qui ont été établis par ses médecins et ceux de la CNA. Il estime en outre que la décision attaquée ne se fonde que sur un rapport médical du médecin d'arrondissement de la CNA, et qu'il convient d'effectuer une véritable expertise pluridisciplinaire, « notamment au vu du fait que tous les autres médecins ont constaté ses limitations fonctionnelles ». Le recourant remet ainsi en cause l'instruction qui a été faite de son dossier, respectivement la valeur probante de l'examen du médecin d'arrondissement. Or, s'il est admis que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle, il peut toutefois exercer une activité adaptée, à plein temps. Ce constat se fonde sur l'examen du Dr (...) du 16 décembre 2019, et le rapport y relatif, du 23 décembre 2019, lequel remplit tous les

- 15 - réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'est ainsi ici pas seulement question d'un rapport médical, qui aurait été établi sur la base des pièces au dossier, comme semble le plaider le recourant, mais bien d'une appréciation fondée sur un examen clinique de l'assuré. Le Dr (...) y a au demeurant pris note des déclarations du recourant, ainsi que de ses plaintes. Il a résumé son dossier, décrit son anamnèse, puis a procédé à un examen complet, à l'issue duquel il a posé les diagnostics de fracture C4 A3 et de traumatisme craniocérébral. Le Dr (...) a constaté la présence d'une raideur de la nuque discrète, en flexion et extension, qui permettait cependant de porter la tête au-dessus de l'horizon, les rotations étant à peine limitées. L'examiné notait toutefois une douleur lors de ces mouvements extrêmes, qui pouvaient être considérés comme normaux. Le reste du status était normal, en particulier neurologique, avec une force aux membres supérieurs tout à fait correcte, un équilibre aux appuis unipodaux, une absence d'atteinte centrale avec un Glasgow à 15, et une bonne orientation dans le temps et l'espace. Pour le Dr (...), l'état était stabilisé. Cependant, vu la lourdeur de l'activité habituelle d'installateur dans l'assainissement de canalisations, celle-ci n'était plus exigible. Par contre, les activités respectant les limitations fonctionnelles (port de charges lourdes supérieures à 15 kg de manière régulière ou port de charge extrêmement lourdes supérieures à 30 kg même de manière unique, situations nécessitant un travail de force des membres supérieurs) étaient exigibles, sans baisse de rendement. Ce rapport est bien étayé, clair, et dénué de contradiction. Il n'est par ailleurs pas remis en cause par d'autres éléments. Au contraire, il rejoint les constatations du Dr T_____ dans son rapport du

E. 15

novembre 2019, qui a lui aussi fait état de plaintes douloureuses lors du soulèvement de charges « à son travail » [réd. : d'aide-monteur], soit de charges lourdes. Dans son rapport du 3 juin 2021, le Dr T_____ n'a en outre pas fait état d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés par le Dr (...). En particulier, les douleurs au niveau de la nuque ont été prises en considération, étant relevé que le Dr T_____ a bien noté l'absence d'atteinte périphérique et médullaire objectivable. Finalement, dans son rapport du 3 juin 2021, le

médecin traitant a fait état d'une rotation de la

- 16 - tête limitée par la douleur, et d'une palpation de la région cervicale sensible jusqu'à l'occiput, avec une contracture musculaire paravertébrale cervicale bilatérale : or, ces constats sont compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par le Dr (...). Pour le surplus, l'appréciation faite par la Dre U_____ dans son rapport du 22 juin 2020 ne remet pas non plus en doute celle du médecin d'arrondissement de la CNA : la Dre U_____ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, et constate, comme les autres médecins, qu'il n'y a pas d'indication à une intervention. La seule présence au dossier de certificats d'incapacité de travail établis par le médecin-traitant ne permet au demeurant pas de remettre en cause l'appréciation dûment étayée de la CNA. Le recourant ne remet par ailleurs pas sérieusement en cause la stabilisation de son état survenue en juin 2019. Il ressort des examens d'imagerie une fracture parfaitement consolidée. Ainsi, en mai 2019 déjà, la Dre (...) a constaté que les radiographies étaient bonnes, et ne montraient ni tassement ni difformité en cyphose. Quant à la radiographie par rayons X de la colonne cervicale du 7 juin 2019, elle a permis de confirmer que la fracture C4 était consolidée. De même, le 19 septembre 2019, la Dre (...) a relevé que l'IRM du jour était tout à fait rassurante, montrant une guérison parfaite de la fracture cervicale, sans compression nerveuse au niveau des foramens intervertébraux. A cela s'ajoute qu'aucun médecin n'a fait état d'une péjoration qui serait survenue postérieurement à l'examen par le Dr (...), en décembre 2019. Ainsi, la Dre (...) a indiqué qu'elle ne prévoyait pas de revoir le patient. Quant à la Dre U_____, elle a également noté qu'il n'y avait pas d'intervention à prévoir. Le dossier a été soumis au médecin d'arrondissement de la CNA, qui a lui aussi constaté dans un avis du 4 janvier 2021 la stabilisation du cas. Le Dr T_____ a pour sa part maintenu depuis lors que son patient présentait des douleurs à la nuque, ce qui a été dûment pris en compte par le Dr (...) dans son appréciation du 23 décembre 2019.

- 17 - b) Pour le surplus, le Dr T_____ estime dans son rapport du 3 juin 2021 que le recourant présente un état anxiodépressif en relation avec ses douleurs chroniques et un désarroi quant au fait que la CNA le considère apte à travailler. Toutefois, cette allégation est isolée. S'il est exact que la Dre U_____ a aussi évoqué, dans son rapport du 22 juin 2020, la possibilité de l'introduction d'un antidépresseur, il était question que celui-ci soit à but antalgique et anxiolytique, sans qu'un état dépressif ne soit évoqué. Du reste, spécifiquement interpellé par l'OAI sur le point de savoir s'il était suivi par un spécialiste à la suite du courrier de la Dre U_____ mentionnant qu'il avait été question de l'introduction d'un antidépresseur, le recourant a répondu par la négative. Pour autant que de besoin, on relèvera encore que le recourant ne soutient pas que son état au plan psychique, au demeurant non étayé sinon par le bref rapport du médecin généraliste traitant postérieur à la décision attaquée, serait en lien de causalité adéquate avec l'événement accidentel du 5 octobre 2018. Par soucis d'exhaustivité, on rappellera qu'en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui

est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne

- 18 - peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). En l'occurrence, l'accident du 5 octobre 2018 est un accident pouvant être classé dans ceux de catégorie de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité, si bien que trois critères doivent être cumulés ou l'un de manière particulièrement marquante, pour qu'un

- 19 - lien de causalité adéquate avec le trouble psychique puisse être retenue. Or, non seulement le recourant ne soutient pas que l'accident aurait déclenché une affection psychique, mais à cela s'ajoute que la lésion physique qui en a résulté n'est pas, selon l'expérience, de nature à entraîner des troubles psychiques. Le traitement médical n'a pas été anormalement long, étant rappelé que le 6 juin 2019 déjà, la consolidation de la fracture était constatée à la radiographie. Aucune erreur médicale n'est à déplorer dans le traitement médical du recourant, pas plus que des difficultés qui seraient apparues en cours de guérison, ou des complications importantes. Si l'on peut retenir le critère impressionnant de l'accident, s'agissant d'une chute de cinq mètres, sur le dos, sans que ce critère ne se soit manifesté de manière particulièrement marquante, et le critère des douleurs physiques persistantes, ils ne suffisent pas à retenir que l'accident était susceptible de donner lieu à des troubles psychiques en lien de causalité adéquate avec lui. c) Dans ces circonstances, la CNA était fondée à se baser sur le rapport du Dr (...) du 23 décembre 2019, pleinement probant, sans mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction, et à retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant n'élève enfin aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimée. Vérifié d'office, celui-ci peut être confirmé. 6. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise

médicale pluridisciplinaire. A cet égard, et comme expliqué plus avant, les éléments au dossier sont convergents et suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger

- 20 - une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 du règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 22 septembre 2021, Me Pedroli a chiffré à 370 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Les opérations effectuées étant justifiées, l'indemnité de Me Pedroli est arrêtée à 1'255 fr. 25, TVA par 89 fr. 75 et débours par 55 fr. 50, compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

- 21 -

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