

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Métral, juge, et Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représenté par Me Alexandre Guyat, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 16 LPGA ; art. 18, 21, 24, 25, 28 et 36 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], sans formation professionnelle, travaillait en tant que personnel d'entretien à un taux de 33 % depuis le 2 janvier 2017 pour le compte de B._____ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Aux termes d'une déclaration de sinistre du 11 décembre 2017, l'employeur précité a annoncé à la CNA que l'assurée avait été renversée par une voiture, le 15 novembre 2017, alors qu'elle traversait la rue et qu'elle s'était fracturé les vertèbres thoraciques.

L'assurée a séjourné du 15 novembre au 4 décembre 2017 dans le service d'orthopédie et de traumatologie de M._____, où elle a subi, le 30 novembre 2017, une cyphoplastie de la vertèbre L2 et des vertébroplasties prophylactiques L1 et L3. Dans leur rapport du 21 décembre 2017, les Drs P._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et J._____, médecin assistant, ont posé le diagnostic de fracture tassement du plateau supérieur L2 avec perte de hauteur de moins de 25 % et ont notamment constaté une discopathie dégénérative modérée à sévère en L5-S1 et modérée en D11 à L2. Une incapacité de travail totale a été attestée du 15 novembre au 31 décembre 2017 avec une reprise totale prévue le 1^{er} janvier 2018.

A la demande de l'assurée, le Dr P._____ a prolongé le certificat d'incapacité de travail totale du 31 janvier 2018 jusqu'au 27 février 2018. Ce médecin a écrit le 30 janvier 2018 au Dr R._____, médecin traitant de l'assurée, que la patiente continuait à souffrir de douleurs au niveau du flanc droit, mais que la radiographie effectuée le jour même montrait un status après cyphoplastie L2 avec vertébroplastie prophylactique L1 et L3 sans particularité, sans extravasation de moyen de contraste à l'exception d'un remplissage d'une veine sur le versant

antérieur de la vertèbre L3. Il a ajouté que la situation après chirurgie mini-invasive stabilisante de la colonne lombaire proximale lui semblait être très correcte et qu'il ne pouvait pas imaginer que ceci eut un rapport avec la douleur résiduelle qui, elle, était située dans le dermatome D8 ou D9. Il a exposé qu'il était théoriquement pensable qu'une pathologie costale soit présente sans origine traumatique, mais que la patiente avait dit clairement que la symptomatologie avait commencé avec l'accident. Il a indiqué qu'il avait l'impression que le fait qu'il s'agissait d'un cas de responsabilité civile influençait le degré de la souffrance et que le mari de l'assurée avait répété pendant la consultation au moins cinq fois que la symptomatologie avait débuté avec l'accident. Il avait demandé une IRM pour évaluer la région D7 à D12 en vue d'une éventuelle symptomatologie radiculaire, notamment.

La Dre D._____, médecin assistante à M._____, a indiqué dans un rapport du 19 février 2018 que l'évolution et le pronostic étaient bons et que le traitement en cours consistait en la prise d'antalgiques et un suivi médical prévus pour une durée de six mois. Elle a mentionné une reprise du travail à 100% depuis le 1^{er} janvier 2018.

Dans un rapport du 27 février 2018 au médecin traitant de l'assurée, le Dr P._____ a notamment constaté ce qui suit :

« La patiente continue à avoir mal au niveau de son hémithorax droit de manière inchangée. Elle me dit que la douleur est inchangée depuis l'accident avant et post-op de la cyphoplastie.

L'IRM est à disposition ; ne montre pas vraiment de compression neurologique, il est vrai que la partie haute de la vertèbre L2 se présente avec un recul vers le canal médullaire ceci sans neuro-compression. Mais ceci produirait une symptomatologie douloureuse au niveau du pli de l'aîne et non pas au niveau de l'hémithorax. La patiente n'a pas mal au pli de l'aîne. L'IRM met aussi en évidence des fractures en évoquant les niveaux de D11 et D10 dont la fracture D10 semble être récente avec un œdème osseux. Le niveau D10 se manifesterait plutôt dans la région péri-ombilicale. Au vu du fait que la racine D9 sort en haut de la vertèbre D10 on ne pourrait s'imaginer une radiculopathie D9, qui se manifesterait en bas de l'hémithorax droit. Il ne semble pas très logique pourquoi une fracture peu déplacée (D10) entraînerait une douleur invalidante en présence d'une fracture beaucoup déplacée (L2) et surtout pourquoi la douleur semble persister malgré la stabilisation de manière inchangée.

[...]

En ce moment-là je ne suis pas capable d'identifier la source de la douleur. On va voir si le CT-thoracique peut nous aider. Le fait qu'il semble y avoir des fractures de la colonne vertébrale de périodes différentes évoque la suspicion d'une faiblesse des structures osseuses (ostéoporose) qui pourrait éventuellement se surajouter au traumatisme. Une densitométrie osseuse - le Dr. N. _____ est d'accord avec moi - ne va probablement pas vraiment régler notre problème parce qu'on pourra établir voir exclure une ostéoporose au niveau du poignet et au niveau de la hanche ce qui n'est pas forcément représentatif pour la colonne vertébrale, celle-ci avec le status post chirurgie et des fractures étant difficilement évaluables. Je me pose la question d'une perfusion d'Aclasta®, pour l'instant je suis réticent de faire des gestes thérapeutiques ex juvantibus. Je vais faire une autre proposition une fois que le CT-thoracique sera à disposition. Je prolonge l'arrêt de travail jusqu'au 31.03.2018.»

Par courrier du 1^{er} mars 2018, le Dr P. _____ a interpellé le Dr H. _____, médecin spécialiste en anesthésiologie auprès de la Consultation de la douleur de Z. _____, et lui a expliqué que la patiente continuait d'accuser des douleurs invalidantes au niveau de l'hémithorax droit longeant plus ou moins les dernières côtes et qu'il n'était anatomiquement pas vraiment explicable que la fracture L2 provoque une symptomatologie si haute. Il a ajouté que le scanner du thorax ne mettait pas en évidence une autre pathologie expliquant la symptomatologie douloureuse et qu'il était clair que l'on se trouvait devant une situation litigieuse dans le cadre d'une responsabilité civile à la charge du conducteur fautif, ce qui habituellement augmentait les symptomatologies douloureuses. Il suggérait de pratiquer un bloc de test de la racine D12, voire du nerf thoracique correspondant, pour évaluer la souffrance de l'assurée.

Le 5 avril 2018, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de douleurs subaiguës costales droites, de lombalgies L4 subaiguës, de status post fracture de L2 le 15 février 2017 avec cyphoplastie L2, de vertébroplastie L1-L3 le 30 novembre 2017 et de fracture tassement de D10. Il a conclu que les douleurs pouvaient avoir diverses origines, notamment une atteinte musculaire, et ne semblaient pas directement en rapport avec une atteinte neuropathique au vu de l'absence d'hypoesthésie, d'allodynie et de paresthésies. Il a proposé de poursuivre des investigations dans un but diagnostic et a suggéré une injection péri-durale au niveau L2-L3 en cas d'échec des investigations.

Par la suite, les médecins du cabinet du Dr R. _____ ont attesté mensuellement de l'incapacité de travail de l'assurée.

Le 11 avril 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité.

Le 4 mai 2018, le Dr H. _____ n'a pas constaté d'amélioration à la suite des infiltrations et a noté que l'origine des douleurs latéro thoraciques droites restaient peu claires.

Le 20 juin 2018, le Dr H. _____ a posé le diagnostic de douleurs chroniques posttraumatiques et a constaté une amélioration partielle après infiltration péridurale thoracique basse. Il a précisé que le traitement était terminé, sous réserve de la prise d'antalgiques.

A teneur d'un rapport du 23 juin 2018, prescrivant notamment la poursuite de la physiothérapie, le Dr R. _____ a fait état de la persistance des douleurs costales droites et lombaires et d'une lente amélioration qui posaient la problématique d'une éventuelle reconversion professionnelle. Il a fait les mêmes observations dans un rapport du 1^{er} octobre 2018, en précisant que l'activité de femme de ménage n'était plus exigible.

Le 9 octobre 2018, l'assurée, représentée par Me Alexandre Guyat, a affirmé que son cas était stabilisé et a sollicité que l'intimée instruisse la question d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Elle s'est référée à un courrier du Dr R. _____ du 11 septembre 2018 dont la teneur est la suivante :

« Je reviens vers vous sur le cas de votre cliente susnommée qui est ma patiente depuis une dizaine d'années.
Comme vous le savez ma patiente a été victime d'un grave accident de la voie publique le 15 novembre 2017.
Cet accident a été caractérisé par des fractures costales (9^e droite, 7^e et 8^e gauches), d'un traumatisme crânien sans perte de connaissance et d'un traumatisme vertébral avec fracture des vertèbres D10 et D11 et d'une fracture-tassement en L2.

Cet accident aurait pu avoir de très lourdes conséquences notamment médullaires (tétraplégie).

Par ailleurs ces lésions sont survenues dans un contexte d'ostéoporose, rendant plus problématique les processus de consolidation.

Actuellement, 10 mois après sa survenue, les séquelles de cet accident reste[nt] importante[s], la patiente continuant notamment à présenter des douleurs rachidiennes, une très forte limitation des mouvements rachidiens (flexion antérieure, flexion latérale, épreuve mains-sol), une limitation bilatérale de l'abduction, une impossibilité de s'accroupir ou se mettre à genoux, une importante fatigabilité.

La constance de ces douleurs et de cette asthénie limite considérablement l'activité de la patiente dans la journée et a des retentissements sur son sommeil.

Fort de ce qui précède, du fait que la situation n'évolue plus, de l'âge de la patiente et de la nature physique de son activité professionnelle (femme de ménage), j'estime que la patiente reste en incapacité de travail à 100 % et qu'il est devenu certain qu'elle ne puisse plus reprendre son activité professionnelle, et ce, uniquement du fait des séquelles de son accident du 16 novembre 2017. »

Après une appréciation médicale de la situation, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a proposé, le 17 novembre 2018, de faire le point sur les capacités fonctionnelles de l'assurée et sur l'exigibilité d'une activité professionnelle à l'occasion d'un séjour à S._____ et d'y faire bénéficier l'assurée d'une rééducation quotidienne accompagnée d'une gestion thérapeutique de la douleur.

L'assurée a été hospitalisée à S._____ du 4 décembre 2018 au 9 janvier 2019. Le rapport du 14 janvier 2019 du Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et du Dr F._____, médecin assistant, mentionne les diagnostics d'accident de la voie publique avec contusion du tronc (15 novembre 2017), de fracture-tassement du plateau supérieur L2 (16 novembre 2017), s'étendant au mur postérieur avec une perte de hauteur de 30-40 % et d'une bascule du mur postérieur d'environ 4 mm (CT), de fracture-tassement récente de D10 avec affaissement d'au maximum 25 %, sans recul du mur postérieur ni atteinte pédiculaire (7 février 2018), de fractures costales de la neuvième côte à droite et des arcs postérieurs de la septième à la huitième côte à gauche (IRM), de fracture-tassement consolidée de D10 et

D11, de fracture-tassement consolidée de L2 sans trouble statique secondaire (26.12.2018), et de probable syndrome facettaire (IRM). Ont été relevées les comorbidités d'hypertension artérielle traitée et d'obésité de grade I (BMI : 31.48 kg/m²), ainsi que les antécédents de status post-hallux-valgus opéré en 2003 et de status post-hystérectomie en 1991. Les médecins ont constaté que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées, mais que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assurée, notamment une perception élevée de handicap fonctionnel. Les limitations fonctionnelles pratiquement définitives par rapport au rachis étaient toute activité statique ou répétitive avec le tronc en flexion ou penché statique, ainsi que le port de charges lourdes. Ces limitations fonctionnelles n'étaient donc pas compatibles avec l'ancienne activité de femme de ménage. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'un à deux mois et le pronostic de réinsertion en pleine capacité de travail dans une activité adaptée était favorable.

Le 27 mars 2019, le Dr V._____ a effectué l'examen final de l'assurée. Après avoir établi une anamnèse et pris note des plaintes de l'assurée, il a procédé à un examen clinique aboutissant à une évaluation figurant dans un rapport daté du 29 mars 2019. Il a retenu les diagnostics de fracture D10 mur antérieur (15.11.2017), de fracture L2 mur antérieur et recul du mur postérieur (le 15.11.2017), de status post-cyphoplastie L2 (30.11.2017), de status post-vertébroplastie L1-L3 (30.11.2017) et de déconditionnement avec atonie abdominale et paravertébrale postérieure. Les limitations fonctionnelles étaient celles posées par S._____, soit toute activité statique ou répétitive avec le tronc en flexion ou penché statique ainsi que toute activité avec port de charges lourdes. Se fondant sur la Table 7.2 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale éditée par la CNA, il a estimé que pour une fracture cervicale-dorsale-lombaire, y compris une spondylodèse, une cyphose ou une scoliose de l'ordre de 10°, l'atteinte à l'intégrité était en l'espèce de 10 % en tenant compte de ce que l'assurée souffrait de douleurs a minima

permanentes, même au repos, et accentuées par les efforts, mais calmées par l'antalgie.

Par avis du 28 mars 2019, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 avril 2019 dès lors que la poursuite du traitement n'était pas susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état de santé de l'assurée. Elle a ajouté qu'elle continuerait à prendre en charge les contrôles médicaux nécessaires.

La CNA a calculé le degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité de 46'265 fr. 15 (selon les indications de l'employeur, soit un salaire horaire de 19 fr. 10 multiplié par 43 heures par semaine, puis par 52 semaines, auquel était ajouté 8,33 % au titre de treizième salaire) à un revenu d'invalidé de 49'813 fr. 79 (calculé sur la base des données salariales statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS 2016, TA1_tirage_skill_level], soit un revenu de 4'363 fr. pour une femme en niveau 1 dans une activité simple et répétitive en 2016, converti en salaire annuel avec un horaire de 41,7 heures par semaine [54'581 fr. 13] et indexé à 2019 [55'348 fr. 82], et après abattement de 10 %).

Par décision du 10 avril 2019, la CNA a constaté qu'il n'existait aucune diminution de la capacité de gain à la suite de l'accident, de sorte qu'aucune rente d'invalidité ne serait allouée à l'assurée. En revanche, une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10 % lui était octroyée.

Le 7 mai 2019, la CNA a accepté de prendre en charge, à bien plaisir, à partir du 1^{er} mai 2019, les traitements suivants : Tritico - Dafalgan et, en alternance une fois par semaine, un traitement de physiothérapie à sec et en piscine pendant six mois.

Le 22 mai 2019, l'assurée, représentée par son conseil, a formé opposition contre la décision du 10 avril 2019, contestant notamment disposer d'une pleine capacité de travail.

Dans un bref rapport du 20 mai 2019, le Dr R._____ a confirmé que l'assurée n'était pas capable de reprendre son activité de femme de ménage et a indiqué qu'elle pourrait reprendre dans les trois prochains mois, à moins de 30 %, une activité adaptée excluant les travaux et positions suivants : travaux avec les mains au-dessus de la tête, position verticale ou fixe prolongée, marche en escaliers ou terrain accidenté, se pencher en avant ou sur les côtés, le travail accroupi ou à genoux, le port de charges supérieures à 5 kg, le travail sur échelle ou échafaudage ou avec machine dangereuse. Il a ajouté que le travail adapté devait en outre permettre à l'assurée de se reposer régulièrement car ses capacités de résistance étaient très limitées.

A l'appui de son opposition, l'assurée a également produit un rapport établi le 16 septembre 2019, par le Dr W._____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, après avoir procédé à un examen clinique de l'assurée, et qui a posé les diagnostics suivants :

- « - Status post nodule de Schmorl au coin antéro-inférieur de TH [vertèbre thoracique 11 avec dysfonctionnement de TH11/TH12 au 15.11.17
- Status post dysfonctionnement de la charnière thoracolombaire au 15.11.17
- Status post traumatisme crânien avec brève perte de connaissance le 15.11.17
- Status post fracture de TH10 de type AO A1 le 15.11.17
- Status post immobilisation par corset de la fracture de TH 10 du 16.11.17 au 29.11.17
- Status post fracture de L2 de type AO A3 le 15.11.17
- Status post cyphoplastie de la fracture de L2 le 30.11.17
- Status post vertébroplastie de L1 le 30.11.17
- Status post vertébroplastie de L3 le 30.11.17.
- Status post dysfonction de la charnière thoracolombaire, de TH10 à L3 le 07.02.18. »

Il a constaté que le rachis était marqué par un déséquilibre dans le plan sagittal entraînant une difficulté à maintenir la position érigée statique, que les mobilisations étaient algiques malgré le traitement antalgique, en particulier à la charnière thoracolombaire, et qu'il n'existait pas d'anomalie neurologique en lien avec le rachis. Il a en outre relevé que la fonction des hanches était dans la limite de la norme de façon bilatérale, que l'antéversion pelvienne entraînait une recrudescence des

douleurs rachidiennes lors de la position assise et qu'il n'existait pas de point d'appel aux genoux. Il a résumé l'état de l'assurée comme présentant une dysfonction de la charnière thoracolombaire de TH 10 à L3 entraînant un état douloureux chronique. Il a estimé que le retour au statu quo ante et au statu quo sine était impossible, que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé et qu'une prise en charge était recommandée. Après avoir renvoyé à une liste de limitations fonctionnelles, il a noté que l'activité habituelle de l'assurée ne les respectait pas, mais qu'une activité adaptée à ces limitations pouvait être exercée à plein temps avec une diminution de rendement de 50 %. Il a justifié la diminution de rendement par l'apparition d'une fatigue supérieure à la norme en raison de l'équilibre non économique du rachis et de la persistance des douleurs rachidiennes, par le fait que le traitement antalgique par opiacé limitait les capacités physiques et psychiques, en particulier celle de l'attention, et par le fait qu'il faudrait probablement augmenter la posologie qui au jour de l'examen était adaptée à la quasi-absence d'activité physique. Il a ajouté que les atteintes étaient en lien au moins partiel avec l'accident du 15 novembre 2017, dans le sens où elles n'existeraient pas dans la même mesure sans cet événement. Il a en outre évalué les empêchements ménagers à 90 % sans toutefois expliciter pour quels motifs ce pourcentage a été retenu pour chaque catégorie d'actes ménagers.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, le Dr W._____ a retenu un taux de 35 % en se référant à la description des douleurs par l'assurée et en tenant compte de l'association des deux fractures (TH10 et L2) et de leur localisation au-dessus et au-dessous de la charnière thoracolombaire avec utilisation maximale des possibilités de compensation pelvienne. En définitive, il a relevé que le médecin d'arrondissement n'avait pas eu toutes les imageries entre ses mains, de sorte qu'il avait sous-estimé les lésions.

Ce rapport a été soumis au Dr V._____ qui a estimé le 30 octobre 2019 qu'il ne modifiait pas ses conclusions étayées par un examen clinique et qui faisaient suite à un séjour à S._____. Il a précisé

que l'estimation de l'IPAI à 10 % tenait compte de l'état préexistant dégénératif important.

Par projet de décision du 4 mai 2020, confirmé par décision du 14 juillet 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a octroyé une demi-rente à l'assurée dès le 1^{er} novembre 2018. Il a retenu le statut d'active à 33 % et de ménagère à 67 %. Concernant la capacité de travail, il a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit pas d'activité statique ou répétitive avec le tronc en flexion ou penchée statique, pas d'activité avec le port de charges lourdes, les activités avec un niveau d'effort léger étant exigibles. Compte tenu de son âge et de son parcours professionnel, l'OAI était cependant d'avis qu'une activité adaptée n'était plus exigible, de sorte que, pour l'évaluation de son droit à une rente d'invalidité, il n'a pas tenu compte de la capacité de travail dans une activité adaptée. Compte tenu des empêchements dans la tenue du ménage évalués à 32 % (sur 67 %, soit 21,44 % d'invalidité) et de 100 % dans la part active (sur 33 %, soit une invalidité de 33 %), le degré d'invalidité était de 54,44 %.

Par rapport du 14 juillet 2020, le Dr X._____, médecin chef de clinique du département de l'appareil locomoteur K._____, dont l'avis a été sollicité par la CNA, a retenu les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques post-traumatiques sur :

- status post-fracture-tassement du plateau supérieur de L2 avec recul de l'angle postéro-supérieur (15.11.2017), traitée par cyphoplastie L2 (30.11.2017) ;
- status post vertébroplastie « prophylactique » L1 et L3 (30.11.2017) ;
- status post-fracture-tassement Th 10 (15.11.2017) traitée conservativement.

Après un examen clinique et des pièces médicales au dossier, excepté le rapport du Dr W._____, qui n'y était pas, il a noté que la

situation lui semblait stable sur le plan médical, que le dernier bilan par IRM retrouvait les éléments post-traumatiques connus, ainsi que des remaniements dégénératifs pluriétagés d'allure banale pour l'âge et que l'examen neurologique restait strictement normal. Il a ajouté, concernant une éventuelle thérapeutique chirurgicale, qu'au vu de la prédominance des lombalgies, sans irradiation radiculaire aux membres inférieurs et avec une situation médicale stationnaire avec conflit assécurologique en cours, il ne pensait pas qu'une indication chirurgicale fut à retenir et permît d'améliorer de façon notable cette patiente. Il a précisé qu'il avait présenté le dossier radiologique de l'assurée au K._____ et qu'ils n'avaient pas d'argument pour une instabilité résiduelle au niveau L2 pouvant justifier une indication chirurgicale. Il s'est déclaré d'accord avec les conclusions de S._____ avec des limitations fonctionnelles concernant le travail en antéflexion et porte-à-faux du tronc, des limitations aux ports de charge, des limitations au travail avec des mouvements répétés de rotation du tronc et des limitations au travail en position statique assise ou debout prolongée sans possibilité de changement de positions. Il a conclu qu'il restait une capacité de travail médico-théorique partielle dans une activité adaptée ou avec baisse de rendement.

Le Dr V._____ a maintenu ses conclusions le 4 août 2020. S'agissant de l'IPAI, il a fait une évaluation le 25 août 2020 et a apprécié la situation ainsi :

« À la lecture du rapport d'expertise du Dr W._____, celui-ci estime l'atteinte à l'intégrité à 35 % où d'une part il est question d'intensité de douleurs, que le service médical de la SUVA estime à ++, les douleurs sont cotées à 4/10, elles sont donc minimales permanentes (++) , et non pas permanentes plus ou moins intenses (+++). En ce qui concerne l'argumentaire de calcul de plusieurs fractures et de l'aggravation d'une atteinte préexistante, cette atteinte préexistante pourrait être sujet à pondération pour l'atteinte strictement fonctionnelle, ce qui permet de ne pas situer l'importance des douleurs à la fourchette supérieure.

En ce qui concerne l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du 23.09.2019, elle se base sur l'angulation totale résiduelle des fractures qui est inférieure à 10°, les vertébroplasties ayant eu pour effet de reconstituer les corps vertébraux et ainsi, limiter la cyphose résiduelle. Elle se fonde principalement sur les limitations fonctionnelles en rapport avec l'atteinte évènementielle, les altérations anatomopathologiques antérieures (atonie abdominale,

obésité tronculaire, discarthrose étagée cervico-thoraco-lombaire avec imagerie laissant suspecter une ostéoporose non confirmée à la densitométrie du 12.12.2018) entraînent de manière préexistante des limitations fonctionnelles conséquentes.

Du fait de cet état antérieur avancé et multiforme, il n'y a pas lieu d'estimer l'atteinte à l'intégrité de manière plus élevée que celle estimée le 23.09.2019, soit 10%.

L'estimation du Dr W. _____ à 35 % est largement surestimée du fait de cet état préexistant ayant des répercussions fonctionnelles non négligeable[s]. »

Par décision sur opposition du 19 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 10 avril 2019.

B. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, L. _____ a recouru le 18 février 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 19 janvier 2021. Elle a requis à titre préjudiciel la mise en œuvre d'une expertise judiciaire dans le but de déterminer notamment son taux de capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et de fixer le degré d'atteinte à l'intégrité. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité de 52 % dès le 1^{er} mai 2019, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % et de la prise en charge du traitement médical conformément à l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Sur le fond, la recourante a fait valoir que l'appréciation du Dr V. _____ ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, des doutes existant quant à la fiabilité de ses différents avis. Ce médecin n'avait en effet pas eu accès à l'entier du dossier radiologique de la recourante. En outre il avait fait une mauvaise appréciation du rapport du Dr W. _____, en pensant que ce dernier ne l'avait pas examinée personnellement. Elle reprochait en outre au Dr V. _____ de ne pas s'être déterminé sur la position du Dr X. _____ et de s'être fondé principalement sur le rapport de S. _____, qui n'avait pourtant pas valeur d'expertise et émanait de médecins salariés par la CNA qui n'avaient pas pour mission d'évaluer la capacité de travail. Enfin, elle s'est référée à une évaluation médicale du 10 juin 2020 du Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, mandaté par l'assurance perte de gain, et qui a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec une réduction de rendement de 50% en raison de la nécessité de changer régulièrement de position. Elle a relevé que les avis des Drs W._____, X._____, et G._____ se rejoignaient sur la question de la capacité de travail, et a fait remarquer que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr X._____ étaient plus importantes que celles admises par le Dr V._____ (et S._____). Elle a en outre contesté le calcul du degré d'invalidité et sollicité la prise en compte d'un abattement de 20 % lors de la détermination du revenu avec invalidité pour tenir compte de ses importantes limitations fonctionnelles. Puis, elle s'est prévalu de l'estimation de l'IPAI réalisée par le Dr W._____ qui tenait davantage compte des conséquences à long terme des lésions traumatiques, ainsi que de l'association des fractures en cause. Elle a reproché au Dr V._____ de ne pas avoir expliqué dans quelle mesure il avait tenu compte des lésions préexistantes. Elle a enfin soutenu qu'un traitement antalgique lui était nécessaire pour conserver sa capacité de travail.

A l'appui de son argumentaire, la recourante a produit le rapport du Dr G._____ qui a posé le diagnostic de séquelles de fractures de D10, D11 et L2 par un accident sur la voie public, traitées par kyphoplastie de L2 avec stabilisation entre L1 et L3, et a fixé les limitations fonctionnelles à un travail sédentaire avec changements de position fréquents, pas de charge axiale de plus de 5 kg, pas de charge en flexion antérieure du rachis ni en flexion latérale, pas d'échelle ni d'échafaudage, et pas de marche en terrain inégal. Il a proposé comme seul traitement la poursuite de la physiothérapie. Il a précisé que les problèmes existant au jour de l'examen étaient toujours séquellaires du traumatisme et a émis l'hypothèse que la kyphoplastie avec la fuite de ciment constatée sur les IRM puisse être en partie responsable des douleurs persistantes.

b) Dans sa réponse du 6 mai 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a produit une appréciation du Dr V._____ du 23 avril

2021 qu'elle a estimé pleinement probante et qui a relevé que l'imagerie initiale avait mis en évidence un état dégénératif déjà profondément remanié, caractérisé par des altérations anatomo-pathologiques antérieures se présentant sous la forme d'une hypercyphose thoracique, d'une hyperlordose cervicale, et d'une discopathie cervico-thoracolumbaire étagée. Elle a souligné que si le Dr V. _____ reconnaissait que la présence d'une atteinte antérieure objectivable avancée était de nature à entraîner des limitations fonctionnelles plus importantes, telles que décrites dans les rapports du Dr W. _____ et du Dr G. _____, le rapport de causalité naturelle entre l'extension des limitations fonctionnelles et l'événement accidentel ne relevait que de la simple possibilité, de sorte qu'il ne saurait en être tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Pour ce qui concernait la prise d'antalgiques, le Dr V. _____ a indiqué qu'elle n'était pas nécessaire en cas de respect des limitations fonctionnelles. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, l'intimée a rappelé que les activités légères et simples de compétence 1 de l'ESS étaient adéquates pour les personnes présentant une invalidité comme celle de la recourante. Concernant l'atteinte à l'intégrité, l'intimée s'est référée à l'appréciation du Dr V. _____ qui a relevé que les douleurs étaient cotées à 4/10, de sorte qu'elles étaient minimales permanentes (++) et non pas, comme l'a retenu le Dr W. _____, permanentes plus ou moins intenses (+++), et que les atteintes préexistantes donnaient matière à une pondération pour l'atteinte strictement fonctionnelle.

c) Par réplique du 11 juin 2021, la recourante a persisté dans ses conclusions, précisant modifier sa conclusion subsidiaire en ce sens qu'en cas de renvoi du dossier à l'intimée pour instruction, l'éventuelle instruction médicale devrait être confiée à un autre médecin d'arrondissement que le Dr V. _____. Elle a observé que les imageries (IRM lombaire du 7 février 2018 et scanner du thorax du 1^{er} mars 2018) avaient été consultées par le Dr V. _____ dans le cadre de son évaluation du 23 avril 2021 et lui a reproché de ne pas l'avoir fait plus tôt. Puis elle a relevé que le Dr V. _____ ne mentionnait pas les rapports du Dr X. _____ et du Dr G. _____, de sorte qu'il restait lacunaire. Elle a

contesté que dans sa précédente évaluation le Dr V._____, à l'instar de celle de S._____, n'ait tenu compte que des limitations fonctionnelles en lien avec l'accident. De toute manière, elle a estimé qu'une application de l'art. 36 al. 2 seconde phrase LAA empêchait la prise en compte des atteintes antérieures qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

d) Dupliquant le 6 juillet 2021, l'intimée a maintenu sa position, en précisant que l'art. 36 al. 2 seconde phrase LAA n'était pas applicable dès lors que les atteintes résultant de l'accident ne portaient pas exactement sur les mêmes parties du corps affectées par l'état dégénératif préexistant. En effet, si l'accident avait entraîné des fractures en L2 et D10, l'état antérieur portait sur une hypercyphose et une hyperlordose cervicale, une discarthrose étagée cervico-thoraco-lombaire, une atonie abdominale et sur une obésité tronculaire.

e) Le 16 juillet 2021, la recourante a en substance contesté que les atteintes dégénératives préexistantes ne concernaient pas les mêmes parties du corps que celles dues à l'accident.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de mettre la recourante au bénéfice d'une rente d'invalidité et à fixer à 10 % le taux de son indemnité pour atteinte à l'intégrité. En outre, la recourante requiert la prise en charge de son traitement antalgique sur la base de l'art. 21 LAA.

3. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA).

Le catalogue des prestations comprend notamment le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA), le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA), ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA). Lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 3.2). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative et que des améliorations mineures ne suffisent ainsi pas ; cette question doit être examinée de manière prospective (TF 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 3 et les références citées).

b) Est réputée 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 (art. 4 LPGGA).

aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et

l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait

considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références ; TF 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

cc) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 et les références citées).

L'art. 36 al. 2 LAA prévoit par ailleurs que les rentes d'invalidité et les indemnités pour atteinte à l'intégrité sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a

recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi

longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Partant les griefs formulés contre les avis du Dr V._____ ou contre les médecins de S._____ relevant du seul fait qu'ils sont liés, d'une manière ou d'une autre, à la CNA ne sont pas pertinents. Leurs appréciations médicales seront donc examinées à la lumière des considérants qui précèdent, tout comme les avis des médecins consultés par la recourante.

5. A titre préalable, il y a lieu de constater que le caractère accidentel de l'événement survenu le 15 novembre 2017 n'est pas sujet à controverse. Il n'est pas davantage contesté que les atteintes liées aux fractures des vertèbres L 2 et D 10 ont été causées par l'accident ni que l'état est stabilisé, la recourante ayant conclu à l'allocation d'une rente et à la prise en charge de ses frais médicaux sur la base de l'art. 21 LAA.

6. Cela posé, il convient d'examiner le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

a) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée mais fait valoir une diminution de rendement de 50 %. Quant à l'intimée, elle se fonde sur l'évaluation de son médecin d'arrondissement pour retenir une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée.

aa) Le Dr V. _____ a effectué un examen final selon rapport du 29 mars 2019, lors duquel il a procédé à un examen clinique, établi une anamnèse et pris en compte les plaintes de la recourante. Il a motivé ses

conclusions. Puis, il a complété son appréciation les 30 octobre 2019 et le 4 août 2020.

Il a ainsi retenu que, selon les déclarations de l'assurée, l'évolution était marquée par un syndrome douloureux important, persistant et peu évolutif. Les douleurs concernaient le rachis lombaire et la jonction sacro-iliaque. Ces douleurs étaient continues, au repos, elles étaient cotées à 4/10 avec exacerbation rapide lors des surcharges mécaniques qui étaient la flexion du tronc en avant, les positions statiques prolongées, par exemple si elle restait assise pendant plus d'une heure, ou si elle était debout pendant 30 minutes. Il y avait des douleurs également lors de la marche et si elle conduisait plus d'une heure. Ces douleurs étaient décrites à type de brûlures sous-costales droites. Elle était gênée lors de l'habillage qui prenait deux fois plus de temps, pour ramasser un objet tombé au sol, et avait dû adopter des stratégies pour le ramasser. Elle cuisinait, faisait le ménage, mais de manière bien plus longue (p. 5 du rapport du 29 mars 2019).

L'examen clinique était cohérent, avec des douleurs lombaires basses à la flexion antérieure du tronc, une distance doigt/sol limitée, et des mobilités non réduites mais douloureuses en fin de course. Le status neurologique était normal. Il a conclu que les activités avec un niveau d'effort léger étaient exigibles, alors que l'ancienne activité d'entretien des sols ne l'était plus. Les limitations fonctionnelles étaient celles qui avaient été déterminées lors du séjour à S. _____ (p. 7 du rapport du 29 mars 2019).

bb) La recourante a séjourné un mois auprès de S. _____ en vue d'une rééducation intensive et d'une évaluation professionnelle. S. _____ a procédé à un examen clinique, à des examens radiologiques et à des tests fonctionnels.

Selon l'imagerie, les fractures vertébrales étaient consolidées. Il existait un probable syndrome facettaire résiduel. Vu le caractère de ces fractures, une densitométrie a été réalisée, laquelle a démontré que la

recourante disposait d'un capital osseux relativement élevé (p. 5 du rapport du 14 janvier 2019).

L'examen clinique retrouvait des douleurs à la mobilisation des dernières côtes et à la palpation lombaire, sans franche contracture, chez une patiente dont la mobilité était limitée par les douleurs en flexion et en inclinaison et chez qui l'on constatait une insuffisance musculaire au redressement de la position fléchie en avant (p. 3 du rapport de consilium de l'appareil locomoteur du 14 décembre 2018). Les médecins de S._____ ont relevé que la recourante gardait des douleurs localisées en regard de la charnière dorso-lombaire et en lombaire bas, les douleurs dorso-lombaires pouvant s'étendre en ceinture à droite. L'intensité des douleurs variait de 5 à 8/10, plutôt plus basses le matin si elle avait bien dormi, et augmentant au fur et à mesure que la matinée passait. Les douleurs étaient décrites comme des sensations de brûlures ou d'inflammation, avec notion d'une impulsivité à la toux pour ce qui concernait la douleur lombaire basse. Il n'y avait pas d'extension des douleurs plus distales dans les membres inférieurs. Les douleurs augmentaient au maintien de positions statiques ou en porte-à-faux, la position couchée sur le côté était mal tolérée, amenant la recourante à avoir des nuits perturbées par les douleurs. La recourante était limitée également pour les ports de charges ou les activités ménagères. Le traitement consistant en la prise de Zaldiar s'était avéré efficace pour contrôler les douleurs tout au long du séjour (p. 1, 2 et 5 du rapport du 14 janvier 2019).

L'évaluation des capacités fonctionnelles a révélé que la recourante avait été dans l'autolimitation de l'effort dans les exercices destinés à évaluer ses capacités fonctionnelles. Malgré la volonté de donner le maximum aux différents tests considérée comme réelle et le niveau de cohérence pendant l'évaluation jugé élevé, les médecins de S._____ ont relevé que la recourante sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles compte tenu des résultats réalisés au cours de l'évaluation. Si les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions constatées objectivement, des facteurs contextuels

pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la recourante, notamment une perception élevée de handicap fonctionnel (p. 5 du rapport du 14 janvier 2019).

En définitive, les médecins de S._____ ont fixé les limitations fonctionnelles à toute activité statique ou répétitive avec le tronc en flexion ou penché statique et toute activité avec un port de charges lourdes. Ils ont considéré que la recourante n'était plus en mesure d'assurer son activité de nettoyeuse de bureau qu'elle occupait à 33 %, mais était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ils ont ajouté que le changement d'activité poserait un problème vu l'âge et l'absence de qualification de la recourante (p. 6 du rapport du 14 janvier 2019).

Cette évaluation de la capacité de travail est fondée sur des éléments objectifs, tels que des pièces et imageries médicales, ainsi qu'un examen clinique et une évaluation des capacités fonctionnelles par des professionnels. Elle tient compte des plaintes de la recourante. Elle peut se voir attribuer pleine valeur probante, n'étant pas sérieusement remise en cause par les autres documents médicaux au dossier.

cc) La recourante se fonde en particulier sur le rapport du Dr W._____ du 16 septembre 2019 qui a justifié la diminution de rendement par l'apparition d'une fatigue supérieure à la norme, en raison de l'équilibre non économique du rachis et de la persistance des douleurs rachidiennes. De plus, selon le Dr W._____, le traitement antalgique par opiacé limiterait les capacités physiques et psychiques, en particulier celle de l'attention, et il fallait aussi tenir compte du fait qu'il faudrait augmenter la posologie qui était adaptée à la quasi absence d'activité physique. Il fait ainsi dépendre son évaluation d'une diminution de rendement dans la capacité de travail d'une hypothétique augmentation de la dose médicamenteuse car, lorsqu'il a examiné la recourante, celle-ci suivait un traitement adapté à sa quasi absence d'activité physique. Sur ce point, on relève que l'évaluation de S._____, qui a soumis la recourante à des tests d'efforts, est plus solide puisqu'elle tient compte

objectivement de la charge d'une activité et de l'effet de la médication à l'effort, le traitement s'étant avéré efficace pour contrôler les douleurs. Par ailleurs, la persistance des douleurs rachidiennes censée justifier une baisse de rendement a également été prise en compte dans l'évaluation de S._____ qui a rapporté que les douleurs étaient soulagées par la prise d'antalgiques et le repos, mais aggravées par les mouvements de flexion du tronc et les changements de position, qui devront être évités ou réduits dans le cadre de l'activité adaptée.

Il y a lieu de relever encore que l'évaluation du Dr W._____ ne saurait se voir attribuer une pleine valeur probante pour plusieurs motifs. En premier lieu, si son rapport fait état d'examen cliniques, mentionne les plaintes de l'assurée et établit une anamnèse relativement détaillée, cette dernière fait l'impasse sur le rapport de S._____ qui constitue pourtant une pièce médicale déterminante, puisqu'il contient des constatations réalisées durant un séjour d'un mois par différents professionnels notamment en vue d'une évaluation professionnelle ; dans le rapport de S._____ figurent en particulier la fixation des limitations fonctionnelles et une évaluation de la capacité de travail. Ensuite, le Dr W._____ n'a pas davantage pris en compte les résultats de l'examen final auquel a procédé le Dr V._____ le 27 mars 2019. Finalement, le rapport du Dr W._____ a été réalisé essentiellement sur la base des rapports médicaux des médecins traitants de la recourante, des imageries et de l'examen clinique de ce médecin. Cette vision n'est donc pas complète, ce qui ressort du contenu même de l'évaluation.

Les médecins de S._____ ont en effet relevé que si les plaintes et les limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions constatées objectivement, des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par la recourante, notamment une perception élevée de handicap fonctionnel. On rappelle que, malgré une volonté et une cohérence élevées, les médecins de S._____ ont observé qu'au vu des résultats réalisés au cours de l'évaluation, la recourante sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles, ce dont le Dr W._____ n'a absolument pas tenu compte.

En outre, la fixation de la baisse de rendement à 50 % paraît excessive compte tenu des limitations fonctionnelles qui se situent principalement au niveau du rachis, lequel devra de toute manière être épargné par la nouvelle activité adaptée. Au demeurant, le taux d'activité exercé est de 33 %, ce qui laisse un temps de repos assez important en dehors de l'activité professionnelle.

L'évaluation de la capacité fonctionnelle par le Dr W. _____ paraît, de manière générale, manquer d'objectivité. Cela ressort également de l'évaluation de l'invalidité ménagère, lors de laquelle il a systématiquement estimé à 90 % les empêchements pour chaque acte ménager, sans aucune justification, ne se fiant qu'aux déclarations de la recourante qui pourtant sous-estime ses capacités fonctionnelles. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles n'ont pas fait l'objet d'une réelle évaluation *ad personam* puisqu'elle résulte d'un listing préétabli auquel le Dr W. _____ renvoie. Ainsi, son évaluation, basée essentiellement sur les rapports médicaux des médecins traitants, qui doivent pourtant être pris en considération avec vigilance vu leur relation thérapeutique avec leur patient, et sur les déclarations de la recourante, ne saurait emporter la conviction.

dd) On relève encore que le Dr R. _____ a estimé que la recourante pourrait reprendre une activité adaptée à 30 %, dans son rapport du 20 mai 2019, en tenant compte des limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir dans une activité prohibant les mains au-dessus de la tête, la position verticale ou fixe prolongée, la marche en escaliers ou terrain accidenté, se pencher en avant ou sur les côtés, le travail accroupi ou à genoux, le port de charge supérieur à 5 kg, le travail sur échelle ou échafaudage ou avec machine dangereuse et le travail devant lui permettre de se reposer régulièrement car ses capacités de résistance étaient très limitées. Ceci se traduit dans les faits par la reprise d'une activité à un taux inférieur à 10 % (30 % de 33 %) avec des périodes de repos régulières. Cette appréciation aussi limitative n'est pas objectivement fondée et n'est pas motivée. Elle n'est ainsi pas de nature à

remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement et des médecins de S._____.

ee) Dans son rapport du 14 juillet 2020, le Dr X._____ a relevé que les lombalgies étaient sans prédominance d'un côté par rapport à l'autre et sans irradiation radiculaire aux membres inférieurs, cotées en moyenne entre 6 et 7/10 sur les derniers sept jours. Les douleurs étaient majorées par le décubitus latéral droit et les mouvements, ainsi que le port de charge sans que la recourante ne pût identifier de façon plus précise les facteurs aggravant la douleur. La recourante restait soulagée par le traitement par Zaldiar. La marche était réalisée sans difficulté de façon fluide et harmonieuse ; les transferts, notamment assis-debout, étaient réalisés sans grande difficulté, mais provoquaient des douleurs. La station assise était tenue sans grande difficulté tout le temps de la consultation. Les manœuvres de retournement et de transferts assis-couché, couché-assis, étaient réalisées avec difficultés et douleurs. La marche était réalisée sans boiterie. L'examen statique rachidien était cliniquement satisfaisant sans trouble statique notable dans le plan frontal. La mobilité dorso-lombaire était limitée, l'inclinaison latérale droite était limitée et particulièrement douloureuse, et l'extension était limitée mais peu douloureuse. Le morphotype des membres inférieurs normo-axés était sans trouble statique objectivé. Le rachis cervical était libre et indolore à la mobilisation avec des amplitudes articulaires physiologiques. L'examen neurologique était normal avec absence de déficit sensitif ou moteur aux quatre membres. L'examen palpatoire ne retrouvait pas de douleur à la palpation du rachis cervical ou dorsal mais on retrouvait des douleurs médianes à la palpation du rachis lombaire haut et moyen. La charnière lombo-sacrée était peu douloureuse à la palpation. Le testing facettaire clinique était plutôt négatif. Les manœuvres sacro-iliaques étaient négatives.

Le Dr X._____ s'est déclaré d'accord avec les conclusions de S._____ avec des limitations fonctionnelles concernant le travail en antéflexion et porte-à-faux du tronc, des limitations de ports de charges, des limitations au travail avec des mouvements répétés de rotation du

tronc et des limitations au travail en position statique assise ou debout prolongée sans possibilité de changement de positions. Il a conclu qu'il restait une capacité de travail médico-théorique partielle dans une activité adaptée ou avec baisse de rendement.

Il y a lieu de constater que le Dr X. _____ n'a ni chiffré, ni motivé la baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée, ni la baisse de rendement. Ses conclusions sur ce point ne sont pas suffisantes pour jeter le doute sur les conclusions de S. _____ et du médecin d'arrondissement ; dans ce contexte, il n'est pas déterminant que le Dr V. _____ ne se soit pas déterminé sur l'avis non motivé du Dr X. _____ relatif à la capacité de travail. D'ailleurs, le Dr X. _____ ne critique pas les conclusions de S. _____ auxquelles il déclare consentir, tout en indiquant son appréciation légèrement différente. La situation qu'il a examinée ne présente pas d'aggravation par rapport à celle appréciée par les médecins de S. _____ en janvier 2019. Il ne tient pas compte non plus des facteurs contextuels relevés par S. _____ et qui avaient également été soulevés par le Dr P. _____ en 2018. Son avis ne saurait remettre en cause l'appréciation motivée de la capacité de travail réalisée par les médecins de S. _____.

ff) Dans un rapport du 10 juin 2020, le Dr G. _____ a observé que la recourante s'était plainte de douleurs lombaires basses et au niveau du flanc droit, que ces douleurs s'aggravaient lorsqu'elle se penchait en avant ou qu'elle essayait de faire son ménage et que les antalgiques n'étaient pas efficaces. A l'examen médical, il a constaté que le rachis cervical était mobile dans tous les plans, sans douleur, qu'il n'y avait pas de contracture de la musculature paravertébrale lombaire mais une sensibilité à la percussion lombaire de L2 à S1. La flexion antérieure provoquait une douleur lombaire basse et du flanc droit. La flexion latérale à droite était diminuée par rapport à gauche et déclenchait une douleur dans le flanc droit et au niveau lombaire bas. Les rotations connaissaient une limitation à droite avec plaintes identiques. Il n'y avait pas de pathologies des jambes ni de trouble neurologique. La marche sur les pointes et sur les talons était possible, de même que l'accroupissement.

Le Dr G. _____ a considéré que le ciment de la kyphoplastie pouvait gêner postérieurement et a indiqué que la hauteur initiale du tassement n'avait pas été retrouvée. Ces séquelles du traumatisme et certainement les fuites de ciment provoquaient des douleurs du rachis dorso-lombaire persistantes. La recourante disposait d'une capacité de travail médico-théorique de 100 % avec baisse de rendement de 50 % en raison de la nécessité de changer régulièrement de position. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme un travail sédentaire avec changements fréquents de positions, sans charge axiale de plus de 5 kg, sans charge en flexion antérieure du rachis ni en flexion latérale, pas d'échelle ni d'échafaudage, et pas de marche en terrain inégal.

Ainsi, le Dr G. _____ justifie une baisse de rendement de 50 % par la nécessité de changer régulièrement de position. Le Dr W. _____ avait relevé la nécessité de ne pas garder la même posture pendant plus de trente minutes. A cet égard, on relève qu'alterner les positions, toutes les trente minutes pour le Dr W. _____ et à une fréquence qui n'est pas indiquée par le Dr G. _____, ne signifie pas être assis puis rester debout et marcher un moment à toutes les trente minutes, mais passer d'une position à l'autre au moins régulièrement, toutes les trente minutes ou dans un laps de temps non défini, pour soulager les tensions qu'une telle position est susceptible d'exercer sur la zone corporelle sensible. L'activité adaptée aux handicaps de la recourante doit permettre de pratiquer cette alternance dans la mesure où une activité statique ou répétitive avec le tronc en flexion ou penché statique est prohibée. En outre, la douleur venant du fait de conserver longtemps la même position et le soulagement du simple fait d'en changer, on ne saurait en déduire l'exigence de pauses régulières, ni la nécessité d'interrompre ses occupations à intervalles donnés, mais on doit plutôt retenir le simple besoin de varier les angles de pression sur la zone corporelle lésée. Cette nécessité n'implique pas une diminution de rendement dans la mesure où il ne résulte pas de l'avis médical qu'elle solliciterait une pause à chaque fois. L'appréciation du Dr G. _____ ne permet donc pas de remettre en cause celle suivie par l'intimée.

gg) Le dossier a été à nouveau soumis au Dr V._____, qui a rendu un rapport le 23 avril 2021, en joignant un rapport d'IRM dorso-lombaire du 7 février 2018 et d'un CT du thorax du 1^{er} mars 2018. Il a relevé en substance que l'imagerie initiale avait mis en évidence un état dégénératif déjà profondément remanié, caractérisé par des altérations anatomo-pathologiques antérieures se présentant sous la forme d'une hypercyphose thoracique, d'une hyperlordose cervicale, d'une discopathie cervico-thoraco-lombaire étagée et que cet état pouvait entraîner des limitations fonctionnelles plus importantes (répondant en cela aux constatations des Drs W._____ et G._____), mais que l'extension de ces limitations fonctionnelles n'était que possiblement en relation de causalité naturelle avec l'accident.

La recourante a rétorqué qu'aux termes de l'art. 36 al. 2 dernière phrase LAA, la rente ne saurait être réduite du fait de lésions dégénératives préexistantes.

On doit constater qu'en effet il n'est nullement établi que l'état dégénératif antérieur aurait causé une incapacité de gain antérieurement à l'accident. Dès lors, une réduction de ce fait ne se justifierait pas.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que les médecins de S._____ ont fait une évaluation des limitations fonctionnelles consécutives à l'accident puisque les diagnostics retenus sont ceux des atteintes causées par l'accident. Il n'est pas fait mention des atteintes dégénératives et les médecins de S._____ n'ont pas réduit les limitations fonctionnelles en considérant qu'une partie était due à l'état dégénératif préexistant. L'évaluation de S._____, et du Dr V._____, n'est donc pas critiquable sous cet angle non plus.

Cela dit, on constate que l'OAI, qui a évalué les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle pour l'ensemble des pathologies, n'est pas arrivé à une autre conclusion en retenant, le 14 juillet 2020, une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit pas d'activité statique ou répétitive avec le

tronc en flexion ou penchée statique, pas d'activité avec le port de charges lourdes, les activités avec un niveau d'effort léger étant exigibles.

hh) En définitive, l'évaluation des capacités fonctionnelles de la recourante émises par S._____ et reprise par le médecin d'arrondissement jouit d'une force probante qui n'est pas sérieusement mise en doute par les avis médicaux au dossier. Il y a donc lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

c) Pour ce qui est du calcul de la perte de gain, il résulte de l'art. 16 LPGA que, pour évaluer le taux d'invalidité et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente en tenant compte des modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision de l'assureur social qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; ATF 128 V 174 ; TF 8C_81/2018 du 1^{er} février 2019 consid. 7.2). En vertu de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré.

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

bb) Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2 ; voir également David Ionta, Fixation du revenu d'invalidité selon l'ESS, *in* Jusletter du 22 octobre 2018, p. 20). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). L'assuré peut en outre, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2 ; 126 V 75).

cc) L'art. 28 al. 4 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoit que si, en raison de son âge, l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative après l'accident ou si la

diminution de la capacité de gain est due essentiellement à son âge avancé, les revenus de l'activité lucrative déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité sont ceux qu'un assuré d'âge moyen dont la santé a subi une atteinte de même gravité pourrait réaliser.

La disposition susdite vise deux situations : celle où l'assuré, en raison de son âge, ne reprend plus d'activité lucrative après l'accident (variante I) et celle où l'atteinte à la capacité de gain a principalement pour origine l'âge avancé de l'assuré (variante II). L'assuré qui remplit l'un ou l'autre cas de figure ne touchera alors une rente d'invalidité que dans la mesure où une telle rente serait octroyée dans les mêmes conditions à un assuré d'âge moyen présentant les mêmes capacités professionnelles et les mêmes aptitudes professionnelles. Ce système repose sur la considération qu'une même atteinte à la santé peut entraîner chez une personne âgée des répercussions bien plus importantes sur la capacité de gain que chez une personne d'âge moyen pour diverses raisons (difficultés de reclassement ou de reconversion professionnels, diminution des capacités d'adaptation et d'apprentissage), alors que l'âge en tant que tel n'est pas une atteinte à la santé dont l'assureur-accidents doit répondre (ATF 122 V 418 consid. 3a ; TF 8C_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1 et les références citées). La deuxième variante est également applicable lorsque l'âge avancé n'est pas un facteur qui a une incidence sur l'exigibilité, mais qu'il est malgré tout un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (TF 8C_554/2017 loc. cit.). Il s'agit d'empêcher l'octroi de rentes d'invalidité qui comporteraient, en fait, une composante de prestation de vieillesse. On rappelle que les rentes ont un caractère viager (cf. toutefois le nouvel art. 20 al. 2ter LAA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017). L'âge moyen est de 42 ans ou, du moins, se situe entre 40 et 45 ans. L'âge avancé est d'environ 60 ans (RAMA 1990 n° U 115 p. 389 [U 106/89] consid. 4d et e). La comparaison des revenus d'un assuré d'âge moyen comprend aussi bien le revenu sans invalidité que le revenu d'invalidité (ATF 114 V 310 consid. 2 in fine ; TF 8C_554/2017 loc. cit.).

dd) En l'occurrence, il y a tout d'abord lieu de constater que le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2019 - l'intimée ayant mis fin à la prise en charge des traitements médicaux et au versement des indemnités journalières au 30 avril 2019 compte tenu de la stabilisation du cas.

C'est par ailleurs le lieu de relever que la recourante était âgée de 61 ans et 2 mois au moment de l'ouverture éventuelle du droit à la rente. On peut donc admettre que l'absence de reprise du travail a été motivée - principalement tout au moins - par son âge avancé. Cependant, l'évaluation de la capacité résiduelle de travail faite par S. _____ et le Dr V. _____ ne tient pas compte de l'âge de la recourante, S. _____ se contentant de mentionner que son âge rendrait difficile une réinsertion, de sorte que l'on peut considérer qu'une personne d'un âge moyen présentant les mêmes troubles aurait bénéficié de la même capacité de travail.

ee) S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimée a calculé le revenu sans invalidité en se fondant sur le salaire perçu par l'assurée au moment de l'accident, auprès de son dernier employeur. Ce point n'étant pas litigieux, on laissera indécise la question de savoir si ce revenu sans invalidité s'avère ainsi conforme à l'art. 28 al. 4 OLAA - cela d'autant qu'à supposer que tel ne soit pas le cas, le revenu en cause n'en serait que plus bas (puisque procédant du salaire que pourrait réaliser dans un poste similaire un assuré d'âge moyen, comptabilisant par définition moins d'années de service et une progression salariale moins importante), ce qui aurait des conséquences désavantageuses pour la recourante lors de la comparaison des revenus. Cela posé, il y a lieu de relever que la décision entreprise retient un revenu sans invalidité de 46'265 fr. 15, qui n'est pas contesté.

ff) S'agissant du revenu d'invalidité, il y a lieu de noter que les données de l'ESS 2018 étaient disponibles au moment où la décision sur opposition du 19 janvier 2021 a été rendue, les résultats de l'ESS 2018

ayant été publiés le 21 avril 2020. Le salaire avec invalidité doit en conséquence être déterminé sur la base des données de l'ESS 2018 et être indexé jusqu'à la date de l'ouverture du droit à la rente (TF 9C_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.3.1 et les références citées). C'est par ailleurs le lieu de relever que la référence aux salaires statistiques permet de prendre en compte les circonstances du cas d'espèce. En effet, l'intimée s'est fondée sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples (du niveau de compétence 1 selon l'ESS) qui ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et les références citées).

Il convient plus particulièrement de se fonder sur un montant de 4'371 fr. correspondant au salaire mensuel, part au treizième salaire comprise, versé à une femme dans le secteur privé avec un niveau de compétence 1 pour des tâches simples ne nécessitant pas de formation particulière (ESS 2018, TA 1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1). Après annualisation, il en résulte un salaire de 52'452 francs. Compte tenu de la durée hebdomadaire du travail dans les entreprises en 2019 (41,7 heures [cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique]), ce montant doit être porté à 54'681 fr. 21, auquel il convient encore d'appliquer l'évolution des salaires nominaux pour les femmes jusqu'à 2019 (+ 1 % ; cf. Office fédéral de la statistique, Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 2010-2019) - ce qui conduit, à ce stade, à un revenu annuel de 55'228 francs.

gg) Pour ce qui est du taux d'abattement, l'intimée a fait application d'un facteur de réduction de 10 %, eu égard au handicap présenté par la recourante.

Les circonstances du cas particulier ne justifient pas de procéder à une déduction supérieure à 10 %, contrairement à ce que soutient la recourante en invoquant son âge et l'ampleur de son handicap. Du point de vue du handicap, le taux retenu par l'intimée ne s'avère pas insuffisant dès lors qu'il a déjà été tenu compte des limitations fonctionnelles dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle et que ces limitations consistent en des épargnes ordinaires du rachis.

Concernant par ailleurs le critère de l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, il constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'art. 28 al. 4 OLAA (TF 8C_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 4.3.2 et les références citées). Il convient également de rappeler que selon la jurisprudence, l'âge d'un assuré ne constitue pas *per se* un facteur de réduction du salaire statistique. Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 (laquelle continue de s'appliquer [TF 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2]), il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. L'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (TF 8C_766/2017 et 8C_773/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; TF 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 ; TF 8C_439/2017 du 6 octobre 2017 consid. 5.6.4). Dans le cas d'espèce, force est de constater que la recourante était certes âgée de

61 ans et 2 mois au moment de l'éventuelle naissance du droit à la rente. Néanmoins, de nationalité suisse, elle maîtrise les langues française et allemande, elle a des connaissances en italien (selon ses indications dans la demande de prestations AI), et a travaillé dans diverses professions (selon le rapport du Dr W._____). Elle n'a pas de formation, mais une activité adaptée simple et répétitive n'en nécessite pas. On peut donc admettre qu'elle dispose d'une bonne capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge, surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (voir dans ce sens TF 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2).

Il importe en outre peu que, par décision du 14 juillet 2020, la recourante se soit vu reconnaître le droit à une rente de l'assurance-invalidité du fait de son incapacité à retrouver un emploi adapté à 100 % compte tenu de son âge et de son parcours professionnel. En effet, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Bien plus, l'âge avancé d'un assuré comme facteur prépondérant à son empêchement de maintenir sa capacité de gain n'est pas pris en considération de la même manière en assurance-invalidité qu'en assurance-accidents (cf. TF 8C_849/2017 du 5 juin 2018 consid. 3.2), étant rappelé que dans ce dernier domaine, c'est la réglementation spécifique de l'art. 28 al. 4 OLAA qui prévaut (cf. consid. 7c/cc et 7d/aa supra).

Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de la réduction de 10 % opérée par l'intimée aux termes de la décision attaquée. Il en découle un revenu avec invalidité de 49'705 fr. 20 (55'228 fr. - 10 %), qui s'écarte peu de celui retenu par l'intimée (49'265 fr.), étant relevé que cette divergence ne porte pas à conséquence, dès lors que la comparaison avec le revenu de valide (46'265 fr. 15) n'aboutit toujours pas à une perte de gain.

hh) C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

7. a) En présence d'un état stabilisé constaté par S._____, le Dr V._____, le Dr X._____ et le Dr G._____, lesquels sont d'avis qu'aucune intervention chirurgicale ne se justifie, seule la poursuite de séances de physiothérapie conservatrice étant de mise, l'intimée était en droit de mettre fin au traitement médical fondé sur l'art. 10 LAA. La recourante sollicite toutefois la prise en charge des soins médicaux sur la base de l'art. 21 al. 1 let c LAA. Elle fait valoir que le traitement de Zaldiar lui est indispensable pour conserver sa capacité résiduelle de gain.

b) Lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accident pour soins et le remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont régies par l'art. 21 LAA. Elles sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration ([let. d] art. 21 al. 1 LAA).

c) Or, en l'espèce, le droit à la rente n'a pas été reconnu à la recourante.

De plus, il résulte du rapport du Dr G._____ que la recourante lui a déclaré que les antalgiques n'étaient pas efficaces. Par ailleurs, le Dr X._____ a relevé que la suite du traitement devait rester simple, conservateur et axé sur une prise en charge en autorééducation et antalgie simple à la demande, ce qui ne parle pas en faveur d'un traitement antalgique indispensable au maintien de la capacité de travail résiduelle. En outre, il a constaté que la recourante continuait le

traitement Zaldiar, malgré une intolérance au Tramadol que contenait pourtant ce médicament. Admettant la prise en charge du Tritico, le Dr V._____ a en revanche refusé la prise en charge du Zaldiar, par avis du 6 mai 2019, en raison de l'intolérance de la recourante au Tramadol. Le 7 mai 2019, il a ajouté que ce médicament consistait en un antalgique majeur, entraînant une tolérance (augmentation de la dose au cours du temps) et une pharmacodépendance, et qu'il pouvait être remplacé par du Dafalgan. Cet avis a conduit l'intimée à prendre en charge le Tritico et le Dafalgan pour une période de six mois, à bien plaisir, avec réexamen périodique de la poursuite de cette prise en charge des coûts, et ceci malgré l'absence de droit à une rente, selon lettre du 7 mai 2019.

Cette position échappe à toute critique.

8. **a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe

dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 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 (angulation) en cas de fractures cervicales, dorsales ou lombaires, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose. L'appréciation des douleurs fonctionnelles s'échelonne en quatre degrés, de la manière suivante :

- « 0 » = pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants
- « + » = douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement (1 à 2 jours)
- « ++ » = douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts
- « +++ » = douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos ; charge supplémentaire impossible. Ces douleurs ne diminuent que lentement, après aggravation.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, 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 (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 loc. cit.). 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 (TF 8C_566/2017 loc. cit.).

b) Aux termes de son analyse, le Dr V. _____ a évalué à 10 % l'atteinte à l'intégrité en se fondant sur la table 7.2 des atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale éditée par la CNA, qui prévoit une allocation de 10 % pour une fracture cervicale-dorsale-lombaire, y compris une spondylodèse, cyphose ou scoliose de l'ordre de 10° ; ce taux tient compte de ce que l'assurée souffre de douleurs a minima permanentes, même au repos, et accentuées par les efforts, mais calmées par l'antalgie.

La recourante se prévaut de l'évaluation faite par le Dr W. _____ le 16 septembre 2019, qui a fixé l'indemnité à 35 % en se référant à la description des douleurs par l'assurée qu'il évaluait au degré +++ et en tenant compte de l'association des deux fractures (TH10 et L2), dont l'une présentait une angulation de 13°, et de leur localisation au-dessus et au-dessous de la charnière thoracolombaire avec utilisation maximale des possibilités de compensation pelvienne.

Le 25 août 2020, le Dr V. _____ a ajouté que l'évaluation faite par le Dr W. _____ ne saurait être suivie dès lors que celui-ci estimait l'atteinte à l'intégrité à 35 % en se fondant sur l'existence de douleurs permanentes plus ou moins intenses (+++), alors qu'il avait lui-même estimé que les douleurs étaient cotées à 4/10 lors de son examen final et étaient donc minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts (++) . En ce qui concernait le cumul de plusieurs fractures et de l'aggravation d'une atteinte préexistante, il a relevé que cette atteinte préexistante pouvait être sujet à pondération pour l'atteinte strictement fonctionnelle, ce qui permettait de ne pas situer l'importance des douleurs à la fourchette supérieure. En outre, son estimation de l'atteinte à

l'intégrité se basait sur l'angulation totale résiduelle des fractures qui était inférieure à 10°, les vertébroplasties ayant eu pour effet de reconstituer les corps vertébraux et ainsi limiter la cyphose résiduelle. Elle se fondait principalement sur les limitations fonctionnelles en rapport avec l'atteinte évènementielle, les altérations anatomopathologiques antérieures (atonie abdominale, obésité tronculaire, discarthrose étagée cervico-thoracolumbaire avec imagerie laissant suspecter une ostéoporose non confirmée à la densitométrie du 12.12.2018) entraînant de manière préexistante des limitations fonctionnelles conséquentes. Du fait de cet état antérieur avancé et multiforme, il n'y avait pas lieu d'estimer l'atteinte à l'intégrité à une valeur plus haute que 10 %.

c) On constate que l'évaluation du Dr W._____ est fondée sur l'échelle d'appréciation des douleurs fonctionnelles de la table 7.2 +++, qui correspond à des « douleurs permanentes plus ou moins intenses, également la nuit et au repos, charge supplémentaire impossible ; ces douleurs ne diminuent que lentement après aggravation », en se référant à la description des douleurs de la recourante. Le Dr W._____ retient ainsi le degré maximal de la cotation, ce qui n'est pas cohérent avec l'estimation des douleurs résiduelles à 4/10 relevée par le Dr V._____, étant précisé que le Dr W._____ s'est référé au relevé des plaintes établi par le Dr V._____, n'ayant pas évalué lui-même la cote des douleurs de la recourante. On ajoute que, si S._____ a évalué les douleurs entre 5 et 8/10 début 2019, le Dr X._____ les a estimées entre 6 et 7/10 en juillet 2020. L'échelle ++, qui correspond au troisième et avant-dernier degré, correspond ainsi davantage à l'évaluation chiffrée des douleurs. En outre, ce degré tient compte d'une douleur permanente y compris au repos et accentuée par les efforts, comme c'est le cas en l'espèce selon la description relevée par les Dr V._____ et le Dr X._____.

S'agissant de l'angulation des fractures, le Dr W._____ a évalué à 13° la valeur de l'angulation de la fracture D10 et n'a pas pu évaluer celle de la fracture de la L2 en cause. Quant au Dr V._____, il estime cette valeur à moins de 10° pour les deux fractures. Quoi qu'il en

soit, la table 7.2 indique une IPAI de 5 à 10 % pour une angulation inférieure à 10°, et de 10 à 20 % pour une angulation entre 10 et 20°. Partant, l'IPAI estimée à 10 % est dans la cible que l'angle soit inférieur à 10° ou à 13°.

Enfin, en arrêtant une atteinte à l'intégrité à 35 %, le Dr W._____ a retenu le degré de douleurs fonctionnelles le plus sévère en cas de douleurs +++, couplé à une angulation de 10 à 20° avec facteurs aggravants, ceux-ci résultant, selon le Dr W._____, de l'association de deux fractures occasionnant des limitations fonctionnelles particulières importantes. Or, sur ce dernier point, il ne peut être suivi, les limitations fonctionnelles qu'il a listées n'ayant pas été jugées probantes. On rappelle que les limitations fonctionnelles sont celles connues habituellement en présence de fractures cervicales, dorsales ou lombaires et n'empêchent pas la recourante d'exercer une activité adaptée à temps complet. En outre, il n'est pas établi que la coexistence de deux fractures soit un élément aggravant, en particulier que le simple cumul générerait des limitations fonctionnelles plus importantes, celles-ci ayant été évaluées compte tenu de l'ensemble de la problématique posttraumatique. Le Dr V._____ a en outre noté que les limitations fonctionnelles reconnues par le Dr W._____ tenaient compte d'un état dégénératif antérieur, alors que les atteintes dégénératives ne présentaient pas de lien de causalité avec l'événement accidentel.

En définitive, l'évaluation faite par le Dr V._____ est justifiée et les observations du Dr W._____ ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation.

9. Compte tenu de ce qui précède, un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou d'un renvoi pour instruction complémentaire n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition du 19 janvier 2021 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division juridique, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyat (pour la recourante),
- 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 :