

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Perdrix, assesseur  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Xavier Oulevey, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 4, 6, 7, 8, 16, 43 et 44 LPGA ; art. 6 al. 1, 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; art. 36 OLAA**



## **E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est arrivé en Suisse en [...]. Le 4 décembre 2007, il a été engagé par l'entreprise U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur) en qualité d'aide-ouvrier à 100% pour une durée indéterminée. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 6 décembre 2007, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration d'accident du 10 décembre 2007, la dalle sur laquelle il se tenait s'est écroulée et il a fait une chute de 6 mètres. L'assuré a été hélicoptéré au K.\_\_\_\_\_ (ci-après : K.\_\_\_\_\_), où il a séjourné du 6 au 20 décembre 2007. Le 20 décembre 2007, il été transféré aux O.\_\_\_\_\_ (ci-après : O.\_\_\_\_\_), tout d'abord à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, puis sur le site de W.\_\_\_\_\_, où il a séjourné du 28 décembre 2007 au 4 janvier 2008, date de son retour à la maison.

Aux termes d'un avis de transfert du 21 décembre 2007, les Drs G.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au K.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de fracture « Burst » de L3, de fracture-tassement de L2, d'hématome péri-vertébral gauche avec saignement des artères vertébrales L2-L3, de lacération hépatique gauche de grade III du segment IV, de lacération du rein droit de grade III, de fractures des côtes en série à gauche et d'hémothorax gauche. Ces atteintes avaient été traitées par embolisation des artères lombaires L2-L3, drainage thoracique et spondylodèse L1-L4. Le port d'un corset lombaire avait été prescrit, pour environ trois mois, ainsi qu'une rééducation par physiothérapie. La CNA a pris en charge le traitement médical et a alloué des indemnités journalières.

Le 25 mars 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI).

Le 9 mai 2008, l'assuré s'est soumis à un examen par ultrason et scanner abdominal en raison de douleurs au flanc gauche et voussure abdominale du même côté. Dans son rapport du 13 mai 2008, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une atrophie importante de la musculature pariétale abdominale gauche, expliquant le relâchement marqué de toute la paroi abdominale latérale gauche sous forme d'une sorte d'éventration, toutefois sans hématome, ni collection pariétale visible, ni lésions viscérales intra-abdominales.

Dans un rapport médical intermédiaire du 22 juillet 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a pris position sur le dossier. Il a retenu une incapacité permanente à exercer toute activité lourde telle qu'aide-ouvrier du bâtiment. Une activité légère permettant l'alternance des positions assises et debout et ne nécessitant que de courts déplacements, sans escaliers au-delà de quelques marches, était toutefois adaptée. Tout effort des membres supérieurs et inférieurs ainsi que le transport et le soulèvement de charges étaient également proscrits. Le Dr V.\_\_\_\_\_ estimait que malgré ces précautions, des pauses supplémentaires seraient nécessaires, une reprise d'activité suivie ne pouvant vraisemblablement intervenir qu'à partir de 8 à 10 mois post-accident.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 18 juillet 2008 à la CNA, la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital N.\_\_\_\_\_, a fait état de douleurs abdominales persistantes et d'une mauvaise évolution. La praticienne n'a pas prévu de reprise du travail.

Dans un rapport d'examen par électromyographie du 25 septembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de dénervation massive de la musculature para vertébrale, en tout cas à gauche, mais également à droite. Le neurologue a également

signalé une atteinte radicaire, vraisemblablement D10-D11-D12, responsable d'un appauvrissement marqué de l'activité musculaire du grand droit et du transverse de l'abdomen, sans signe de dénervation active. L'assuré présentait en outre une atteinte radicaire L2 avec une anesthésie complète dans son territoire para vertébral du flanc et de la cuisse. Le Dr L.\_\_\_\_\_ n'excluait pas qu'une partie des douleurs lombaires soit également de nature musculaire étant donné l'intensité des décharges qui pouvaient être responsables de sentiments de crampes.

Procédant à un examen clinique le 7 octobre 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ a confirmé une incapacité fonctionnelle pratiquement complète à la charge de la colonne lombaire. Au chapitre de l'appréciation du cas, le médecin d'arrondissement a également fait état de douleurs constantes et insomniantes, de l'impossibilité de déambulation sans l'aide de deux cannes et de l'orthostase nécessitant l'aide des membres supérieurs pour décharger la colonne. Il a constaté des séquelles neurologiques sous forme d'hypoesthésie et de dénervation de la musculature para-spinale et abdominale, surtout à gauche, intéressant aussi le membre inférieur gauche. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a préconisé une hospitalisation à la R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_), dans le but de « faire le point de la situation et [...] cerner les limitations futures liées à ce grave traumatisme ».

L'assuré a séjourné à la R.\_\_\_\_\_ du 14 au 29 octobre 2008. Dans ce cadre, il a notamment bénéficié d'un examen de l'appareil locomoteur (consilium du 27 octobre 2008 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie), d'un examen psychiatrique (consilium du 20 octobre 2008 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), et d'une électromyographie (rapport du 22 octobre 2008 du Dr B.F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie). Dans un rapport de synthèse du 9 décembre 2008, le Dr D.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z50.1)

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

- Douleurs dorsolombaires (de D8 à L2 environ) persistantes (M54.5 ; 54.6)
- Troubles statiques

- Hypomyotrophie et faiblesse de la musculature lombo-abdominale droite (M62.5)
- Zona thoracique (D11) gauche aigu au décours (B02.9)
- Discret syndrome du tunnel carpien bilatéral et discrète neuropathie cubitale bilatérale (G56.0 ; G56.2)
- Syndrome discret du tunnel tarsien ddc [des deux côtés] (G 57.5)
- Accident de travail le 06.12.2007 avec :
  - fracture de type burst de L3 et fracture-tassement de L2, traitée par spondylodèse L1-L4 le 10.12.2007 (T91.1 ; Z98.1)
  - hématome paravertébral gauche avec saignement des artères vertébrales L2-L3 traité par embolisation des artères lombaires L2-L3, le 06.12.2007 (T91.4)
  - lacérations hépatique et rénale droite traitées conservativement (T91.5)
  - fracture de côtes et pneumothorax gauche nécessitant un drainage, compliqués d'une surinfection à haemophilus influenzae (T91.2 ; T91.4)
  - atteinte sensitivomotrice L2 gauche et probablement également de D10 à L5-S1 gauches et partiellement droites (Z86.6)

**CO-MORBIDITES**

- Obésité (E66.0)
- Hypertension artérielle (I10) »

Les médecins de la R.\_\_\_\_\_ ont constaté des anomalies objectives telles que des troubles statiques, une atteinte postopératoire de la musculature lombo-abdominale, un syndrome radiculaire post-traumatique surtout L2 gauche et un zona thoracique gauche au décours. Ils ont également mis en évidence une grande passivité, une marche toujours avec deux cannes dix mois après le traumatisme et la perception d'un handicap fonctionnel extrêmement élevé au questionnaire Oswestry (sous réserve de la compréhension des questions posées en français), estimant qu'il existait une discordance majeure entre les lésions et l'intensité des plaintes et du handicap fonctionnel. Face à l'absence d'impact de la rééducation entreprise depuis l'entrée en R.\_\_\_\_\_, il a été renoncé tant à la prolongation du séjour qu'à la mise en place d'un traitement physiothérapeutique ambulatoire. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a préconisé la poursuite de la médication antalgique en cours ainsi que l'introduction à l'essai d'un traitement de Lyrica, attestant au demeurant une totale incapacité de travail de longue durée dans la profession de manœuvre dans le bâtiment.

Un second examen neurologique pratiqué par le Dr L.\_\_\_\_\_ le 12 décembre 2008 a mis en évidence une atteinte du membre

supérieur droit vraisemblablement de nature radiculaire C8 ainsi qu'une importante arthrose cervicale, non douloureuse.

Dans un avis du 29 décembre 2008, le Dr V. \_\_\_\_\_ a estimé que les suites de l'accident assuré n'étaient pas stabilisées, une telle stabilisation étant attendue dans un délai d'environ trois mois.

Aux termes d'un rapport du 18 février 2009, le responsable du « Case Management » de la CNA a relevé l'absence d'évolution positive depuis plusieurs mois.

Le 1<sup>er</sup> avril 2009, le V. \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assuré. Estimant que le cas était stabilisé, il a conclu à une totale et définitive incapacité de travail dans l'ancienne profession. Il a par contre retenu une capacité résiduelle de 90% dans une activité essentiellement assise, ne nécessitant ni effort, ni transport de poids, ni geste répétitif, même pour les membres inférieurs. Pour être adaptée, l'activité devait en outre permettre les changements de position et ne requérir que des déplacements mineurs. Le 10% restant devait être consacré à des pauses supplémentaires. La médication antalgique et le traitement de physiothérapie resteraient à charge de la CNA durant les années 2009 et 2010. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a en outre estimé que des contrôles espacés auprès de l'opérateur étaient encore nécessaires, de même qu'une surveillance de la spondylodèse, laquelle pourrait avoir une tendance à la cyphotisation ultérieure. Le médecin d'arrondissement a arrêté le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à 25% sur la base de la table n° 7 de la CNA relative à l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA en cas d'affections de la colonne vertébrale (ci-après : la table n° 7 de la CNA), attribuant 20% à la situation vertébrale après spondylodèse, avec une angulation cyphotique de 12° et en présence de douleurs, ainsi que 5% en raison des problèmes neurologiques résiduels, essentiellement sous forme d'une dénervation du psoas et de la paroi abdominale gauche.

Dans un rapport du 4 mai 2009 au Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, le Dr S.V. \_\_\_\_\_,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que le traitement de physiothérapie ne modifiait en rien la symptomatologie. Il a en outre relevé que le patient avait fait part de l'absence d'évolution favorable : les douleurs étaient toujours présentes, plus marquées que par le passé puisque également intenses durant la nuit.

Compte tenu de la persistance des douleurs, une indication à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été posée. L'opération a été effectuée le 24 septembre 2009 à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_. Dans un certificat du 27 septembre 2009, le Dr E.\_\_\_\_\_, Chef de clinique adjoint dudit hôpital, a attesté une incapacité de travail du 24 septembre au 10 novembre 2009. Dans son rapport intermédiaire du 30 septembre 2009 à la CNA, le Dr E.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable, l'incapacité de travail demeurant totale pour une durée indéterminée.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 3 novembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin assistant à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, a mis en évidence des douleurs irradiant en ceinture et dans les jambes, insomniantes, ainsi qu'une marche avec des cannes et des douleurs. Selon le Dr F.\_\_\_\_\_, la reprise du travail n'était toujours pas envisageable.

Selon un rapport intitulé « Case team avec le Dr V.\_\_\_\_\_ » du 10 novembre 2009, l'état de santé de l'assuré n'était pas encore stabilisé à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Un point de situation était prévu à la fin 2009, afin de contrôler l'exigibilité posée le 1<sup>er</sup> avril 2009.

A la suite d'un examen du 1<sup>er</sup> avril 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que du point de vue assécurologique, la situation de l'assuré n'avait guère changé par rapport à son appréciation du 1<sup>er</sup> avril 2009. Il a ainsi maintenu ses conclusions relatives à l'exigibilité et à l'IPAI. Le 6 avril 2010, le médecin d'arrondissement a précisé que selon lui, le cas était stabilisé au 1<sup>er</sup> avril 2009.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 10 mai 2011, les Drs C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et M.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post-fracture tassement L2 et L3. Au niveau objectif prévalaient des douleurs à la palpation L2 et L3, ainsi qu'une force diminuée au membre inférieur gauche. Le traitement ambulatoire entrepris à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_ le 3 juillet 2008 était toujours en cours. Les praticiens estimaient que les douleurs seraient chroniques et que la reprise d'une activité adaptée au handicap n'était actuellement pas possible ; ils envisageaient la prise d'un avis auprès d'un neurochirurgien ou d'un opérateur au K.\_\_\_\_\_. Les praticiens ont au demeurant précisé qu'ils laissaient l'évaluation des possibilités de réadaptation professionnelle à un avis spécialisé.

Dans un rapport du 17 mai 2011 à la CNA, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a confirmé qu'aucune reprise du travail n'était prévue, ce pour une durée indéterminée. Elle a préconisé une consultation auprès du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au K.\_\_\_\_\_.

Aux termes d'un rapport du même jour au Dr X.\_\_\_\_\_, les Drs M.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et Chef de clinique, ont mis en exergue une évolution défavorable et une pathologie complexe. Ils se sont également exprimés en ces termes :

« (...)

Cependant, depuis l'accident, M. Z.\_\_\_\_\_ se plaint de douleurs lombaires irradiant dans la cuisse et la jambe gauche. Ces douleurs sont associées à une diminution de la mobilité et sont considérées par le patient comme très invalidantes dans toutes les activités de la vie quotidienne. Une reprise de travail n'est pas envisageable, malgré un traitement antalgique bien conduit, une physiothérapie intensive et un séjour en réhabilitation à la SUVA.

Le patient nous reconseille récemment, ne supportant plus ses douleurs, par ailleurs inchangées sur les 3 dernières années. Nous effectuons alors une nouvelle imagerie qui montre une probable participation d'une compression nerveuse aux douleurs. »

Dans un rapport du 10 octobre 2011 à la Dresse M.\_\_\_\_\_, les Drs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic de lombalgies chroniques - status post-polytraumatisme le 6 décembre 2007. La comparaison des radiographies effectuées le jour de l'examen (14 septembre 2011) à celles du 23 août 2011 (sic), alors que le matériel d'ostéosynthèse était encore présent, montrait une augmentation de la scoliose sinistro-convexe avec diminution de l'espace inter-somatique au niveau L3-L4 droit, ainsi qu'une augmentation d'une cyphose au niveau de la jonction thoraco-lombaire.

Le 5 décembre 2011, après examen des images de l'IRM effectuée à l'Hôpital I.\_\_\_\_\_ en avril 2011, les Drs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont complété leur appréciation en ces termes :

« Les douleurs du patient sont probablement en relation avec plusieurs facteurs au niveau de la colonne lombaire. Dans un premier plan, on a un status post-fracture vertébrale L2-L3 avec un status post fracture du Pincer au niveau L3 avec des lésions dégénératives et une transformation fibrotique au niveau vertical et central du corps vertébral L3 en relation avec une pseudarthrose.

Au même niveau se présente un rétrécissement foraminal au niveau L3-L4 gauche. De plus, le patient est gêné par des lésions dégénératives pluri-étagées.

Dans ce contexte et vu la symptomatologie du patient, on pense que les douleurs peuvent être en relation avec l'ancienne fracture du Pincer au niveau L3 avec une instabilité au niveau du corps vertébral.

Dans ce contexte, on propose de compléter le bilan avec un CT de la colonne lombaire et on va revoir le patient à notre consultation pour discuter de la prise en charge. Probablement, si on veut faire quelque chose, ça ne sera pas une opération simple, mais plutôt une prise en charge complète avec remplacement du corps vertébral de L3 et stabilisation de la colonne postérieure ».

Dans un rapport du 15 février 2012 établi à la suite d'un troisième examen le 2 février 2012 et d'un nouveau bilan radiologique, les Drs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et Chef de clinique, ont fait état des diagnostics suivants :

- lombalgies chroniques sur pseudarthrose d'une fracture Pincer L3,
- polytraumatisme le 6.12.2007 avec fracture Pincer L3, fracture tassement L2, fracture des côtes 11 à 12 avec luxation à gauche et fracture des arcs postérieurs des côtes 9 à 12,
- status post-spondylodèse avec fixation L1-L4 avec spondylodèse L2-L3, et
- status post-ablation matériel d'osthéosynthèse.

Les médecins se sont en outre exprimés en ces termes :

« Au vu des images radiologiques, nous proposons une prise en charge chirurgicale avec spondylodèse par double voie d'abord avec une cage L2 à L4 et une spondylodèse à L2-L4 par voie postérieure.

Nous discutons des tenants et aboutissants d'une telle opération. Le patient n'est pour le moment pas d'accord pour une prise chirurgicale. Il pense que les risques sont trop importants compte tenu des douleurs. Il préfère patienter. Il dit qu'il vaut mieux marcher avec des cannes que d'avoir des complications de la sorte.

Nous pensons que pour le moment, le patient fonctionne encore assez bien, raison pour laquelle nous ne mettons pas le patient au programme ».

Les Drs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ont enfin préconisé d'adresser le patient à un antalgiste, proposition à laquelle la CNA a adhéré par courrier du 1<sup>er</sup> mars 2012.

Aux termes d'une prise de position du 28 février 2012, le Dr S. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que le cas était stabilisé aussi longtemps que l'assuré ne voudrait pas d'intervention chirurgicale, sous réserve d'une amélioration très sensible suite à un éventuel traitement par un service d'antalgie. A son avis, l'exigibilité et l'estimation de l'atteinte à l'intégrité arrêtées le 1<sup>er</sup> avril 2009 restaient d'actualité.

Dans un rapport intermédiaire du 11 septembre 2012 à la CNA, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'aucune reprise du travail n'était prévue pour l'instant et qu'il fallait s'attendre à la persistance d'un dommage total.

Se prononçant à nouveau sur la situation le 15 octobre 2012, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué que selon les derniers rapports médicaux, la situation clinique du patient quant aux séquelles de l'accident assuré était identique à celle prévalant lors des examens par le Dr V.\_\_\_\_\_ les 1<sup>er</sup> avril 2009 et 1<sup>er</sup> avril 2010. Il a ainsi maintenu ses conclusions précédentes, estimant qu'un nouvel examen par ses soins n'était pas indiqué.

Par communication du 26 février 2013, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 31 mars 2013 au soir, sous réserve de la prise en charge des contrôles médicaux et de la médication antalgique encore nécessaires.

Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2013, la CNA a accordé à l'assuré une rente d'invalidité de 22% dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et une IPAI de 26'700 fr., correspondant à un taux d'atteinte à l'intégrité de 25%. L'assureur-accidents a notamment retenu que l'assuré était à même d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie, à la condition que dite activité soit essentiellement assise, avec possibilités de changement de position et déplacements mineurs, sans effort, sans transport de poids et sans geste répétitif, même pour les membres supérieurs. Une telle activité était exigible à 90%, le 10% restant étant consacré à des pauses supplémentaires.

L'assuré, par son représentant l'avocat Xavier Oulevey, s'est opposé le 12 avril 2013 à la décision précitée. Il a principalement conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens d'une invalidité de 100% et d'une IPAI de 40% au moins. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit un avis de sortie des O.\_\_\_\_\_ à la suite d'un séjour du 2 au 3 avril 2013 en raison de douleurs d'origine indéterminée, ainsi qu'un rapport du 5 avril 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, dans lequel le médecin estimait que son patient était apte à reprendre le travail tout au plus à 50%, la mise en œuvre d'une expertise sur la question de la capacité résiduelle de travail lui paraissant judicieuse.

Par décision du 7 août 2013, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2008 au 31 juillet 2009, soit 3 mois après l'examen clinique de la CNA d'avril 2009, retenant une capacité de travail résiduelle de 90% dans une activité adaptée. Le droit à la rente était supprimé au 31 juillet 2009.

Par décision sur opposition du 14 janvier 2014, la CNA a rejeté l'opposition du 12 avril 2013 et confirmé sa décision du 1<sup>er</sup> mars 2013. Se fondant sur les avis de ses médecins d'arrondissement et relevant les réserves soulevées par l'assuré quant à l'intervention chirurgicale préconisée par le Dr X.\_\_\_\_\_, l'assureur-accidents a estimé qu'en l'absence de proposition thérapeutique immédiate, l'état de santé de Z.\_\_\_\_\_ pouvait être considéré comme stabilisé. Au niveau de la capacité de travail et de l'atteinte à l'intégrité, la CNA s'est également ralliée aux conclusions des Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, lesquelles n'étaient à son avis pas valablement remises en question par les éléments figurant au dossier.

**B.** Par acte du 13 février 2014, par l'entremise de son mandataire, Z.\_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 14 janvier 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente fondée sur un taux d'invalidité tendant compte d'une incapacité de travail de 50% « au moins » dans une activité adaptée et d'un « abattement complémentaire de 20% au moins », ainsi qu'à l'octroi d'une IPAI fondée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 40% « au moins ». A titre subsidiaire, il conclut au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre provisionnel enfin, il requiert la restitution de l'effet suspensif, dans le sens de la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'à droit connu sur son recours. Le recourant fait en substance grief à l'intimée d'avoir écarté, sans motivation suffisante, les avis médicaux de plusieurs médecins à la faveur de ceux de ses médecins d'arrondissement. Il estime que les rapports du Dr V.\_\_\_\_\_ sont incomplets et insuffisants, dans la mesure où, notamment, ils

reposent sur un dossier radiographique datant de 2008. Quant au Dr S.\_\_\_\_\_, il se serait contenté de confirmer l'avis de son confrère de la CNA, sans examiner l'assuré ni se prononcer sur les constatations médicales posées entre temps par les autres médecins intervenus dans le dossier, dont les avis étaient au demeurant convergents. Compte tenu de l'aggravation de son état de santé, le recourant estime insoutenable de retenir une situation stabilisée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009 et une capacité résiduelle de 90%, sans même procéder à des analyses complémentaires, alors même qu'une intervention chirurgicale des suites de l'accident a été nécessaire en septembre 2009.

Par décision du 21 février 2014, le juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 février 2014, soit l'exonération des frais de justice et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Xavier Oulevey.

Dans une réponse du 24 mars 2015, désormais représentée par Me Olivier Derivaz, l'intimée propose le rejet du recours et de la requête de restitution de l'effet suspensif. Estimant que le dossier de la cause a été suffisamment instruit, elle s'oppose également à toute mesure d'instruction complémentaire.

Les parties ont maintenu leur position dans leur réplique et duplique des 1<sup>er</sup> et 27 mai 2014.

Par ordonnance du 10 juin 2014, la requête de restitution de l'effet suspensif déposée par le recourant conjointement à son recours a été rejetée.

Le 2 avril 2015, le juge instructeur a invité Me Oulevey à produire sa liste des opérations dans un délai au 30 avril suivant, faute de quoi l'indemnité allouée au titre de l'assistance judiciaire serait fixée d'office par le Tribunal. Ce courrier est resté sans suite.

## **E n d r o i t :**

**1.**                   **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent, qui est celui du domicile de l'assuré (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.**                   **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** Le litige porte sur la quotité de la rente d'invalidité à allouer au recourant pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> avril 2013, ainsi que sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui est due.

**3.** Selon 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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 (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGA). Constitue une incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). 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 (art. 19 al. 1 LAA). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (art. 19 al. 2 LAA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'IPAI se fixe en même temps que la rente d'invalidité ou, lorsqu'il n'existe aucun droit à une rente, à la fin du traitement médical (art. 24 al. 2 LAA). L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (cf. TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (cf. TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en

fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, 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. A teneur de l'art. 36 al. 4 OLAA, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (cf. ATF 133 V 224 consid. 2).

L'annexe 3 de l'OLAA 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 (cf. ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). 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 (cf. TF 8C\_2013 du 15 août 2013 consid. 6.1 ; 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1 ; 8C\_365/2007 du 15 mai 2008 consid. 7.2 ; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de

procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. La table 7 traite de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale. Elle prévoit l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité en fonction, d'une part, de l'appréciation des douleurs fonctionnelles et, d'autre part, du degré de déformation en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose.

**4. a)** La stabilisation de l'état de santé du recourant au 31 mars 2013 n'est, à ce stade de la procédure, plus contestée par l'intéressé. Par ailleurs, l'intimée a admis que le recourant était affecté d'une totale et durable incapacité de travail dans toutes les activités lourdes, et en particulier dans son ancienne activité professionnelle. Enfin, le principe du droit à une rente fondée sur un taux d'invalidité de 22% au moins ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25% au moins n'est pas davantage litigieux entre les parties. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus en détail sur ces différents points, à propos desquels les constatations de l'intimée sont corroborées par les pièces au dossier. Il reste donc uniquement à déterminer si le taux d'invalidité du recourant pour la période dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 est supérieur à 22% et si le taux d'atteinte à l'intégrité dépasse 25%, comme celui-ci le soutient. Préalablement, il convient de déterminer si les pièces médicales au dossier permettent de statuer en connaissance de cause sur ces questions.

**b)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3 et les références ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5. a)** En l'espèce, l'intimée a considéré que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2009, le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 90% dans une activité physiquement adaptée, ne nécessitant ni effort, ni transport de poids, ni geste répétitif, même pour les membres inférieurs, permettant les changements de position et ne requérant que des déplacements mineurs. Les 10% restants étaient consacrés à des pauses

supplémentaires. La CNA a fondé son appréciation quasiment exclusivement sur les rapports établis par ses médecins d'arrondissement, les Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_.

De son côté, le recourant estime que les rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, soutenant une absence d'évolution depuis avril 2009, sont incomplets et insuffisants, de sorte que leurs conclusions sont erronées. Il fait grief au Dr V.\_\_\_\_\_ d'avoir fait preuve d'incohérence en fixant soudainement une exigibilité à hauteur de 90% dans une activité adaptée le 1<sup>er</sup> avril 2009, alors que le 26 décembre 2008, il faisait état d'une situation non stabilisée, et que le 18 février 2009, le responsable du « Case Management » de la CNA relevait l'absence d'évolution positive depuis plusieurs mois. Le recourant relève en outre que malgré la présence au dossier de plusieurs rapports médicaux plaidant en faveur de la persistance d'une totale incapacité de travail, dont certains établis postérieurement aux avis d'avril 2009 et avril 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est contenté de se rallier à la position de son confrère V.\_\_\_\_\_, sans opposer d'arguments médicaux aux différents avis contraires versés au dossier dans l'intervalle. Considérant que les avis des médecins du K.\_\_\_\_\_ et de l'Hôpital I.\_\_\_\_\_, tout comme celui de son médecin traitant, sont convergents, le recourant estime qu'ils ne pouvaient valablement être écartés, sans plus amples analyses.

**b)** Force est de constater que le Dr V.\_\_\_\_\_ n'a motivé que sommairement son appréciation de la capacité résiduelle de travail. Le constat d'une capacité de travail de 90%, compte tenu d'une diminution de rendement de 10% pour tenir compte de la nécessité de pauses supplémentaires, est affirmé en page 6 de son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009, mais peu expliqué. Peu de liens sont établis entre les constatations cliniques et l'anamnèse, d'une part, et le constat relatif à l'incapacité de travail, d'autre part. Les rapports établis par la suite par les Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ se réfèrent à ce constat d'une capacité résiduelle de travail depuis le mois d'avril 2009 (cf. rapport d'examen du 1<sup>er</sup> avril 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, prises de position sur dossier du Dr S.\_\_\_\_\_ des 28 février et 15 octobre 2012), sans plus d'explications. Le dossier contient en outre

des éléments contradictoires sur cette question de la capacité de travail. En effet, de l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, la situation n'était pas stabilisée le 29 décembre 2008. Le 18 février 2009, le responsable du « Case Management » a fait état d'une absence d'évolution positive depuis plusieurs mois. Le 1<sup>er</sup> avril 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a plaidé en faveur d'une situation stabilisée et arrêté la capacité de travail résiduelle à 90%. Aux termes du rapport intitulé « Case team avec le Dr V.\_\_\_\_\_ », l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé au 10 novembre 2009, à la suite de l'ablation le 24 septembre 2009 du matériel d'ostéosynthèse, un nouveau point de situation étant prévu en fin d'année pour contrôler l'exigibilité arrêtée en avril 2009. Enfin, en avril 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a maintenu la stabilisation de l'état au 1<sup>er</sup> avril 2009 et l'exigibilité d'une activité adaptée à 90% dès cette date. Cette conclusion paraît toutefois douteuse compte tenu de l'opération du 24 septembre 2009 et de l'incapacité de plusieurs semaines qui s'en est suivie (cf. rapports du Dr E.\_\_\_\_\_ des 27 et 30 septembre 2009, cf. rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ t du 3 novembre 2009).

Il est vrai que les médecins de la R.\_\_\_\_\_ ont observé, dans leur rapport du 9 décembre 2008, une discordance majeure entre les lésions constatées et l'intensité des plaintes et du handicap fonctionnel. Ils n'en ont pas moins admis que le recourant présentait des troubles statiques, une atteinte postopératoire de la musculature lombo-abdominale, un syndrome radiculaire post-traumatique surtout en L2 à gauche, ainsi qu'un zona thoracique gauche au décours, sans prendre position sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Par la suite, face à la persistance de douleurs, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été préconisée, dite intervention chirurgicale étant intervenue le 24 septembre 2009 (cf. rapport du 30 septembre 2009 du Dr E.\_\_\_\_\_). Le 10 mai 2011, dans un rapport médical à l'OAI, les Drs C.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont exposé qu'une reprise du travail dans une activité adaptée ne leur paraissait « actuellement pas possible », proposant au surplus la prise d'un avis auprès du K.\_\_\_\_\_. A cet égard, et contrairement à ce que laisse entendre l'intimée dans la décision litigieuse, le renvoi fait par les deux médecins précités à un avis spécialisé

quant à l'évaluation des mesures de réadaptation n'enlève rien au fait qu'il ont attesté une totale incapacité, même dans une activité adaptée, d'une durée indéterminée. Le 17 mai 2011, les docteurs P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont constaté la probable participation d'une compression nerveuse aux douleurs et confirmé que la reprise du travail n'était pas envisageable, malgré un traitement antalgique bien conduit. Aux termes d'un premier rapport du 10 octobre 2011, les Dr X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont procédé à une comparaison des radiographies avant et après ablation du matériel d'ostéosynthèse et ont constaté une augmentation de la scoliose sinistro-convexe avec diminution de l'espace inter-somatique au niveau L3-L4 droit, ainsi qu'une augmentation de la cyphose prévalant au niveau thoraco-lombaire. On notera à cet égard que le Dr V.\_\_\_\_\_ avait lui-même prévu une telle évolution dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009, en préconisant un suivi auprès de l'opérateur et une surveillance de la spondylodèse, compte tenu du risque de cyphotisation ultérieure. Dans un rapport du 5 décembre 2011, les docteurs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont fait état d'un léger recul du mur postérieur inférieur et une pseudarthrose en L3, ainsi que d'une protrusion discale latérale gauche avec un rétrécissement foraminaux au niveau L3-L4 gauche. Ils ont également fait état de lésions dégénératives pluriétagées dans une forme de discopathie et des arthroses interfaccetaires, avec transformation dégénérative de type Modic I au niveau des plateaux vertébraux adjacents L5-S1. Selon ces médecins, les douleurs étaient probablement en relation avec ces atteintes, avec une instabilité au niveau du corps vertébral au niveau de L3. Ils ont jugé ces affections suffisamment sérieuses, et leur lien avec les douleurs suffisamment établi, pour envisager une intervention chirurgicale complète, avec remplacement du corps vertébral de L3 et stabilisation de la colonne postérieure. Après un nouveau bilan radiologique, les docteurs X.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ ont maintenu cette proposition, en suggérant une prise en charge chirurgicale avec spondylodèse par double voie d'abord, avec une cage de L2 à L4, et une spondylodèse à L2-L4, par voie postérieure. Devant les réticences du recourant à cette intervention, et dans la mesure où le patient «fonctionnait encore assez bien» et disait préférer «marcher avec des cannes que d'avoir des complications», l'intervention n'a finalement pas été pratiquée (cf. rapport du 15 février

2012 des Drs X.\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_). Certes, les Drs X.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_ n'ont pas pris position sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée, mais leur proposition d'une intervention chirurgicale lourde reflète clairement que les douleurs exprimées par le recourant sont à leurs yeux corroborées, si ce n'est entièrement, du moins dans une large mesure par leurs constatations objectives, contrairement à ce que laisse penser l'appréciation des Drs V.\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_ relative à une diminution de rendement de 10% uniquement dans une activité légère et sédentaire à semi-sédentaire. Les atteintes mises en évidence par les Drs X.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_ semblent par ailleurs traduire une péjoration de la situation par rapport à celle décrite par les médecins de la R.\_\_\_\_ en 2008, avec notamment une instabilité vertébrale au niveau de L3 - alors que dans ses rapports des 7 octobre 2008 et 1<sup>er</sup> avril 2009, le Dr V.\_\_\_\_ faisait état d'une fracture de L2-L3 apparemment sans atteinte du mur postérieur - ainsi qu'une augmentation scoliosique et cyphosique. Les rapports établis postérieurement par le Dr S.\_\_\_\_ sont très sommaires et n'en tiennent pas compte, ou du moins pas explicitement, ce qui relativise encore leur valeur probante.

Les conclusions du Dr V.\_\_\_\_ des 1<sup>er</sup> avril 2009 et 1<sup>er</sup> avril 2010 concernant l'atteinte à l'intégrité ne convainquent pas davantage et ce également en raison d'un manque de motivation. Le médecin d'arrondissement ne qualifie notamment pas l'intensité des douleurs du recourant, critère pourtant déterminant pour fixer le taux de l'IPAI au sens de la table n° 7 de la CNA relative aux affections lombaires. Son appréciation souffre ainsi d'un manque de précision. En outre, tout comme pour la question de la capacité résiduelle de travail, le Dr S.\_\_\_\_ n'a procédé à aucun nouvel examen détaillé de la question, se contentant de se rallier, en quelques lignes et sans motivation, à l'avis de son prédécesseur. Or, le rapport des Drs X.\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_ du 10 octobre 2011 fait notamment état d'une augmentation scoliosique et cyphotique, éléments déterminant quant au taux de l'atteinte à l'intégrité en cas d'affections de la colonne vertébrale (cf. table n° 7 de la CNA). On

rappellera à ce propos que dans son rapport du 1<sup>er</sup> avril 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ avait pourtant évoqué le risque de cyphotisation.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, en particulier du caractère insuffisamment motivé des rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, des atteintes constatées par les Drs X.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, et de l'incapacité de travail dans une activité adaptée attestée par les Drs C.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, il n'est pas possible, sur la base des pièces au dossier, de statuer sur le droit du recourant à une rente pour un taux d'invalidité supérieur à 22%, ni sur son droit à une indemnité pour une atteinte à l'intégrité supérieure à 25%.

**c)** En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité au moment de la décision litigieuse, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il appartenait à l'intimée de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comprenant des volets orthopédique, rhumatologique et neurologique, conformément aux art. 43 al. 1 et 44 LPGA. Il se justifie par conséquent de lui renvoyer la cause à cet effet, dans le sens des conclusions subsidiaires prises par le recourant.

**6. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, en tant qu'elle porte sur le droit à une rente d'invalidité pour un taux d'invalidité supérieur à 22% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 25%. La cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. à la charge de l'intimée. Ces

dépens couvrent une éventuelle indemnité d'assistance judiciaire, sur laquelle on peut donc renoncer à statuer plus précisément.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 14 janvier 2014 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle porte sur l'absence de droit à une rente pour un taux d'invalidité supérieur à 22% et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité supérieure à 25%. La cause est renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. La décision est confirmée pour le surplus.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à Z. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Xavier Oulevey (pour Z. \_\_\_\_\_),
- Me Olivier Derivaz (pour la CNA),
- 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 :