

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 avril 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16, 18, 19 al. 1 et 24 al. 1 LAA; art. 36 al. 1 OLAA.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, travaillait à plein temps comme ferrailleur pour le compte de la société G._____ SA, pour un salaire horaire de 29 fr. en 2014, 13^{ème} salaire et vacances en sus. Il était assuré à ce titre 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) lorsque, le 2 octobre 2014, il a été victime d'un accident sur un chantier.

Le jour même, l'assuré a été admis à l'Hôpital [...], où il a passé un scanner « total body » qui a révélé une fracture-tassement du plateau supérieur de la vertèbre D12 avec trait de fracture s'étendant dans les massifs articulaires et la lame du côté droit, ainsi que l'absence de lésion traumatique crânio-cérébro-thoraco-abdominale. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne dorsale réalisée le 3 octobre 2014 a mis en évidence une fracture de Chance de la vertèbre D12.

Le 7 octobre 2014, l'assuré a été opéré par le Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie et chef de clinique à l'Hôpital [...], qui a procédé à une fixation percutanée D11-L1-L2 pour une fracture de type Chance osseuse de D12. Dans le protocole opératoire daté du même jour, le Dr Q._____ a indiqué que l'assuré avait fait une chute de 4 mètres depuis un échafaudage mal fixé avec une réception sur le dos. A la suite de l'intervention, l'intéressé n'a pas présenté de complication particulière et le matériel d'ostéosynthèse était bien positionné. La mobilisation était effectuée avec un corset. L'assuré était totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée. L'assuré a quitté l'hôpital le 14 octobre 2014 (rapport du Dr Q._____ du 17 octobre 2014).

Dans la déclaration de sinistre du 12 octobre 2014, plus particulièrement dans la description des faits, l'employeur de l'assuré a

annoncé qu'un panneau de 40 centimètres était tombé sur le dos de celui-ci.

Par courrier du 15 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré de la prise en charge du cas.

Dans un rapport médical intermédiaire du 5 décembre 2014, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution clinique et radiologique était bonne, tout comme le pronostic. Le port du corset se poursuivait. Une reprise du travail dans un délai de 4 à 6 mois après l'accident était prévisible. Pour le surplus, le Dr Q._____ a renvoyé au rapport de consultation de neurochirurgie du 3 décembre précédent dans lequel il signalait que les radiographies réalisées le même jour étaient sans particularité et que le matériel d'ostéosynthèse était en place. L'assuré décrivait une bonne évolution avec une diminution des douleurs et l'arrêt de la prise d'antalgie.

Lors d'un point de situation effectué par téléphone le 18 décembre 2014, l'assuré a fait savoir qu'il avait toujours des douleurs et ne pouvait plus ni se baisser ni porter de poids.

Dans un rapport intermédiaire du 28 janvier 2015, le Dr Q._____ a mentionné que l'assuré se sevrerait désormais du corset et suivait un traitement de physiothérapie. Il a proposé qu'un médecin d'arrondissement procède à un examen de l'intéressé. Une reprise du travail à mi-temps était prévue dès le 1^{er} février 2015.

Lors d'un entretien à domicile du 13 février 2015, l'assuré a déclaré au collaborateur de la CNA qu'il ne comprenait pas pourquoi le Dr Q._____ avait reconnu une capacité de travail à 50 %, compte tenu des douleurs importantes au niveau du dos et des côtes qu'il ressentait. Il ne pouvait pas rester longtemps immobile assis ou debout ni se baisser. Les douleurs augmentaient lorsqu'il effectuait des mouvements ou lorsque le temps changeait. Il poursuivait les séances de physiothérapie à raison de deux séances par semaine.

Dans un rapport du 24 février 2015 adressé au Dr X._____, médecin praticien, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, le Dr F._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques dans le cadre d'un status après fixateur interne D11-L2, d'important déconditionnement physique et de kinésiophobie probable. Dans les antécédents de l'assuré, le praticien a signalé une amygdalectomie en 2004 et une chimiothérapie pour un problème oncologique de 2004 à 2006. Actuellement, il présentait d'importantes dysbalances musculaires, certainement associées à une certaine crainte vis-à-vis des mouvements, ainsi que des limitations. Un important travail de réentraînement musculaire était à effectuer et la médication était à étudier.

En parallèle, l'assuré a déposé le 5 mars 2015 une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Le 15 avril 2015, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assuré. Il a constaté qu'il y avait une importante discordance entre le handicap affiché et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Il a recommandé la mise en place dans les meilleurs délais d'une rééducation stationnaire encadrée à la Clinique M._____, (ci-après : Clinique M._____), proposition à laquelle l'intéressé a adhéré.

L'assuré a séjourné à la Clinique M._____ du 19 mai au 23 juin 2015, date de son retour à domicile. Dans une lettre de sortie du 20 juillet 2015, les Drs Z._____, médecin praticien et spécialiste en médecine physique et réadaptation, et C._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour des dorso-lombalgies chroniques ainsi que les diagnostics supplémentaires de discrète tendinopathie du supra-épineux à l'épaule gauche et de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. A l'entrée à la clinique, les médecins ont relevé les plaintes et limitations

fonctionnelles de l'assuré, à savoir des douleurs dorso-lombaires s'étendant vers le côté gauche, d'intensité estimée entre 0 et 10/10, augmentées au maintien de position statique ou allongée sur le côté gauche, décrites comme des piqûres et associées à une raideur matinale d'environ 30 minutes. L'intéressé annonçait une perturbation du sommeil, une perte d'appétit avec perte de poids et un moral à la baisse. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et faisant l'objet des diagnostics. Des facteurs contextuels (kinésiophobie, tendance au catastrophisme, sous-estimation de ses capacités fonctionnelles chez un patient maîtrisant mal le français et peinant à intégrer les messages de réassurance) influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré et le retour au travail. Au terme du séjour, subjectivement, l'intéressé constatait une légère amélioration. Objectivement, il y avait de légers gains au niveau de la force-endurance au gainage, mais les bilans restaient marqués par des auto-limitations. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Le traitement de physiothérapie devait être poursuivi. Une stabilisation médicale était toutefois attendue d'ici à la fin de l'année. Selon les médecins, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en raison des facteurs médicaux et contextuels, tout comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, en raison des facteurs contextuels, de l'absence de qualification professionnelle et de la mauvaise maîtrise de la langue française.

Dans un rapport du 28 juillet 2015, établi consécutivement à une consultation de l'appareil locomoteur réalisée le 21 juillet précédent, le Dr Z._____ a indiqué que le bilan en physiothérapie ne montrait pas de péjoration par rapport à la sortie de la Clinique M._____. Il fallait toutefois poursuivre un travail de reconditionnement et une reprise d'activité. Sur le plan professionnel, l'incapacité de travail dans l'activité de ferrailleur était définitive, car l'assuré garderait des limitations pour le port de charges lourdes et les activités nécessitant le maintien du tronc en porte-à-faux. Une stabilisation était toutefois attendue d'ici à la fin de

l'année. Le Dr Z. _____ a prescrit des séances de physiothérapie mais ne prévoyait pas de revoir l'intéressé en consultation.

Le 16 décembre 2015, le Dr J. _____ a procédé à un examen médical de l'assuré qui lui a signalé des douleurs dans toute la colonne vertébrale, de la nuque au bas du dos, au niveau des épaules, surtout à droite. Les douleurs semblaient être permanentes. Objectivement, le Dr J. _____ a constaté que la jonction dorsolombaire était effacée et qu'il n'y avait pas d'autres troubles statiques importants. Les épaules étaient souples, sensibles à la mobilisation. Les signes du conflit n'étaient pas clairement positifs. Tous les tendons de la coiffe des rotateurs étaient fonctionnels des deux côtés. La musculature para-vertébrale était normalement développée, diffusément sensible à la palpation, même très légère, avec des réactions de retrait, mais il n'y avait pas de franche contracture. La mobilité rachidienne restait apparemment très limitée chez l'assuré qui interrompait rapidement ses mouvements. Les changements de position étaient plus aisés qu'auparavant et la station assise mieux supportée avec une attitude plus naturelle. La manœuvre de Lasègue entraînait toujours des contre-pulsions mais elle était négative. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normo-vifs, symétriques et il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs. Le Dr J. _____ a été frappé par la passivité de l'assuré.

Après avoir relevé de petites améliorations fonctionnelles (cf. rapport du 12 janvier 2016), le Dr F. _____ a indiqué, dans un rapport du 15 mars 2016, que la situation était stabilisée. Il n'y avait pas de progrès sur le plan fonctionnel et pas de changement sur le plan somatique, de sorte qu'il ne voyait plus d'utilité de poursuivre le traitement.

Le Dr J. _____ a réalisé un examen médical de l'état de santé de l'assuré le 24 mai 2016 au cours duquel il a constaté l'absence de troubles statiques importants, hormis un effacement de la jonction dorsolombaire. La musculature para-vertébrale était bien développée, non douloureuse à la palpation et sans contracture manifeste. La mobilité rachidienne restait très limitée dans tous les plans, mais les changements

de position s'effectuaient sans difficultés majeures et la station assise prolongée était supportée sans gêne apparente. L'assuré a déclaré que les séances de physiothérapie étaient terminées et qu'elles ne l'avaient pas beaucoup aidé. Des radiographies de la colonne totale, en charge, réalisées le 29 avril 2016 et apportées par l'assuré, mettaient en évidence un status après fixation D11 à L2 sans troubles statiques importants, avec une bonne récupération à la hauteur de D12, un bon alignement des corps vertébraux et un montage stable. Les radiographies avaient été réalisées à la demande du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui recommandait une ablation du matériel de fixation. L'assuré étant réticent à se faire opérer, il a été convenu avec le Dr J._____ de solliciter un deuxième avis médical.

L'assuré a ainsi consulté le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 19 octobre 2016. Dans un rapport du 30 novembre 2016, le praticien a considéré que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pouvait être proposée et recommandée, la consolidation osseuse étant acquise. Les bénéfices de cette opération étaient toutefois non prédictibles et il existait un risque d'environ 50 % que la situation ne s'améliore pas (cf. aussi rapport du 18 mai 2017 du Dr D._____, établi consécutivement à une consultation du 19 avril 2017).

Dans un rapport du 18 juillet 2017 à la CNA, le Dr D._____ a précisé qu'au vu des douleurs décrites par l'assuré, à savoir des douleurs lombaires à la mobilisation et au port de charge et lors de la rotation, il ne pouvait promettre qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse changerait la clinique du patient.

Le 25 janvier 2018, le Dr D._____ a procédé à l'opération d'ablation des vis d'ostéosynthèse post spondylodèse D11-L2 (cf. protocole opératoire du 6 février 2018). L'intervention s'est déroulée sans complication et l'assuré a repris progressivement la marche sans aide avec le physiothérapeute le jour même. A sa sortie de l'hôpital, le

lendemain de l'intervention, la cicatrice était propre et calme (lettre de sortie du 14 février 2018 du Dr D._____).

Le 4 avril 2018, l'assuré a consulté le Dr D._____ qui a constaté qu'il présentait toujours les mêmes douleurs. L'opération n'avait donc pas apporté de bénéfice et l'évolution n'avait pas été favorable. Les contrôles radiologique et clinique réalisés le jour même étaient rassurants. Le médecin n'avait aucune solution pour soulager les symptômes. Il a remis à l'assuré une ordonnance pour des séances de physiothérapie en vue d'une rééducation proprioceptive. Il n'avait pas prévu de le revoir en consultation (cf. rapport du 18 mai 2018).

La Dre B._____, médecin praticienne et médecin d'arrondissement de la CNA, a réalisé l'examen final de la situation médicale de l'assuré, le 30 août 2018. Dans un rapport du 3 septembre 2018, elle a indiqué que, sur le plan médical, la situation était actuellement stabilisée ; contrairement à ce qui était attendu, l'intervention du 25 janvier 2018 n'avait pas permis de diminuer, voire de faire disparaître les douleurs résiduelles. L'intéressé n'avait plus de douleurs au repos mais celles-ci apparaissaient lors des changements de temps et pouvaient atteindre une intensité de 7-8/10. L'assuré ne ressentait toutefois plus d'inconfort lorsqu'il était assis ou appuyé contre le dossier d'une chaise. Il ne faisait plus de physiothérapie. A titre de limitations fonctionnelles, la Dre B._____ a retenu l'interdiction de port de charges répété et prolongé de plus de 10 kg et de manière monomanuelle, l'interdiction de position statique prolongée debout ou assise, l'alternance de la position assise et debout, l'interdiction d'activité nécessitant une antéflexion du tronc et des positions en porte-à-faux. L'activité de ferrailleur n'était plus exigible, comme toute autre activité de chantier ; l'incapacité de travail restait totale dans l'activité habituelle. La capacité de travail était en revanche entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Dans une appréciation séparée, la Dre B._____ a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 %. Elle a mesuré chez l'assuré un angle de fracture de 15°. Elle a également constaté que les douleurs étaient importantes après la mobilisation et rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement, mais qu'elles pouvaient également apparaître au repos et étaient accentuées par les efforts. L'assuré se situait donc entre les catégories + et ++ de la table 7 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale.

Par communication du 6 septembre 2018, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 1^{er} octobre 2018, se fondant sur l'examen final pratiqué par la Dre B._____ et ses appréciations médicales. Elle a précisé examiner si d'autres prestations d'assurances pouvaient être allouées.

Entre temps, l'OAI a adressé à l'assuré un projet du 25 septembre 2018 d'acceptation de rente. L'OAI a d'abord relevé que le degré d'invalidité de 4.68 %, calculé grâce à la méthode de comparaison des revenus, n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité. Toutefois, l'incapacité de travail ayant duré plus d'une année, l'assuré disposait d'un droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2015 au 30 novembre 2018.

Dans un rapport du 14 janvier 2019, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assuré présentait un trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites. L'évolution était très lente. La continuité de la médication et de la psychothérapie étaient toujours nécessaires.

Par courrier de son conseil du 18 janvier 2019 à la CNA, l'assuré a contesté l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle, au motif qu'il était toujours souffrant. Il a évoqué la nécessité de réaliser un nouvel examen, celui effectué par la Clinique M._____ étant ancien, ainsi que des investigations plus poussées s'agissant de la douleur.

Par décision du 30 janvier 2019, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 15 %, dès le 1^{er} octobre 2018, et une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 12'600 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 %. Il ressortait des investigations médicales que l'assuré était à même, relativement aux séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'il ne doive pas porter de charges de plus de 10 kg et qu'il puisse travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser, au vu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), niveau de compétence 1 et d'un abattement de 10 % lié aux limitations fonctionnelles, un salaire annuel de 60'665 fr. 37. Comparé au revenu de 71'569 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 15,23 %, arrondie à 15 %. La CNA a en outre considéré que les troubles psychogènes de l'intéressé n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, de sorte qu'elle n'en répondrait pas.

Le 4 mars 2019, l'assuré a formé opposition contre la décision du 30 janvier 2019, alléguant que son état de santé n'était pas stabilisé, car tous les traitements pour soulager la douleur n'avaient pas encore été explorés. L'évaluation de l'invalidité était en outre trop restrictive. L'assuré a réitéré sa requête de procéder à une évaluation actualisée à la Clinique M._____ et une évaluation d'une éventuelle hypermobilité articulaire concomitante. L'IPAI devait s'élever à 25 %, pour tenir compte des souffrances actuelles et des limitations sur le plan fonctionnel.

Dans une argumentation complémentaire du 1^{er} avril 2019, l'assuré a invité la CNA à envisager de nouvelles investigations pour comprendre la raison pour laquelle les douleurs s'étaient enkystées et quels traitements étaient encore susceptibles d'être administrés, se fondant sur un rapport du 24 février 2019 du Dr X._____. Ce praticien y évoquait la possibilité d'une prise en charge dans un centre d'antalgie ainsi que les craintes formulées par le patient en raison de ses

antécédents médicaux et des éventuelles interventions qui auraient lieu dans un tel centre.

Par courrier du 28 mai 2019, l'assuré a adressé à la CNA un rapport du Dr X._____ du 19 avril 2019 à l'attention de son conseil, dans lequel il confirmait que l'intéressé devrait bénéficier d'une rente d'invalidité supérieure à 15 % et d'une IPAI supérieure à 10 %, se fondant sur son expérience et le suivi de l'assuré qui durait depuis environ 16 ans.

Par décision sur opposition du 7 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant que la situation était stabilisée et qu'aucun traitement, tel qu'un acte chirurgical, n'était susceptible d'améliorer notablement la situation médicale. A cet égard, les mesures prévues dans les centres d'antalgie n'avaient pas pour but d'améliorer sensiblement la situation médicale mais plutôt pour effet d'atténuer la symptomatologie douloureuse. La CNA a confirmé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les troubles psychogènes et l'accident du 2 octobre 2014, compte tenu notamment de la nature de la chute, des lésions occasionnées et de la durée du traitement médical. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, elle a constaté que l'assuré n'apportait aucun élément documenté sur le plan médical à l'encontre des conclusions de la Dre B._____. Elle a précisé que le montant du revenu avec invalidité avait été calculé sur la base de l'ESS 2016, l'assuré n'ayant pas repris d'activité lucrative, soit plus particulièrement au salaire versé à un homme, dans le secteur privé, avec un niveau de compétence 1, correspondant à des tâches physiques ou manuelles simples ne nécessitant aucune formation particulière. Par ailleurs, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités adaptées au handicap de l'assuré, notamment dans des activités de contrôle, de surveillance ou de l'industrie légère. Enfin, la CNA a relevé qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25 % n'était pas compatible avec les constatations cliniques de la Dre B._____. L'assuré n'apportait au demeurant aucun élément objectif permettant de douter des conclusions du médecin d'arrondissement.

B. Le 8 juillet 2019, K._____, toujours représenté par son conseil, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 7 juin 2019, concluant en substance à son annulation (II), au constat de l'absence de stabilisation de l'état de santé, subsidiairement à ce que la rente d'invalidité soit supérieure à 15 % et l'IPAI supérieure à 10 % (III), et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision sur le droit aux prestations d'assurance (IV). Le recourant a allégué que la situation n'était pas stabilisée, qu'il souffrait encore intensément du dos, que son médecin traitant avait préconisé une prise en charge par des centres d'antalgie spécialisés et que le Dr D._____ avait prescrit de la physiothérapie pour une rééducation proprioceptive. Dans l'hypothèse où une stabilisation de l'état de santé était admise, le recourant a fait valoir qu'aucune évaluation récente et concrète de sa capacité de travail résiduelle n'avait été effectuée. Il a encore soutenu que les explications de la Dre B._____ permettraient de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 %, en appliquant scrupuleusement la table n° 7 des directives de la CNA sur l'IPAI.

Dans une réponse du 5 août 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que le recourant n'apportait aucun indice concret ou avis médical probant de nature à remettre en cause l'appréciation de la Dre B._____ quant à la stabilisation de l'état de santé et à la détermination du degré d'invalidité. S'agissant de l'IPAI, la CNA a relevé qu'une indemnité de 20 % impliquerait, sur la base de la table d'indemnisation retenue par le médecin d'arrondissement, des douleurs minimales permanentes, même au repos, ce qui ne correspondait pas aux déclarations du recourant à la Dre B._____ et au Dr D._____. Il n'y avait pas de raison de s'écarter du taux de 10 % retenu.

Par réplique du 22 novembre 2019, le recourant a maintenu ses conclusions.

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. a) 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 30 septembre 2018, ainsi que les degrés d'invalidité et d'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 2 octobre 2014.

b) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

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. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

L'assurance-accident ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré ou une maladie professionnelle (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 3.2)

b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des

améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2).

4. 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).

5. 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 133V 224 consid. 2.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du

montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

6. a) 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).

b) 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).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

7. a) Les avis des parties divergent tout d'abord quant à la question de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

b) L'intimée s'est fondée sur l'appréciation du 3 septembre 2018 de la Dre B._____, dans laquelle elle constate que l'intervention du 25 janvier 2018 n'a permis ni de diminuer ni de faire disparaître les douleurs résiduelles. Durant l'examen final du 30 août 2018, l'assuré a en effet mentionné que les douleurs étaient inchangées depuis l'opération mais qu'elles étaient désormais absentes au repos. S'agissant des médicaments, il ne prenait habituellement que du Dafalgan®. Il avait arrêté la physiothérapie mais effectuait régulièrement des exercices à la maison. La Dre B._____ a encore noté que l'assuré ne ressentait plus d'inconfort lorsqu'il était assis et appuyé contre le dossier d'une chaise. Elle a estimé que la situation était stabilisée sur le plan médical.

L'avis de la Dre B._____ est convaincant et a été posé au terme d'une étude circonstanciée, établie en pleine connaissance de l'anamnèse, fondée sur un examen approfondi du dossier médical et un examen clinique et radiologique complet du recourant. L'évaluation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont motivées.

L'appréciation du 3 septembre 2018 satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

Cette appréciation est du reste corroborée par diverses pièces au dossier. Le Dr Z. _____ a en effet indiqué, dans la lettre de sortie de la Clinique M. _____ du 20 juillet 2015, qu'une stabilisation médicale était attendue d'ici à la fin de l'année.

Le Dr F. _____ était également d'avis, dans son rapport du 15 mars 2016, que la situation est stabilisée. Il a relevé qu'il n'y avait plus d'évolution sur le plan somatique et précisé qu'il ne voyait plus d'utilité à ce que le traitement soit poursuivi.

La situation était dès lors déjà considérée comme stabilisée depuis à tout le moins mars 2016 par les médecins de l'assuré, lorsqu'il a subi son opération d'ablation des vis d'ostéosynthèse post spondylodèse, le 25 janvier 2018. Avant cela, le recourant s'est vu expliquer que le bénéfice de cette intervention ne pouvait être prédit et que le risque était important qu'elle n'ait aucun effet sur la douleur. Si l'intervention s'est déroulée sans complication (cf. lettre de sortie du 14 février 2018), elle n'a toutefois pas apporté de bénéfice au niveau de la douleur. Le Dr D. _____ l'a constaté lors de la consultation du 4 avril 2018. Bien que l'examen neurologique réalisé à cette occasion était bon et que les contrôles radiologique et clinique étaient rassurants, le Dr D. _____ a précisé ne pas avoir de solution supplémentaire pour soulager les symptômes douloureux et ne pas prévoir d'autres consultations. L'état de santé de l'assuré avant et après l'opération était par conséquent inchangé.

Tous ces éléments tendent à confirmer l'appréciation de la Dre B. _____.

c) Le recourant oppose toutefois aux constatations de la Dre B. _____ celles des Drs D. _____ et X. _____, plus particulièrement leur rapport respectif des 18 mai 2018 et 24 février 2019.

En ce qui concerne le rapport du 18 mai 2018 du Dr D._____, et plus particulièrement la prescription de séances de physiothérapie pour une rééducation proprioceptive, on relèvera qu'il s'agit d'une ordonnance unique dont on ne trouve aucun renouvellement au dossier. Le recourant a par ailleurs déclaré à la Dre B._____, lors du bilan final du 30 août 2018, qu'il avait cessé les séances de physiothérapie et réalisait désormais des exercices à domicile. Il avait en outre précédemment expliqué au Dr J._____ que la physiothérapie n'avait pas permis de soulager ses symptômes (cf. examen du 24 mai 2016). Il apparaît dès lors qu'un traitement de physiothérapie ne permet pas d'améliorer sensiblement la situation. Tout au plus peut-il être admis qu'il tend à la préservation de l'état de santé de son bénéficiaire.

Le recourant se prévaut encore du rapport du Dr X._____ du 24 février 2019, dans lequel celui-ci indique que des éventuelles pistes thérapeutiques existent et qu'une prise en charge dans un centre d'antalgie est possible. Cette considération est toutefois de l'ordre de l'hypothèse, laquelle ne permet pas de retenir, même au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'un tel traitement améliorerait sensiblement l'état de santé de l'assuré. Cette appréciation n'est en outre pas partagée par les médecins qui ont suivi le recourant depuis son accident, aucun d'eux n'ayant jamais évoqué une prise en charge dans un centre d'antalgie. Elle est également contraire aux constatations du Dr D._____ qui indique ne plus avoir de solution pour soulager les douleurs de l'assuré (cf. rapport du 18 mai 2018).

d) Les griefs formulés par le recourant sont infondés et doivent être rejetés. Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé au 30 septembre 2018, en mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical.

8. Le recourant conteste également le taux d'invalidité, arrêté à 15 % dans la décision attaquée.

Il estime qu'une évaluation récente et concrète de la capacité résiduelle de travail devrait être réalisée pour démontrer que le degré d'invalidité retenu est trop faible, comme l'affirme le Dr X._____ dans son rapport du 19 avril 2019.

Or, une telle évaluation, récente et concrète, figure déjà au dossier ; il s'agit de l'examen médical final du 30 août 2018 réalisé par la Dre B._____. Elle a en effet procédé à un examen clinique et radiologique de l'assuré avant de considérer qu'il était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'existe au dossier aucun rapport médical circonstancié et objectif, notamment postérieur à ce bilan final, qui contredirait les conclusions de la Dre B._____ quant à la capacité de travail.

S'il est exact que, dans son rapport du 19 avril 2019, le Dr X._____ soutient que le degré d'invalidité devrait être supérieur à 15 %, à aucun moment il n'objective son appréciation. Il se contente au contraire d'énoncer son point de vue et de le justifier uniquement au regard de ses connaissances de l'assuré et de son expérience de médecin praticien et de spécialiste en médecine interne. Cela ne saurait suffire, ce d'autant plus qu'il lui aurait incombé de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, qui relève de l'appréciation médicale et ainsi donc de ses compétences, et non sur le taux d'invalidité qui est une appréciation économique. Ni le rapport du Dr X._____, ni d'ailleurs aucun autre rapport médical, ne remet ainsi en cause l'appréciation de la Dre B._____.

Le recourant ne conteste au demeurant pas spécifiquement le calcul effectué par l'intimée. Contrôlé d'office, celui-ci ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. Les griefs du recourant doivent par conséquent être rejetés.

9. Le recourant reproche encore à l'intimée d'avoir retenu un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité insuffisant. Il estime que celui-ci devrait s'élever à 20 % sur la base de la table 7.

La CNA a fixé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10 % sur la base des conclusions de la Dre B._____. Dans son appréciation du 3 septembre 2018, elle s'est référée à la table 7 du barème établi par la CNA relatif aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Pour les fractures dont l'angle est situé entre 10° et 20°, le taux d'atteinte à l'intégrité varie selon les douleurs. Le taux est de 5 à 10 % lorsque les douleurs sont modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours) et entre 10 et 20 % lorsque les douleurs sont minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts. La Dre B._____ a considéré, sur la base de son examen clinique du 30 août 2018 et de l'angle de 15° mesuré, que l'assuré se situait entre les deux catégories précitées, de sorte qu'un taux de 10 % était justifié.

L'appréciation de la Dre B._____ paraît convaincante et correspond à ses constatations cliniques ainsi qu'à celles du Dr D._____ s'agissant des douleurs ressenties par l'assuré (cf. rapport du 18 juillet 2017).

Cette appréciation n'est remise en question par aucun avis médical circonstancié et objectif. Le Dr X._____, dans son rapport du 19 avril 2019, se contente en effet d'affirmer son point de vue, sans autre justification que celle relative à son expérience. Cela s'avère insuffisant pour remettre en cause l'appréciation de la Dre B._____, qui doit être confirmée.

10. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 7 juin 2019 confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 7 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :