

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 décembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

W._____, à Cully, recourant, représenté par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 17, art. 23, art. 50, art. 53 LPGA; art. 24, art. 25 LAA; art. 36 al. 4 OLAA.

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assuré), né le 17 septembre 1944, ferblantier de profession, travaillait pour le compte de l'entreprise [...]. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 1^{er} juillet 2002, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il travaillait sur un chantier à Morges. Selon la déclaration d'accident LAA datée du 4 juillet suivant, il était occupé à poser des virevents en cuivre sur un toit lorsqu'une tuile sous son pied s'est cassée; il a alors été déséquilibré et a percuté son échelle avant de chuter au sol. Il a été hospitalisé le jour même.

Dans un rapport médical LAA du 25 juillet 2002, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne, a posé le diagnostic de fracture-tassement L1, ainsi que de fracture de l'extrémité distale du radius gauche. Il attestait une incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} juillet 2002 pour une durée probable de 3 mois. Le traitement a consisté dans le port d'un corset lombaire 3 points et d'un plâtre anté-brachial.

La CNA a pris en charge les suites de l'accident.

Le 7 juillet 2003, le Dr J._____, médecin-traitant de l'assuré, spécialiste en chirurgie orthopédique, a informé la CNA de l'évolution satisfaisante de l'état de santé de l'assuré compte tenu du type de lésion initiale subie. Il expliquait toutefois que la fracture de L1 avait modifié la statique du bas du dos et pouvait être à l'origine d'une décompensation d'une spondylolyse de L5 préexistant à l'accident, laquelle était restée jusque-là asymptomatique. Il attestait une capacité de travail résiduelle de 75% dans l'activité habituelle et suggérait des mesures thérapeutiques

sous la forme d'un séjour à la Clinique de réadaptation romande (ci-après : la CRR) ou d'une balnéothérapie.

Le 17 juillet 2003, l'assuré a été examiné par le Dr T._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport médical du même jour adressé au médecin traitant, le Dr T._____ indiquait que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était globalement favorable et ne justifiait pas une prise en charge à la CRR ni d'ailleurs un séjour en cure thermale. Il constatait la présence d'une hypercyphose dorsale ainsi que d'une lordose lombaire un peu effacée ; la mobilité était modérément limitée et il existait une certaine raideur du segment dorsal.

Le 28 juillet 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, en faisant état de lésions au niveau de la colonne vertébrale existant depuis le 1^{er} juillet 2002.

Dès le 19 septembre 2003, le médecin-traitant de l'assuré a attesté une incapacité de travail à 50% en raison de l'accentuation des douleurs lombaires. Il relevait que le type d'activité exercé par l'intéressé allait être problématique à l'avenir compte tenu des lésions subies.

Les douleurs de l'assuré s'étant encore aggravées, le médecin-traitant a organisé un consilium avec les Drs [...] et K._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique auprès de la Clinique [...] à Lausanne. Il est ressorti de ce consilium qu'il n'y avait pas de réponse thérapeutique indiscutable aux douleurs présentées par l'assuré. Il était dès lors préconisé de refaire un bilan détaillé avec IRM et radiographies, éventuellement une discographie D12-L1 et L1-L2, puis de définir une attitude thérapeutique, avec éventuellement une correction du trouble statique et une spondylodèse antérieure D12-L2. Ces spécialistes n'étaient toutefois pas certains que ces interventions règlent le problème des lombalgies basses (cf. protocole d'examen du Dr J._____ du 22 mars 2004).

Suite aux résultats du bilan radiologique auquel l'assuré a été soumis, le médecin-traitant a adressé à la CNA un rapport médical du 4 mai 2004 dans lequel il concluait que la décompensation douloureuse pouvait être attribuée pour l'essentiel à la modification de la statique induite par la fracture. Sur le plan thérapeutique, il relevait que le geste médical logique eût été la correction du trouble statique ; il s'agissait toutefois d'une chirurgie lourde et il n'était pas certain qu'elle permît de faire disparaître totalement ou partiellement les douleurs lombaires basses. Il préconisait dès lors d'agir dans un premier temps sur le poste de travail en réduisant la capacité de travail de l'assuré à 33% dès le 5 mai 2004.

Le 7 juin 2004, l'assuré a été examiné par le remplaçant du médecin d'arrondissement de la CNA qui a préconisé un séjour à la CRR afin de mettre en œuvre une rééducation physique et évaluer la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée.

L'assuré a séjourné à la CRR du 5 au 27 octobre 2004. Le rapport d'hospitalisation du 28 octobre suivant fait état d'une capacité de travail de 50% dans l'activité de ferblantier, avec la précision que la capacité de travail s'élevait à 20% pour les activités manuelles avec uniquement des ports de charges légères et à 60% pour les activités administratives.

A l'occasion d'un entretien du 10 janvier 2005 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a été avisé qu'en raison de sa situation personnelle une rente d'invalidité basée sur le rendement constaté à la CRR, limitée au 30 septembre 2007, pouvait lui être proposée en lieu et place d'une rente de moindre importance sur une plus longue durée. Dans son rapport d'entretien du même jour, l'inspecteur a noté que l'assuré était favorable à cette solution pour autant qu'il lui soit alloué deux séries de neuf séances de physiothérapie par année au moins jusqu'à la retraite. Il souhaitait également être examiné par le médecin d'arrondissement pour évaluer l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique (ci-après : l'IPAI) à laquelle il avait droit.

Le 6 avril 2005, l'assuré a donc été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport médical du même jour, le Dr T. _____ a rendu compte d'une nette aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son examen du 17 mars 2003 en termes de douleurs et d'incapacité de travail. Il constatait que le trouble statique était de moins en moins bien toléré par l'assuré. A l'examen clinique, il notait la présence d'une importante cyphose dorsale et d'un effacement de la lordose lombaire ; la musculature para-vertébrale était diffusément tendue, sensible à la palpation ; la mobilité rachidienne était assez limitée dans tous les plans et le segment dorsal très raide. La mobilité dans son ensemble était cependant relativement harmonieuse. Il n'y avait par ailleurs pas de signe d'atteinte radiculaire. Du point de vue thérapeutique, il estimait qu'une chirurgie de redressement était déraisonnable en raison de l'âge du patient. Sur le plan strictement médical un reclassement professionnel s'imposait car une capacité de travail entière restait envisageable dans une activité nettement plus légère qui autorisait les positions alternées. Il relevait toutefois que cette hypothèse n'entraînait pas en considération dans le cas de l'assuré compte tenu de sa situation - l'assuré souhaitait prendre une retraite anticipée -, motif pour lequel le cas devait être liquidé par voie transactionnelle. Pour fixer le taux de l'IPAI, le Dr T. _____ s'est fondé sur la table 7 « *atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale* » du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité physique selon la LAA. Il a retenu en particulier la présence de « *douleurs plus ou moins intenses, la nuit, et au repos, ne diminuant que lentement après aggravation, dans le cadre d'une fracture-tassement de L1 ayant consolidé avec une cyphose segmentaire de 20°* », ce qui l'a conduit à retenir un taux de 35%. Toutefois, en raison d'un état antérieur, sous la forme d'une spondylolyse L5 asymptomatique jusqu'à l'accident, il a évalué la part attribuable à l'accident à 50% et a fixé en conséquence le taux de l'IPAI à 17.5%.

A l'occasion d'un entretien du 25 avril 2005 avec un inspecteur de la CNA, il a été proposé à l'assuré la transaction suivante :

"Suite à l'examen effectué par le médecin d'arrondissement de la Suva, [je] renonce actuellement à une intervention chirurgicale. En dehors du traitement d'entretien en piscine, il n'y a donc plus de traitement médical.

J'ai pris note que la Suva m'allouera une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 17,5 % net.

Par ailleurs, une rente d'invalidité m'est due pour les suites adéquates de mon accident du 1^{er} juillet 2002.

Conventionnellement, j'accepte une rente d'invalidité de 60% limitée dans le temps à mes 63 ans révolus, soit dernier versement pour septembre 2007. Mon gain est de fr. 109675 en 2002 et 2003. Pour 2004, en raison des affaires, il a baissé à fr. 104320.-. C'est le même salaire que pour mon associé. Pour 2005, aucun changement. Enfin, la Suva reste responsable en cas d'aggravation des suites adéquates de mon accident du 1^{er} juillet 2002. Cas échéant, le taux de ma rente pourrait être revu à la hausse mais la prestation resterait limitée à 63 ans révolus. De même, une telle aggravation conduirait à une prise en charge du traitement médical nécessaire, cette garantie m'étant octroyée à vie.

Pour maintenir mon état de santé à un niveau acceptable, des exercices en piscine sont indispensables. La Suva, dans ce cadre, accepte l'octroi de 2 séries de 9 séances par année, sous réserve de réexamen de la situation.

Pour ce qui concerne mon corset, je sais que le médecin d'arrondissement attend encore l'avis du Dr J._____."

Le 17 mai 2005, un nouvel entretien en présence d'un inspecteur de la CNA ainsi que d'un conseiller en assurances de l'entreprise [...] a eu lieu. A cette occasion, le conseiller a posé plusieurs questions relatives à la transaction datée du 25 avril 2005 et obtenu les réponses y afférentes. Un délai de réflexion de 8 jours a été accordé à l'assuré pour signifier son accord à ladite transaction.

Le 20 mai 2005, la CNA a adressé un courrier à l'assuré l'informant qu'elle allait mettre fin au paiement de l'indemnité journalière et à la prise en charge des soins médicaux avec effet au 31 mai 2005. L'examen médical pratiqué par le médecin d'arrondissement avait en effet

révélé que l'assuré ne nécessitait plus de traitement médical spécifique. La CNA précisait qu'il allait être prochainement informé sur son droit à une rente d'invalidité et à l'IPAI.

Le 24 mai 2005, la CNA a reçu en retour la transaction du 25 avril 2005 dûment signée par l'assuré.

Par décision du 6 juin 2005 faisant suite à l'entretien du 25 avril 2005, la CNA a retenu ce qui suit:

« Conformément à l'accord intervenu, nous allouons, pour les séquelles de l'accident du 1.7.02, la rente d'invalidité suivante en vertu des articles 16, 7 et 8 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

Rente d'invalidité

				Gain annuel CHF 106800
Dès le	Incapacité de gain %	Rente mensuelle CHF	All. de rench. CHF	Total CHF
1.6.05	60	4272	60	4332
1.10.07	0	0	0	0

Le gain annuel ne peut dépasser le maximum légal valable pour les accidents de l'année 2002.

Indemnité pour atteinte à l'intégrité

Compte tenu de l'appréciation médicale, il résulte une atteinte à l'intégrité de 17.50 %. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se calcule comme suit :

Gain annuel CHF	Diminution de l'intégrité %	Indemnité pour atteinte à l'intégrité CHF
106800	17.50	18690

A droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité celui dont l'intégrité, c'est-à-dire l'intégralité corporelle ou mentale, a subi un déficit important et durable. L'appréciation se base sur les constatations médicales à l'issue du traitement. L'atteinte est considérée comme importante

lorsqu'elle est visible ou cause un grand handicap. Elle est réputée durable lorsqu'elle subsistera probablement toute la vie. Tel n'est pas le cas des douleurs passagères par exemple.

Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, selon les critères de l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) est fixé en fonction de la gravité de l'atteinte. Elle est la même pour tous les assurés, pour la même atteinte. Le calcul se base sur le montant maximal du gain assuré qui est en vigueur le jour de l'accident.

Notre décision est prise en application des articles 24 et 25 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents.

Décompte

Indemnité pour atteinte à l'intégrité	CHF 18690
Rente du 1.6.05 au 30.6.05	CHF
<u>4332</u>	
	CHF 23022
Compensation	
Avance	CHF =
<u>18690</u>	
Solde à verser	CHF 4332
[...]	

Voies de droit

La présente décision entrera en force, si, dans les 30 jours dès sa notification, elle n'est pas attaquée par voie d'opposition. Ce délai légal ne peut être prolongé.

Une opposition peut être formée par écrit ou lors d'un entretien personnel ; elle doit être motivée [...]."

Cette décision est entrée en force.

b) A compter du 16 janvier 2007, une incapacité de travail totale a été annoncée par le médecin-traitant de l'assuré.

L'assuré a été opéré le 6 mars 2007 par le Dr K. _____ de la Clinique [...]. L'intervention a consisté en une « *thoracotomie G, détachement du diaphragme G, vertébrorectomie de L1, résection radicale des disques D12-L1 et L1-L2, réalignement de la colonne vertébrale avec correction de la cyphose angulaire et stabilisation par cages à expansion*

(type Synex) entre D12 et L1, stabilisation antérieure par plaques vissées (type Téléfix) D12-L2, greffe d'os autologue » (cf. protocole opératoire du 6 mars 2007).

A l'occasion d'un entretien du 7 juin 2007 avec un inspecteur de la CNA, l'assuré a indiqué que l'opération s'était bien déroulée et que l'évolution, bien que marquée par des douleurs importantes au thorax, était favorable. L'inspecteur a consigné à la fin de son rapport d'entretien que *« pour la suite, M. W._____ sait que la rente sera stoppée en septembre 2007. C'est correct et il n'y revient pas. Il prend note que l'IJ [indemnité journalière], cas échéant, lui sera par contre versée au-delà de cette date et jusqu'à la stabilisation de son cas ».*

Un nouvel entretien avec l'inspecteur de la CNA s'est déroulé le 16 août 2007 au cours duquel il a été confirmé à l'assuré que la rente d'invalidité allait être supprimée à la fin du mois d'août 2007 mais que les indemnités journalières pour la rechute continueraient d'être versées.

Au mois d'août 2007, l'assuré a été examiné par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et spécialiste de la colonne vertébrale. Dans son rapport du 30 août 2007, ce spécialiste a rendu compte de l'évolution tout à fait favorable de l'état de santé de l'assuré consécutivement à l'intervention du 6 mars 2007 avec un meilleur contrôle de la composante douloureuse axiale. Il relevait toutefois l'apparition d'une allodynie au niveau du pli de l'aîne gauche pour laquelle il préconisait dans un premier temps l'adaptation du traitement médicamenteux, le cas échéant, une infiltration de la zone conflictuelle périphérique, ainsi que le recours à un TENS (stimulateur électrique transcutané).

Dans un rapport médical du 17 décembre 2007, le Dr K._____ a confirmé l'évolution favorable suite à l'intervention chirurgicale de mars 2007 avec une diminution progressive de la symptomatologie vertébrale localisée à l'origine à la jonction dorsolombaire. Il mentionnait toutefois une radiculopathie douloureuse

suivant probablement la racine D12 du côté gauche traitée par des infiltrations radiculaires pour laquelle il attestait une incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée.

Les infiltrations en question ont été pratiquées par le Dr V._____, spécialiste en anesthésiologie. Dans un rapport du 14 avril 2008, ce médecin retenait une probable pathologie touchant la racine L1 dans sa partie distale, extraforaminale à l'origine des douleurs de l'assuré. Il indiquait que le traitement par infiltration avait permis de soulager temporairement les douleurs mais qu'une intervention chirurgicale devait être discutée prochainement avec le Dr K._____.

Dans son rapport du 24 avril 2008, le Dr K._____ mentionnait la persistance de la radiculopathie invalidante sur le trajet L1 à gauche résistant au traitement médicamenteux. Il posait dès lors l'indication pour une révision chirurgicale avec décompression de la racine L1 à gauche.

L'intervention pratiquée par ce médecin le 6 mai 2008 a consisté en une foraminotomie décompressive de L1 et D 12 à gauche.

Dans son rapport médical du 29 septembre 2008, le Dr K._____ a retenu que la symptomatologie douloureuse, aussi bien à la jonction dorso-lombaire que la radiculopathie irradiant dans l'hémithorax gauche, s'était bien améliorée suite à l'intervention. L'activité physique avait pu être augmentée avec une diminution progressive des médicaments anti-douleur. Il attestait toujours une incapacité de travail entière en précisant que l'activité habituelle de l'assuré ne pouvait plus être exercée en raison de son état de santé.

Au mois de février 2009, le Dr K._____ a confirmé l'évolution assez favorable de l'état de santé de l'assuré. Le traitement alors en cours consistait en physiothérapie d'entretien et diminution progressive des médicaments.

Le 16 juin 2009, l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA qui a retenu le *statu quo*, voire une légère amélioration de la situation médicale de l'assuré par rapport à celle prévalant en 2005.

Au mois de novembre 2009, le Dr K. _____ a confirmé l'évolution stable depuis février 2009 aussi bien pour la symptomatologie douloureuse à la jonction dorso-lombaire que pour la radiculopathie irradiant dans l'hémithorax gauche qui semblait être d'intensité modérée assez bien soulagée par la prise d'une capsule de Tramal 100 Retard le matin. Il expliquait également que l'assuré avait été opéré d'un carcinome prostatique ayant nécessité l'ablation radicale de la prostate. Cette intervention avait entraîné des douleurs assez importantes au niveau de la paroi abdominale antérieure qu'il attribuait à un probable lâchage partiel de la cicatrice de laparotomie et non à l'accident de 2002 (cf. rapport médical du 27 novembre 2009).

L'assuré a été revu par le médecin d'arrondissement de la CNA le 3 février 2010. Au terme de son examen clinique, ce médecin a fait l'appréciation suivante :

"Actuellement, pour ce qui est du dos, le patient dit qu'il a vu ses douleurs diminuer lors d'un séjour récent aux Maldives. Elles se sont de nouveau aggravées avec le froid. Elles varient beaucoup d'un jour à l'autre. Parfois tolérables, il arrive qu'elles soient intenable.

Objectivement, la cyphose dorsale reste assez marquée, tandis que la lordose lombaire est plutôt effacée. Il n'y a pas de troubles statiques majeurs dans le plan frontal. La musculature para-vértébrale est bien développée, un peu indurée ou tout au moins charnue dans la région de l'intervention mais non douloureuse à la palpation. La mobilité est assez limitée dans tous les plans avec un segment dorsal très raide. La mobilisation s'effectue quand même harmonieusement. Le patient bouge tout d'une pièce lors des changements de position. La station assise prolongée est supportée sans gêne apparente.

A la suite de l'intervention du 6.3.07, le patient n'a pas pu poursuivre son activité professionnelle et c'est à juste titre que des indemnités journalières lui ont été versées dans le cadre de la présente rechute.

On comprend plus difficilement qu'elles aient été arrêtées au moment où il a pris sa retraite.

Le traitement touche maintenant à sa fin, même si des infiltrations ont été évoquées. Une spondylodèse L5-S1 ne semble plus d'actualité.

La situation ne paraît pas plus défavorable qu'en 2005, de sorte qu'il n'y a en principe pas de raison de réexaminer le droit à une rente d'invalidité.

On pourra donc clore le cas prochainement, sous réserves de la prise en charge d'un traitement antalgique assorti de consultations isolées.

En l'absence d'aggravation notable, une indemnité supplémentaire pour atteinte à l'intégrité n'est pas due."

Le 19 février 2010, l'assuré a eu un entretien avec l'inspecteur de la CNA à l'occasion duquel il a déclaré qu'il n'avait pas l'intention de revenir sur la convention passée *«même s'il perd[ait] beaucoup maintenant en raison des cotisations manquantes»*. Il a été convenu que la CNA allait encore lui verser des indemnités journalières jusqu'à la fin du mois d'avril 2010 pour tenir compte de la longue incapacité subie.

Par lettre du 26 février 2010, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait cesser le paiement de l'indemnité journalière et la prise en charge de soins médicaux avec effet au 30 avril 2010 au soir.

Le 12 mars 2010, l'assuré a écrit à la CNA pour lui signifier son désaccord sur le contenu de cette lettre. Il estimait que la transaction du 25 avril 2005 stipulait que la CNA restait responsable à vie en cas d'aggravation de l'atteinte à sa santé.

Par réponse du 16 mars suivant, la CNA a informé l'assuré qu'elle continuerait à prendre en charge le traitement antalgique ainsi que les consultations y relatives à long terme.

Le 26 mars 2010, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI) a transmis à la CNA un projet d'acceptation de rente daté du même jour prévoyant d'augmenter le trois-quarts de rente versé l'assuré à

une rente entière pour la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 septembre 2009 (âge de la retraite).

Invité par la CNA à se déterminer une nouvelle fois sur la situation médicale de l'assuré, le médecin d'arrondissement a expliqué que l'assuré avait subi une aggravation transitoire de son état de santé qui avait nécessité des interventions chirurgicales et justifié le paiement d'indemnités journalières de la part de la CNA. Les examens cliniques pratiqués les 16 juin 2009 et 3 février 2010 avaient toutefois permis de conclure au *statu quo*, voire à une légère amélioration par rapport à la situation médicale prévalant en 2005. Il rappelait également que le Dr K._____ avait indiqué que l'intéressé souffrait de douleurs assez importantes de l'abdomen qui n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident de 2002.

Par décision du 8 juillet 2010, la CNA a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assuré en raison d'une éventuelle aggravation de son état de santé au motif qu'elle avait convenu avec celui-ci du versement d'une rente limitée dans le temps, ce qu'elle avait ensuite confirmé par sa décision du 6 juin 2005 entrée en force. Elle relevait au demeurant l'absence d'aggravation notable de son état de santé.

Le 9 septembre 2010, l'assuré a formé opposition à cette décision.

Le 14 février 2011, l'assuré a complété son opposition et produit un rapport médical du Dr K._____ du 6 décembre 2010, rédigé à l'attention de son avocat. Ce médecin retenait en substance une aggravation de l'état de santé de l'assuré entre la situation médicale décrite dans les rapports médicaux de 2004 et 2005 et celle qu'il avait lui-même constatée en février 2007, époque à laquelle il avait examiné l'assuré. Il expliquait que les interventions chirurgicales pratiquées en 2007 et 2008 avaient certes amélioré dans l'ensemble la situation médicale de l'assuré, tant sur le plan des douleurs à la jonction dorsolombaire que des douleurs radiculaires en direction de la région

inguinale gauche, mais pas suffisamment pour lui permettre de reprendre son activité professionnelle habituelle. Le Dr K. _____ estimait que la capacité de travail dans l'activité de ferblanteur-couvreur était de 0%; dans une activité administrative (travail de type sédentaire au bureau), elle était de 30 à 40%. Sur question de l'avocat de l'assuré, il répondait que la symptomatologie douloureuse et la capacité de travail de l'intéressé s'étaient péjorées en 2009 par rapport à 2005, et que les douleurs de la paroi abdominale antérieure du côté gauche étaient à considérer comme une radiculopathie à point de départ de l'ancienne fracture de L1, comme cela avait été mis en évidence par les investigations du Dr V. _____ en 2007/2008, et non comme un lâchage partiel de la cicatrice de laparotomie.

Le 17 mai 2011, la CNA a rendu une décision sur opposition dans laquelle elle a refusé de reconsidérer ou de réviser sa décision du 6 juin 2005 entrée en force. Elle retenait en substance que cette décision se fondait sur la transaction établie le 25 avril 2005 qui limitait dans le temps la rente d'invalidité octroyée à l'assuré en raison des suites de l'accident du 1^{er} juillet 2002, et ce même en cas d'aggravation. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique, elle a rappelé qu'une révision n'entraîne en considération qu'en cas d'aggravation importante et imprévisible de l'atteinte, ce qui n'était manifestement pas le cas en l'espèce selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement.

B. Par acte du 17 juin 2011, W. _____ par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité de 40% lui est reconnu à compter du 1^{er} mai 2010, ainsi qu'à une IPAI complémentaire d'un montant fixé à dire de justice, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. En substance, il fait valoir que la décision du 6 juin 2005 entrée en force ne prévoit pas de clause limitant dans le temps le droit à une rente d'invalidité en cas d'aggravation de l'atteinte puisqu'elle ne reprend pas sur ce point la clause figurant dans la transaction datée du 25 avril 2005 et qu'elle se réfère au surplus à un

accord du 29 avril 2005 qui ne figure pas au dossier. Pour ces motifs, le recourant estime que la CNA ne peut pas lui opposer de clause limitant le droit à une rente d'invalidité en cas d'aggravation de l'atteinte. Il soutient au surplus que même dans l'hypothèse où cette clause litigieuse était valable, il pourrait librement la révoquer puisqu'elle constitue une renonciation à des prestations dues et qu'elle serait au demeurant nulle car préjudiciable aux intérêts d'autres institutions d'assurance. Sur le fond, le recourant fait valoir que l'aggravation de l'atteinte à sa santé résultant de l'accident à charge de la CNA a été démontrée de façon convaincante par les différents rapports médicaux du Dr K._____.

Dans sa réponse du 12 octobre 2011, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. Elle fait valoir que la décision du 6 juin 2005 entérinant la transaction du 25 avril 2005 exclut tout droit à une rente d'invalidité, y compris en cas d'aggravation, à compter du 1^{er} octobre 2007 pour les séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2002. Cette décision entrée en force ne peut plus être contestée par le recourant. Elle relève par ailleurs qu'elle a refusé d'entrer en matière sur la demande de reconsidération du recourant et que la voie du recours n'est pas ouverte contre une telle décision. Sur le fond, elle fait valoir que le recourant ne démontre pas l'existence d'une aggravation de l'atteinte à sa santé. A l'appui de sa réponse, l'intimée produit un rapport médical du 26 septembre 2011 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès du Centre de compétence de la CNA. Ce médecin retient en substance que sur le plan médical objectif, l'état de santé de l'assuré s'est nettement amélioré par rapport à celui prévalant en 2005. Il expose que le site de la fracture initiale ne constitue plus une source de douleurs comme précédemment puisque la déformation vertébrale a été largement corrigée par le biais de l'intervention chirurgicale de mars 2007 et que la mobilité anormale et douloureuse des deux segments intervertébraux adjacents à la fracture a été éliminée. Il relève que l'examen clinique pratiqué par le Dr T._____ le 3 février 2010 a révélé un tableau largement semblable à celui observé lors de l'examen du 6 avril 2005, avec des constatations analogues, à l'exception de la très nette cyphose mise en évidence en 2005 qui a été corrigée par l'intervention chirurgicale

de 2007. Il estime par ailleurs que le Dr K._____ est moins bien placé que le médecin d'arrondissement de la CNA pour évaluer une éventuelle aggravation de l'atteinte entre 2005 et 2009 puisque ce médecin n'avait pas examiné l'intéressé avant 2007, contrairement au Dr T._____. S'agissant des douleurs de la paroi abdominale apparues postérieurement à la laparotomie, le Dr S._____ les attribue principalement à des problèmes cicatriciels consécutifs à cette intervention (déhiscence ou hernie cicatricielle).

Le recourant s'est déterminé sur la réponse et le contenu du rapport médical du Dr S._____ dans sa réplique du 23 mai 2012. Il requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Il fait valoir que l'appréciation médicale du Dr S._____ n'est pas convaincante dans la mesure où il retiendrait à tort que le Dr K._____ est moins bien placé que le médecin d'arrondissement de la CNA pour évaluer une éventuelle aggravation de son état de santé entre 2005 et 2009. Aux dires du recourant, le Dr K._____ le suivrait depuis 2004 et serait dès lors pleinement à même de se prononcer sur l'aggravation de son état de santé entre 2005 et 2009. Pour le surplus, le recourant confirme sa position.

Par duplique du 14 juin 2012, l'intimée conclut au rejet de la requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Elle fait valoir que le rapport médical du Dr S._____ remplit les critères de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. S'agissant plus particulièrement de la critique formulée par le recourant sur le rapport du Dr S._____, elle relève que le Dr S._____ n'a examiné l'intéressé qu'une seule fois en 2004 alors que son état de santé n'était pas stabilisé.

C. Le dossier AI a été produit et les parties invitées à le consulter et déposer leurs déterminations éventuelles le concernant. Il comprend en particulier les pièces suivantes :

- un rapport médical du Dr J. _____ du 11 mai 2004 qui constate que le métier de ferblantier est contre-indiqué vu la pathologie présentée par l'assuré ;
- une décision de l'Office AI du 17 janvier 2006 qui reconnaît le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2003 fondé sur un degré d'invalidité de 50%, puis à un trois-quarts de rente fondé sur un degré d'invalidité de 66%, dès le 1^{er} mars 2005 sur un degré d'invalidité de 60% ;
- un rapport médical du Dr K. _____ du 12 octobre 2010 adressé à l'Office AI dans lequel ce médecin rappelle qu'il suit l'assuré depuis le 8 février 2007;
- une décision de l'Office AI du 10 août 2010 reconnaissant le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2007.

Le 20 août 2012, l'intimée a indiqué que le dossier AI n'apportait pas d'élément nouveau et qu'elle concluait à nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans ses déterminations du 23 août 2012, le recourant fait valoir que l'Office AI a reconnu une aggravation de son état de santé conduisant à un degré d'invalidité de 100% dès le 16 janvier 2007. Il se réfère à une note interne du 30 octobre 2009 de l'Office AI qui mentionne que l'aggravation découle exclusivement des problèmes dorsaux. Il maintient dès lors intégralement ses conclusions.

Par écriture du 17 septembre 2012, l'intimée déclare n'avoir pas d'observations particulières à formuler sur les déterminations du recourant.

E n d r o i t :

1. 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 (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 (art. 56 ss LPGA). En l'espèce, formé le 17 juin 2011 contre la décision sur opposition du 17 mai 2011, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Pour le surplus, répondant aux prescriptions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur les questions de l'octroi d'une rente d'invalidité de 40% au recourant à compter du 1^{er} mai 2010, ainsi que de l'octroi d'une IPAI complémentaire en raison d'une aggravation de l'atteinte à sa santé, singulièrement sur la portée juridique de la décision rendue le 6 juin 2005.

3. Dans la décision attaquée, l'intimée a en premier lieu refusé d'entrer en matière sur une éventuelle reconsidération de sa décision du 6 juin 2005 entrée en force.

a) Il est constant que l'administration peut reconsidérer une décision passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1). Une décision par laquelle l'administration confirme une transaction peut également être sujette à reconsidération (SVR 2006 UV n° 17 p. 60, U 378/05 consid. 4.5). L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peut l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc; 117 V 8 consid. 2a; arrêt 8C_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., no 44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

b) En l'occurrence, l'intimée a refusé d'entrer en matière sur une éventuelle demande de reconsidération de sa décision du 6 juin 2005 entrée en force, de sorte que la cour de céans ne peut pas examiner cette question.

4. Dans un premier grief, le recourant conteste la validité de la décision de la CNA du 6 juin 2005 entrée en force qui a formalisé la transaction datée du 25 avril 2005.

a) L'art. 50 LPGA prévoit que les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (al. 2). Les al. 1 et 2 s'appliquent par analogie à la procédure d'opposition ainsi qu'à la procédure de recours (al. 3). Bien qu'elle doive être confirmée par voie de décision, la transaction dans la procédure administrative prévue par l'art. 50 LPGA repose sur une base contractuelle (Barbara Kupfer Bucher, *Das nichtstreitige Verwaltungsverfahren nach dem ATSG und seine Auswirkungen auf das AVIG*, thèse Fribourg 2006, p. 200). Il s'agit d'un contrat sui generis par lequel les parties mettent fin par des concessions réciproques à un litige ou à une incertitude dans laquelle elles se trouvent au sujet d'un rapport de droit (ATF 130 III 49 consid 1.2 et la jurisprudence citée). La transaction peut être totale (c'est-à-dire porter sur toutes les prétentions litigieuses) ou partielle (laissant subsister certains points indécis). En ce qui concerne l'incertitude, elle peut porter sur des points de droit ou de fait (cf. Pierre Tercier/Pascal G. Favre, *Les contrats spéciaux*, 4^{ème} éd. 2009, n. 8103 ss).

b) En l'espèce, le recourant n'a pas fait opposition à la décision du 6 juin 2005, laquelle a donc acquis la force matérielle et formelle de chose décidée. Les critiques qu'il émet aujourd'hui à l'égard de cette décision, en particulier la motivation insuffisante de cette décision (ATF 135 V 64 consid. 2.4), sont dès lors irrecevables.

Les griefs du recourant n'apparaissent au demeurant pas fondés dans la mesure où la décision susmentionnée a valablement formalisé la transaction établie le 25 avril 2005 par les parties conformément à l'art. 50 al. 2 LPGA. Le recourant a en outre pleinement compris la portée de la transaction intégrée à la décision du 6 juin 2005, dont il a confirmé la teneur à l'occasion de plusieurs entretiens avec un inspecteur de la CNA (cf. procès-verbaux d'entretien des 10 janvier et 17 mai 2005, ainsi que des 7 juin et 16 août 2007). Lors de l'entretien du 17 mai 2005, le recourant était du reste assisté du conseiller en assurance de l'entreprise [...] qui a posé plusieurs questions à l'inspecteur sur le contenu de cette transaction. Le recourant était donc clairement au fait de la portée de cette transaction. A l'issue de l'entretien, le recourant a encore bénéficié d'un délai de réflexion de 8 jours à l'échéance duquel il a dûment renvoyé la transaction signée. On constate que celle-ci est parvenue à la caisse le 24 mai 2005 et qu'elle a été suivie quelques jours plus tard, soit le 6 juin 2005, de la notification au recourant de la décision. Il est manifeste que cette décision se référait à la transaction et donc à l'entretien du 25 avril 2005 et non à un entretien du 29 avril 2005 comme mentionné par erreur sur la décision du 6 juin 2005. Cette erreur ne remet nullement en cause la validité de la décision. Sur le plan matériel, la décision prévoit le versement d'une rente d'invalidité temporaire pour les séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2002, limitée à la période du 1^{er} juin 2005 au 30 septembre 2007. Bien qu'elle ne précise pas que la rente reste limitée en cas d'aggravation des séquelles de l'accident précité, cela ressort sans conteste de la transaction que le recourant a signée. Dès lors, conformément au principe de la confiance et au vu de l'ensemble des circonstances, le recourant pouvait et devait comprendre que la rente d'invalidité était limitée dans le temps même en cas d'aggravation de l'atteinte. Par ailleurs, le recourant se trompe lorsqu'il soutient qu'une clause par laquelle les parties prévoient le versement temporaire d'une rente d'invalidité en cas d'aggravation ultérieure de l'atteinte ne peut être valablement constituée par transaction. En effet, selon une jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral, l'assuré peut renoncer aux droits dont il se sait titulaire ou dont il envisage l'acquisition au moins comme une possibilité (ATF 100 II 42 consid. 1 ; 102 II consid. 3f, 68 II 189), ce qui est

le cas d'une éventuelle aggravation des séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2002. Les griefs du recourant concernant la décision du 6 juin 2005 ayant formalisé la transaction du 25 avril 2005 sont donc mal fondés.

Au demeurant, dans l'hypothèse même où on admettait que la clause limitant dans le temps le droit à la rente ne s'applique pas en cas d'aggravation de l'atteinte, force est de constater, comme on le verra dans les considérants qui suivent, que l'état de santé du recourant ne s'est pas modifié dans une mesure telle qu'elle justifie la révision de la décision du 6 juin 2005 (cf. infra, consid. 7).

5. Dans un second grief, le recourant soutient que l'acceptation d'une rente d'invalidité temporaire constitue une renonciation sujette à révocation.

a) LA LPGA règle à son art. 23 la renonciation à des prestations d'assurance. C'est ainsi que l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues; la renonciation peut être en tout temps révoquée pour l'avenir; la renonciation et la révocation font l'objet d'une décision écrite (al. 1). La renonciation et la révocation sont nulles lorsqu'elles sont préjudiciables aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elles tendent à éluder des dispositions légales (al. 2). L'assureur confirme par écrit à l'ayant droit la renonciation et la révocation; l'objet, l'étendue et les suites de la renonciation et de la révocation doivent être mentionnés dans la confirmation (al. 3). Une renonciation suppose, par définition, que l'assuré ait un droit indubitable à des prestations, comme le précise l'art. 23 al. 1 LPGA (« *l'ayant droit peut renoncer à des prestations qui lui sont dues* »). Elle peut porter sur une prestation en particulier, par exemple une rente, ou l'ensemble des prestations d'une branche de l'assurance sociale, par ex. des prestations de l'assurance-accidents (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n. 5 ad art. 23).

Une transaction contient souvent une déclaration par laquelle une partie affirme renoncer à des prestations. C'est alors affaire

d'interprétation que de savoir si cette renonciation est l'expression de concessions réciproques, autrement dit si elle est un élément intrinsèque à la transaction, soit une condition qui rendait possible celle-ci, ou s'il s'agit d'une renonciation à des prestations qui ne font pas l'objet de la transaction et qui peut donc être sujette à révocation (TF 8C_495/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.1.3)

b) En l'occurrence, au moment où la transaction du 25 avril 2005 a été ratifiée par le recourant, son degré d'incapacité de travail résultant des séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2002 n'était pas clairement établi. Le médecin d'arrondissement de la CNA avait en effet retenu que l'assuré ne pouvait plus exercer son activité habituelle mais que sur le plan strictement médical, un reclassement professionnel restait exigible à 100% dans une activité nettement plus légère que celle habituellement exercée. Il avait toutefois relevé que le cas pouvait être réglé par voie transactionnelle car l'assuré souhaitait alors prendre une retraite anticipée (cf. rapport médical du Dr T. _____ du 6 avril 2005). Les médecins de la CRR avaient de leur côté retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité de ferblantier mais ne s'étaient pas prononcés sur une autre activité plus adaptée (cf. rapport de fin de séjour de la CRR du 28 octobre 2004). Quant au médecin-traitant de l'assuré, il avait retenu une incapacité de travail de 60% dans l'activité habituelle (cf. rapport médical du Dr J. _____ du 10 février 2005). L'intimée a alors offert à l'assuré de lui servir une rente d'invalidité fondée sur la capacité de travail attestée par son médecin-traitant dans son activité de ferblantier sans investiguer sa capacité de travail dans une activité adaptée. La transaction conclue entre les parties est donc le fruit de concessions réciproques de la part de l'assureur qui a renoncé à faire valoir un reclassement dans une activité adaptée à un taux de 100%, et de l'assuré qui a accepté que la rente soit limitée dans le temps. Le recourant n'a donc pas renoncé à des prestations qui lui étaient indubitablement dues et ne peut dès lors pas révoquer la transaction conclue avec la CNA.

6. Le recourant se prévaut ensuite d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA de la décision du 6 juin 2005. L'autorité intimée a de son côté examiné le droit du recourant sous l'angle de la révision procédurale uniquement, considérant que le droit à révision au sens de l'art. 17 LPGA avait été valablement exclu par décision du 6 juin 2005.

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence ("unechte Noven"). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal ou

l'assureur, en cas de révision d'une décision administrative (ATF 127 V 353 consid. 5b; TF 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, l'intimée a nié l'existence de faits nouveaux susceptibles d'ouvrir le droit à une révision procédurale de la décision du 6 juin 2005 ("unechte Noven"), ce qui ne fait à juste titre pas l'objet de contestation de la part du recourant dans la mesure où il se prévaut de faits nouveaux survenus dès octobre 2007, soit postérieurement à la décision du 6 juin 2005 ("echte Noven").

7. Bien que la transaction conclue entre les parties ait valablement exclu le droit à la rente en cas d'aggravation de l'atteinte (cf. supra, consid. 4), on examinera par souci d'exhaustivité si l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 1^{er} juillet 2002 s'est aggravée dans une mesure telle qu'elle justifie la révision de la décision du 6 juin 2005.

a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545, 130 V 349 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la

décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006, consid. 2.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

b) A titre liminaire, on relèvera que l'intimée ne conteste pas que l'état de santé de l'assuré se soit temporairement aggravé à compter du mois de janvier 2007, date dès laquelle elle a en effet versé des indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100%. Elle a cessé le versement des indemnités dès le 1^{er} mai 2010 suite à l'examen médical pratiqué par le médecin d'arrondissement le 3 février 2010 qui retenait à cette date *le statu quo* voire une légère amélioration de l'atteinte en comparaison avec celle préexistant en 2005 (cf. rapport médical du Dr T. _____ du 3 février 2010).

Sur le plan médical, le recourant a subi entre 2005 et 2010 deux interventions chirurgicales relatives aux séquelles de l'accident précité. La première en mars 2007 a consisté en une thoracotomie gauche avec détachement du diaphragme gauche suivie d'une vertébrotomie L1

et d'une ablation totale des disques intervertébraux en D12/L1 et L1-L2, d'un réalignement de la colonne vertébrale avec correction de la cyphose angulaire, de la stabilisation de la colonne vertébrale par la mise en place d'une cage à expansion (type Synex) entre D12 et L1, de la stabilisation antérieure par plaques vissées (type Téléfix) D12-L2, ainsi que d'une greffe osseuse autologue pour garantir la stabilité antérieure du rachis. Le Dr K._____ qui a pratiqué cette intervention a fait état d'une évolution favorable avec une diminution progressive de la symptomatologie vertébrale localisée à l'origine à la jonction dorsolombaire (cf. son rapport médical du 17 décembre 2007). Cette évolution favorable a également été constatée au mois d'août 2007 par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, spécialiste de la colonne vertébrale, qui retenait un meilleur contrôle de la composante douloureuse axiale (cf. son rapport médical du 30 août 2007). Le médecin d'arrondissement a pour sa part examiné le recourant les 16 juin 2009 et 3 février 2010. Il a constaté un tableau clinique largement semblable à celui qu'il avait établi lors de son examen du 6 avril 2005, à l'exception de la très nette cyphose qui avait été largement corrigée par l'intervention du 6 mars 2007. S'appuyant sur les constatations de l'ensemble de ces spécialistes, le Dr Q._____ en a conclu que le site de la fracture initiale ne constituait plus une source de douleurs comme précédemment puisque la déformation vertébrale avait été largement corrigée par le biais d'une intervention chirurgicale en 2007 et que la mobilité anormale et douloureuse des deux segments intervertébraux adjacents à la fracture avait été éliminée. Il n'y a pas lieu de mettre en doute les conclusions du Dr S._____, confirmées par les examens cliniques du médecin d'arrondissement et par les rapports concordants des médecins-traitants, qui attestent tous une évolution favorable suite à l'intervention du 6 mars 2007.

Postérieurement à l'intervention du 6 mars 2007, le recourant a fait état de douleurs localisées au niveau lombaire inférieur suivant le pli de l'aîne d'une part, et le versant externe de la cuisse gauche d'autre part. Le Dr C._____, qui a examiné le recourant au mois d'août 2007, a décrit des douleurs provoquées à la suite d'une stimulation d'origine non traumatique (allodynie). Dans son rapport du 17 décembre 2007, le Dr

K._____ a posé le diagnostic de radiculopathie douloureuse suivant probablement la racine D12 du côté gauche. Le recourant a dans un premier temps été traité par des infiltrations pratiquées par le Dr V._____. Dans son rapport du 14 avril 2008, ce médecin a posé quant à lui le diagnostic de probable pathologie touchant la racine L1 dans sa partie distale, extraforaminale à l'origine de ces douleurs. Le recourant a subi une deuxième intervention pratiquée par le Dr K._____ en mai 2008 qui a consisté en une foraminotomie décompressive de L1 et D12. Dans son rapport du 26 septembre 2011, le Dr S._____ a expliqué que cette intervention avait permis de libérer complètement la racine L1 au niveau de son trou de conjugaison et d'élargir le trou de conjugaison de la racine D12. Dans son rapport du 28 septembre 2008, le Dr K._____ a rendu compte d'une amélioration favorable de la radiculopathie suite à l'intervention de mai 2008. Il a confirmé cette évolution favorable dans ses rapports de février et novembre 2009. Or, dans son rapport du 6 décembre 2010, le médecin-traitant considère en dépit de ces éléments que l'état de santé de l'assuré s'est péjoré entre 2005 et 2009. Son appréciation est essentiellement fondée sur une comparaison entre les plaintes émises par le recourant en 2009 et celles consignées dans les rapports médicaux datant de 2004 et 2005. Il ne fait cependant pas état d'élément médical objectif qui expliquerait l'aggravation de la symptomatologie du recourant. Bien au contraire puisque les deux interventions qu'il a pratiquées en 2007 et 2008 et dont il a attesté à plusieurs reprises l'évolution favorable ont permis d'améliorer l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 1^{er} juillet 2002 (cf. rapports médicaux du Dr T._____ des 16 juin 2009 et 3 février 2010 et du Dr S._____ du 26 septembre 2011).

Le Dr K._____ a également rendu compte de douleurs situées au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche. Selon son rapport médical du 27 novembre 2009, le recourant a été opéré d'un carcinome prostatique ayant nécessité l'ablation radicale de la prostate durant l'été 2009. Cette intervention a entraîné des douleurs assez importantes au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche qu'il attribuait alors à un probable lâchage partiel de la cicatrice de la

laparotomie et non à l'accident de 2002. A cet égard, le médecin d'arrondissement n'a fait que reprendre l'avis exprimé alors par le médecin-traitant (cf. rapport médical du Dr T._____ du 3 février 2010). Le Dr S._____ a posé un diagnostic identique (cf. rapport médical du 26 septembre 2011). Or, dans son rapport du 6 décembre 2010, le Dr K._____ a modifié son appréciation en attribuant dorénavant ces douleurs à l'ancienne fracture de L1 en se référant au rapport du Dr V._____ du 24 avril 2008. Son nouvel avis ne convainc toutefois pas. En effet, en novembre 2009, lorsqu'il a exclu que ces douleurs aient été causées par l'accident du 1^{er} juillet 2002, le Dr K._____ avait déjà pris connaissance du rapport médical du Dr V._____ d'avril 2008 de sorte que l'on peine à comprendre les raisons qui l'ont conduit à modifier son appréciation. Ce d'autant plus qu'il évoquait des douleurs apparues postérieurement à l'ablation de la prostate en été 2009, soit à une symptomatologie qui n'était pas présente lors de l'examen du Dr V._____ d'avril 2008. Pour ces raisons, on ne saurait suivre l'avis exprimé par le Dr K._____ selon lequel les douleurs au niveau de la paroi abdominale antérieure gauche sont dues aux séquelles de l'accident du 1^{er} juillet 2002. Il faut bien plutôt retenir à l'instar du Dr S._____ que ces douleurs apparues après l'ablation de la prostate sont dues au lâchage partiel de la cicatrice de la laparotomie.

Sous l'angle de la capacité de travail, le Dr K._____ atteste dans son rapport du 6 décembre 2010 une capacité de travail nulle dans l'activité de ferblantier-couvreur et de 30 à 40% dans une activité adaptée. Comparée au taux retenu par les médecins de la CRR en 2004 qui faisaient alors état d'une capacité de travail de 50% dans l'activité de ferblantier, il estime que l'état de santé du recourant s'est aggravé. Les médecins de la CRR se sont toutefois prononcés sur la seule base de l'activité alors exercée par le recourant mais non dans une autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. rapport du 28 octobre 2004 p. 3). Dans son rapport du 6 avril 2005, le médecin d'arrondissement estimait pourtant que dans une activité nettement plus légère une capacité de travail entière restait envisageable. Cette question n'a cependant pas été investiguée plus en avant en raison de la transaction

conclue entre le recourant et l'intimée qui se sont entendus pour reconnaître un degré d'invalidité de 60% dans l'activité habituelle. Il est vrai qu'il subsiste un désaccord entre le médecin de la CNA qui retenait en 2005 une capacité entière dans une activité légère adaptée et le Dr K._____ qui estime qu'en 2009 elle est de 30 à 40% dans une activité sédentaire. On peut s'interroger sur la pertinence de la comparaison de la capacité de travail de l'assuré entre 2005, époque à laquelle le recourant était encore actif et 2009, année durant laquelle il a atteint l'âge légal de la retraite. En tout état de cause, le Dr K._____ ne fait nullement état de limitations fonctionnelles différentes ou supérieures à celles mentionnées par le Dr T._____ en 2005 lorsqu'il a retenu une capacité de travail résiduelle entière dans une activité adaptée de sorte que l'on s'en tiendra à cet égard à l'appréciation du médecin d'arrondissement.

Le recourant reproche encore au Dr S._____ d'avoir retenu l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement au détriment de celle de son médecin-traitant. Il affirme que le Dr K._____ le suit depuis 2004 et qu'il est dès lors mieux placé pour témoigner de l'évolution de l'atteinte à sa santé. Or, il ressort clairement du dossier médical que le Dr K._____ n'a rencontré l'intéressé qu'à une seule reprise au cours de l'année 2004 lors du consilium qui s'est déroulé avec le médecin-traitant J._____ et le Dr [...] et alors que son état de santé n'était pas stabilisé. Dans son rapport du 12 octobre 2010 adressé à l'Office AI, le Dr K._____ a confirmé qu'il suivait le recourant depuis février 2007. On ne peut dès lors pas reprocher au Dr S._____ d'avoir retenu que le médecin d'arrondissement qui a examiné le recourant en avril 2005 et juin 2009/février 2010 était le mieux à même pour comparer l'évolution de l'atteinte du recourant entre ces dates.

Au vu de ces éléments, il faut donc considérer que la situation médicale du recourant a été clairement établie par les rapports du médecin d'arrondissement des 16 juin 2009 et 3 février 2010 et du Dr S._____ du 26 septembre 2011, et que le rapport médical du 6 décembre 2010 du médecin-traitant ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs contredisant les conclusions de ces médecins, de sorte qu'il y a

lieu de retenir que l'atteinte à la santé du recourant résultant de l'accident du 1^{er} juillet 2002 n'a pas subi d'aggravation notable durable.

Quant à la décision de l'Office AI du 10 août 2010 d'octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2007, elle n'est pas déterminante dans la mesure où elle concerne uniquement la période de juillet 2007 à septembre 2009 (date de la suppression de la rente AI du fait de la retraite du recourant), période durant laquelle l'intimée a admis une aggravation temporaire de l'état de santé du recourant, pour laquelle elle a versé des indemnités journalières sur la base d'une incapacité de travail de 100%.

c) Le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est bien documenté et qu'il n'existe pas de doutes sérieux quant à une éventuelle péjoration de l'état de santé du recourant, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999 p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence).

8. Reste à examiner le droit du recourant à une révision du taux de l'IPAI fixé par décision du 6 juin 2005.

a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, 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, sous forme de prestation en capital (art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202) 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 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb 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). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables, émanant de l'administration, ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (cf. ATF 124 V 29 consid. 1c, 209 consid. 4a/cc; ATF 116 V 156 consid. 3a).

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. L'alinéa 4 de cette disposition prévoit qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (cf. RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b et la référence).

b) Par souci d'économie de procédure, l'intimée a à juste titre traité la demande d'une IPAI complémentaire dans sa décision du 17 mai 2011. Le taux de l'IPAI a initialement été fixé à 17.5%. L'intimée s'est fondée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement du 6 avril 2005 qui retenait en substance des « *douleurs plus ou moins intenses, la nuit, et au repos, ne diminuant que lentement après aggravation, dans le cadre d'une fracture-tassement de L1 ayant consolidé avec une cyphose segmentaire de 20°* ». Dans son rapport médical 3 février 2010, ce médecin a estimé que l'atteinte à la santé ne s'était pas aggravée voire qu'elle s'était légèrement améliorée suite aux interventions pratiquées par le Dr K._____ en 2007 et 2008 ; il en a conclu qu'une IPAI complémentaire

n'était pas due. Le recourant ne fait pas état d'élément objectif démontrant une éventuelle aggravation de l'atteinte à son intégrité physique depuis 2005 ; bien au contraire, il résulte des interventions de 2007 et 2008 une légère amélioration de son atteinte, notamment avec la correction de la cyphose. Pour le reste, il est renvoyé au considérant 7 précédent. Le recourant n'a donc pas droit à un montant supplémentaire à celui alloué par décision du 6 juin 2005 à titre d'IPAI.

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 17 mai 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas 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 Q._____ (pour W._____)
- 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 :