

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Riesen et Mme Gabellon, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; 6 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA ; 22 al. 4 et 36 al. 1 et 2 OLAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, patron et employé de X._____Sàrl, à raison de 30% de tâches administratives et de 70% dans la réalisation concrète de travaux de maçonnerie, a été victime d'un accident de trampoline en date du 21 juin 2015 avec chute d'environ 1 mètre avec réception sur la tête en hyperflexion entraînant une fracture-luxation C5-C6 avec antélisthésis de C5 sur C6 de 7mm et une parésie des quatre membres, nécessitant le 22 juin 2015 une intervention sous forme de microdiscectomie C5-C6, pose d'une cage et fixation par une plaque. Le diagnostic de tétraplégie AIS droite sub C3 a été retenu.

L'intéressé a été en incapacité de travail à 100% dès le 21 juin 2015. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) auprès de laquelle il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels.

Dans la déclaration de sinistre LAA du 22 juin 2015 complétée par l'employeur, il est indiqué un salaire de 7'000 fr. par mois.

Le 24 juin 2015, X._____Sàrl a transmis un relevé du compte salaire de l'assuré, dont il ressort un revenu de 7'000 fr. par mois pour 2014 et 2015.

Par courrier du 14 juillet 2015, la CNA a informé l'assuré de son droit à une indemnité journalière de 184 fr. 15 par jour calendaire à compter du 24 juin 2015. S'en est suivi un premier décompte adressé à l'employeur le 15 juillet 2015.

L'assuré a effectué un premier séjour à la Clinique S._____ (Clinique S._____) du 29 juin 2015 au 17 août 2015, à l'issue duquel une

reprise des tâches administratives de son activité professionnelle à 30% a été proposée dans un but thérapeutique.

Il ressort d'un rapport du 18 août 2015 de T._____, neuropsychologue au sein de la Clinique S._____, que le tableau neuropsychologique de l'assuré était rassurant avec des troubles attentionnels d'intensité globalement légère et une bonne préservation des autres domaines cognitifs.

Dans une appréciation médicale du 6 août 2015, le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès de la CNA, a conclu à une évolution très favorable d'une lésion grave de la colonne cervicale avec contusion centromédullaire.

Par communication du 17 septembre 2015, la CNA a confirmé à l'assuré que sa capacité de travail avait été fixée à 20% (au lieu de 30%) dès le 5 octobre 2015 pour les tâches administratives de son activité.

Le 20 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il y est indiqué un revenu brut mensuel de 7'000 francs.

Un document de la CNA daté du 4 novembre 2015, figurant au dossier de l'assuré, fait état d'un gain assuré (base de l'IJ [indemnité journalière]) et d'un gain annuel (base de la rente) de 84'000 francs.

Dans un rapport de consultation du 9 décembre 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et chef du Service de paraplégie à la Clinique S._____, a mentionné que le patient allait globalement bien et que les progrès fonctionnels avaient été rapides, tout en relevant un état de fatigue après 20 minutes de marche, accompagné d'une aggravation des douleurs au niveau de l'épaule droite qui s'améliorait lorsque le patient s'arrêtait. Celui-ci avait repris une activité administrative à 20% répartie sur cinq jours.

Le Dr J._____ notait, dans un rapport de consultation du 11 février 2016, que la situation était stabilisée, six mois après le retour du patient à domicile, en relevant que les troubles au niveau des membres supérieurs et des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle étaient relativement modestes. Ce médecin mentionnait en outre que les résultats dans la norme d'une évaluation sur simulateur de conduite permettait au patient une reprise de la conduite de véhicules.

L'assuré a été revu en consultation le 13 juillet 2016. Du rapport y relatif du Dr J._____, daté du 15 juillet 2016, il ressortait que la situation du point de vue neurologique et fonctionnelle était restée inchangée depuis 6 mois. Devant le risque important de chronicisation des douleurs, le médecin précité a préconisé un nouveau séjour à la Clinique S._____ pour permettre au patient de surpasser ses limitations et de retrouver une meilleure image de lui.

L'assuré a ainsi effectué un second séjour à la Clinique S._____ du 17 août au 27 septembre 2016. Selon un rapport du 28 septembre 2016, le diagnostic de tétraplégie incomplète AIS D de niveau sensitivo-moteur C3 avec troubles des fonctions urinaire et sexuelle a été retenu. Dans l'anamnèse du patient, les médecins de la Clinique S._____ faisaient référence à un rapport du 9 septembre 2015, établi à la suite du premier séjour de l'assuré dans cette Clinique, dont il ressortait notamment ce qui suit :

« Un US [ultrason] effectué visualise une rupture partielle du muscle supra-épineux sans indication opératoire. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et des parties molles du cou, effectuée le 09.07.2015 revient normale, sans lésion en faveur d'une lésion post-traumatique ou dissection des axes carotides et vertébraux. Un examen neuropsychologique, effectué les 8 et 9.08.2015, va dans le même sens avec un tableau clinique rassurant avec des troubles attentionnels d'intensité globalement légère et une bonne préservation des autres domaines cognitifs. Une Rx [radiographie] de la colonne cervicale du 03.07.2015 a démontré que la courbure reste physiologique au niveau du rachis cervical après l'ostéosynthèse effectuée. Un contrôle radiologique, effectué le 05.08.2015 aux Hôpitaux W._____ [Hôpitaux W._____] par la Dr [...], est rassurant permettant un sevrage progressif de la minerve sur 2 semaines. Un nouveau contrôle radio-clinique est agendé en octobre 2015. A la sortie, le patient garde encore une

mobilité réduite au niveau cervical en flexion/extension et rotation D/G, nécessitant la poursuite de la physiothérapie ambulatoire. En ce qui concerne les douleurs neurogènes au niveau du membre supérieur, principalement distales, elles sont moyennement contrôlées par traitement de Vibalgic et Lyrica. Il est indépendant pour les activités de la vie quotidienne. On propose une reprise du travail administratif à but thérapeutique. La situation sera réévaluée lors du prochain rendez-vous à la Clinique S._____ le 30.09.2015. »

A la fin du second séjour de l'intéressé à la Clinique S._____, les médecins ont constaté que ses capacités fonctionnelles étaient identiques qu'à son entrée, que les douleurs étaient au minimum entre 4 et 5/10 et que la plupart des tests fonctionnels restaient stables ou s'aggravaient, tout comme les amplitudes articulaires au niveau de la colonne cervicale et des deux épaules. Ils proposaient la poursuite du traitement ambulatoire du travail d'amélioration des fonctions articulaires et musculaires, ainsi que des exercices à domicile et concluaient à une incapacité de travail de 100% du 28 septembre 2016 au 28 décembre 2016 dans l'activité habituelle de chef d'entreprise de maçonnerie.

Dans un rapport de consultation du 19 janvier 2017, le Dr J._____ a mentionné qu'un an et demi après l'apparition de la tétraplégie chez le patient, la situation était somatiquement stable, celui-ci ayant récupéré une bonne fonction au niveau de la motricité, mais ne réussissant pas à transférer les possibilités théoriques dans des activités de la vie quotidienne, en raison d'une situation de détresse. Le médecin précité a ainsi prolongé l'incapacité de travail du patient du 1^{er} janvier 2017 au 31 mars 2017 et a préconisé un suivi psychiatrique, seule mesure, de l'avis de ce médecin, pouvant permettre de débloquer la situation.

L'assuré a été soumis à un examen final le 6 février 2017 effectué par le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Du rapport y relatif, daté du même jour, on extrait ce qui suit :

« Sur le plan neurologique, il y a une nette amélioration de sa tétraparésie. A mon avis, sur le plan neurologique, la situation n'est pas stabilisée. Elle est susceptible de s'améliorer. Persistance de cervicalgies irradiant vers les fibres hautes du trapèze à D se

traduisant par une atteinte à l'intégrité corporelle qui fera l'objet d'une appréciation séparée.

Sur le plan urologique, dysurie, pollakiurie, troubles de l'érection qui ne sont pas constants. L'assuré n'a pas essayé de prendre des médicaments. A mon avis, sur ce plan, la situation n'est pas non plus stabilisée.

Je partage l'avis du Dr J._____. L'assuré n'a aucun projet professionnel. Il décrit une sensation de fatigue constante. Un suivi psychologique me semble indispensable.

Sur le plan professionnel, à mon avis, l'incapacité de travail actuelle est due aux problèmes psychologiques. A terme, sur le plan somatique, l'assuré devrait pouvoir travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à un taux se situant entre 50% et 75%. »

S'agissant de l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité, le Dr M._____ a retenu ce qui suit :

« Suite à l'accident du 21.06.2015, l'assuré a eu une fracture de C5 avec luxation facettaire C5-C6 et antélisthésis C5-C6 qui a nécessité une discectomie et spondylodèse antérieure par plaque vissée C5-C6. L'assuré décrit des douleurs permanentes d'intensité variable présentes la nuit et au repos. Il ne peut pas porter des charges.

La table 7 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA prévoit une indemnisation de 10% à 20% en cas de douleurs+++ avec une augmentation de 5% à 15% en cas de spondylodèse. Dans le cas de M. C._____, une indemnisation de 30% me paraît justifiable.

Suite à l'accident, l'assuré a eu une tétraplégie incomplète type ASIA D qui est en voie d'amélioration. Sur le plan neurologique, à mon avis, le cas n'est pas stabilisé. Sur le plan urologique et gastro-intestinal, à mon avis, la situation n'est pas stabilisée. »

Par courriel du 20 février 2017, X._____Sàrl a transmis les récapitulatifs des salaires de l'assuré pour les années 2014 et 2015, dont il ressort un montant de 175'000 fr. en janvier 2015 sous la rubrique « Prime, gratification », en sus du salaire mensuel de 7'000 francs.

Selon un extrait du compte individuel (CI) de l'assuré au 24 mai 2017, le revenu déclaré pour 2014 est de 68'391 fr. et celui pour 2015 de 218'915 francs.

Dans un rapport de consultation de la Clinique S._____ du 5 juillet 2017, le Dr J._____ a mentionné qu'au niveau réadaptatif, le patient avait atteint quasi l'optimum possible, avec une récupération excellente des fonctions de la marche, tout en relevant que les déficits

persistants au niveau de l'équilibre, de l'endurance, de la mobilité de la nuque et des douleurs neurogènes et musculo-squelettiques y relatives étaient absolument dans la norme acceptable et ne devaient pas représenter la barrière infranchissable que le patient semblait y voir. Il a précisé que les limitations étaient au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives mais pas au niveau somatique.

Par avis du 17 juillet 2017, le Dr M._____ a indiqué que la situation de l'assuré était stabilisée du point de vue organique et que celui-ci pouvait effectuer un travail semi-sédentaire en évitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque.

Il ressort d'une notice téléphonique du 20 juillet 2017 que l'assuré s'est octroyé une prime de 125'0000 fr. [recte : 175'000 fr.] en janvier 2015 compte tenu du bénéfice de l'entreprise de 90'000 fr. obtenu en 2014.

Dans un rapport du 3 août 2017, Z._____, psychologue qui suit l'assuré depuis le 6 mars 2017, a fait état d'un épisode dépressif moyen et a préconisé la poursuite d'une psychothérapie.

Par courrier du 25 août 2017 à la CNA, l'Administration cantonale des impôts lui a fait en substance savoir qu'elle n'était pas en mesure de lui transmettre les informations demandées (renseignements sur les revenus imposables des années 2013 à 2016 de l'assuré, soit une copie des certificats de salaire), seules les données nécessaires pouvant être transmises dans le cadre de l'assistance administrative. Elle a tout de même indiqué que les revenus de l'intéressé ressortant des décisions de taxation passées en force se montaient à 49'717 fr. pour 2013, 74'503 fr. pour 2014 et 228'958 fr. pour 2015.

Le 28 septembre 2017, le Dr M._____ a précisé, sur demande de la CNA, qu'il estimait la capacité de travail de l'assuré à 75% sur le plan somatique, dans une activité adaptée.

Par courrier du 4 octobre 2017 au conseil de l'assuré, la CNA l'a informé de la fin du versement de l'indemnité journalière et du paiement des soins médicaux avec effet au 30 novembre 2017, la situation étant considérée comme médicalement stabilisée.

Par décision du 3 novembre 2017, la CNA a octroyé une rente d'invalidité à l'assuré de 2'016 fr. par mois, calculée sur une diminution de la capacité de gain de 36% et basée sur un gain annuel assuré de 84'000 fr. et un revenu d'invalidé de 53'856 francs. Elle a également reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 30% du gain annuel (126'000 fr.), à hauteur de 37'800 francs.

Le 7 décembre 2017, l'assuré a fait opposition à la décision précitée, considérant en substance que sa situation n'était pas stabilisée sur le plan médical, en se référant notamment au rapport du Dr J. _____ du 7 décembre 2017, dans lequel ce médecin lui suggérait d'effectuer un séjour à la Clinique S. _____ en début d'année suivante, dans le but de pouvoir « reconstruire un quotidien concret autour des fonctions récupérées ». Il a également contesté le taux de diminution de la capacité de gain pris en compte pour le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qu'il estimait à 80% (au lieu de 30%).

Par avis du 3 janvier 2018, le Dr D. _____, médecin d'arrondissement remplaçant, a mentionné qu'un suivi médical régulier comportant des consultations, des médicaments et des prescriptions de physiothérapie était nécessaire à long terme pour le maintien de l'état de santé actuel de l'assuré dans un contexte de tétraplégie incomplète, de même que les séances de physiothérapie selon la fréquence prescrite par la Clinique S. _____ durant au moins une année.

L'assuré, par l'intermédiaire d'un nouveau conseil, a complété son opposition par courriers successifs des 10 avril, 28 septembre et 4 octobre 2018, en faisant en substance valoir que son état de santé n'était pas stabilisé, compte tenu notamment des certificats établis par le Dr

J._____ de la Clinique S._____, attestant une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} octobre 2017, ainsi que d'un rapport du 27 septembre 2018 du service de neurologie du Centre hospitalier P._____ (Centre hospitalier P._____). Dans son courrier du 10 avril 2018, l'assuré a également mentionné que les contrats importants qu'avait pu conclure X._____Sàrl expliquaient l'augmentation de son salaire et, en particulier, le versement d'un montant de 175'000 fr. en sus en janvier 2015. Il demandait à cet égard un complément d'instruction sur le salaire à appliquer aux indemnités journalières et à la rente d'invalidité. Dans ses courriers postérieurs des 28 septembre et 4 octobre 2018, l'assuré a réservé sa détermination sur l'augmentation du gain assuré à prendre en compte pour le calcul des indemnités journalières.

Par courrier du 1^{er} mars 2019 au conseil de l'assuré, la CNA a requis des pièces pouvant étayer que celui-ci avait reçu, entre le 21 juin 2014 et le 20 juin 2015, un salaire supérieur à 84'000 francs. Elle a également constaté l'absence de traitement *ad hoc* depuis le 1^{er} décembre 2017, permettant de remettre en cause le départ de la rente d'invalidité à compter de cette date.

Le 7 mars 2019, le conseil de l'assuré a transmis diverses pièces, dont les comptes de la société X._____Sàrl pour les années 2014 et 2015, ainsi que les déclarations de salaires dont il ressortait un montant de 84'029 fr. pour 2014 et de 258'736 fr. en 2015.

Dans un rapport du 5 avril 2019, la Dre X._____, spécialiste en neurologie et en médecine physique et réadaptation et médecin adjoint auprès du service de neurologie du Centre hospitalier P._____, a attesté une incapacité de travail complète de l'assuré en raison des douleurs. Elle préconisait une évaluation de la capacité de travail (bilan de physiothérapie et d'ergothérapie en activité) de l'assuré ainsi qu'un traitement d'ostéopathie pour soulager les douleurs ostéoarticulaires, de même qu'un bilan phoniatrique-logopédique pour évaluer la présence ou l'absence de troubles de la déglutition.

Par courrier du 25 avril 2019, la CNA a demandé à l'assuré de lui transmettre un extrait du compte bancaire établissant la date où le montant de 125'000 fr. (recte : 175'000 fr.) avait été crédité.

Par courrier du 10 mai 2019, l'assuré a précisé que la prime versée en janvier 2015 se montait à 175'000 fr. et a produit à ce titre le compte salaire de l'année 2015. Il a précisé qu'il utilisait le compte de l'entreprise pour ses besoins privés, de même que pour payer des factures privées.

Par décision sur opposition du 26 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a en substance retenu, au vu des divers rapports médicaux versés au dossier, qu'il n'existait pas de mesures thérapeutiques spécifiques susceptibles d'améliorer notablement le status de l'assuré. Ainsi, il n'y avait pas lieu de revenir sur la date de départ de la rente au 1^{er} décembre 2017. S'agissant de la capacité de travail de l'assuré, la CNA a relevé que les limitations constatées étaient en lien avec le domaine psychique pour lequel elle n'intervenait pas et non somatique et que l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée, à vocation semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges supérieures à 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque. Elle a ainsi confirmé la capacité de travail retenue dans la décision querellée. Pour ce qui était du montant du gain assuré, la CNA a relevé que la prime exceptionnelle de 175'000 fr. dont se prévalait l'assuré pour percevoir des indemnités journalières et une rente d'invalidité calculées sur le montant maximum de ce gain ne pouvait être prise en considération, dès lors que celui-ci n'avait pas été à même de fournir une preuve tangible du versement effectué en janvier 2015, que les pièces fournies à ce titre ne correspondaient pas à celles qui avaient été produites en 2015 où ce montant ne figurait pas et que ce montant avait été comptabilisé sur le compte de la société où les derniers privés et de l'entreprise se confondaient. Ainsi, il y avait lieu de maintenir le gain annuel assuré de 84'000 fr. Enfin, la CNA a considéré que le pourcentage lié à la diminution de la capacité de gain de 30% retenu pour calculer l'indemnité pour

atteinte à l'intégrité pouvait être confirmé sur la base de l'estimation faite par le Dr M. _____ dans son rapport du 6 février 2017.

B. Par acte du 12 août 2019, l'assuré, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec suite de dépens, principalement à ce que les indemnités journalières selon la LAA dont il a droit soient calculées sur la base du montant maximum du gain assuré depuis le 24 juin 2015 et ce sans interruption, soit également après le 30 novembre 2017 et à ce qu'un droit à la prise en charge par la CNA des traitements médicaux en lien avec l'accident du 21 juin 2015 lui soit reconnu ; subsidiairement, à ce qu'un droit à une rente entière (100%) d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2017 calculée sur la base du montant maximum du gain assuré et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 50% lui soit reconnu ; et encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition du 26 juin 2019 et au renvoi de la cause à la CNA pour nouvelle instruction au sens des considérants. Outre une violation de son droit d'être entendu, le recourant invoque en substance que son état de santé n'était pas stabilisé, en se fondant notamment sur l'avis du Dr J. _____ de la Clinique S. _____. Il estime, compte tenu de l'important état algique et des avis médicaux divergents figurant au dossier, que l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale. Le recourant fait également valoir que l'intimée, en faisant siennes les conclusions du Dr M. _____ au sujet de sa capacité de travail, n'a pas tenu compte des avis des Drs J. _____ et X. _____ qui retiennent une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Il relève encore que les indemnités journalières et la rente d'invalidité doivent être calculées sur la base du montant maximum du gain assuré, en se fondant sur un extrait de compte individuel du 24 mai 2017 faisant état d'un revenu de 218'915 francs. Enfin, il estime que le taux de l'atteinte à l'intégrité doit être fixé à 50%, soit au taux équivalent à une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, compte tenu de la tétraplégie incomplète dont il souffre.

Par réponse du 24 octobre 2019, la CNA a conclu au rejet du recours, reprenant en substance les arguments formulés dans la décision sur opposition querellée.

Répliquant le 13 novembre 2019, le recourant a confirmé les conclusions prises dans son recours du 12 août 2019.

Le 4 décembre 2019, le recourant a produit un rapport médical du Dr J. _____ du 26 novembre 2019, dans lequel ce médecin mentionne que la situation est stabilisée du point de vue de la lésion médullaire, avec un résultat fonctionnel somatique correct, mais que des douleurs et une kinésiophobie rendent les activités de la vie quotidienne quasiment impossibles. Il décrit le quotidien difficile du recourant (fort ralentissement dans l'accomplissement des quelques tâches ménagères qu'il effectue, mobilité réduite, épuisement, péjoration des douleurs lors des activités) et indique être très pessimiste quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il ne voit pas quelles interventions médicales pourraient améliorer sa situation, si ce n'est un soutien psychologique et la poursuite des séances de physiothérapie.

Par duplique du 17 décembre 2019, l'intimée a maintenu sa position, tendant au rejet du recours, relevant que le rapport médical produit par le recourant, postérieur à la décision attaquée, ne pouvait être pris en considération et que, même dans l'hypothèse où l'on tenait compte de ce rapport, celui-ci ne faisait que confirmer les conclusions du médecin d'arrondissement de la CNA, selon lesquelles l'état de santé du recourant était stabilisé au 17 juillet 2017.

Le recourant s'est encore déterminé le 14 janvier 2020.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement les taux à la base de ces prestations.

A cet égard, la conclusion prise par le recourant relative au montant des indemnités journalières sort du cadre du présent litige, si bien qu'elle doit être déclarée irrecevable. Au demeurant, comme l'a relevé à juste titre l'intimée, la contestation de l'assuré sur ce point date du 10 avril 2018 alors que celui-ci a été informé du montant de l'indemnité journalière par courrier du 14 juillet 2015, suivi par un décompte adressé à l'employeur le 15 juillet 2015. Cette contestation est ainsi intervenue bien au-delà du délai de trois mois fixé par le Tribunal fédéral en la matière (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 et TF 8C_789/2012 du 16 septembre 2013 consid. 4.1), de sorte qu'elle est de toute façon tardive et que le décompte en question est entré en force.

3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. Dans un premier grief de nature formelle, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu.

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

En l'espèce, le recourant reproche à la CNA d'avoir ignoré sa demande, tendant à la production du dossier de contrôle AVS effectué en 2015 et de la détermination du réviseur LAA/LAVS sur la problématique des 175'000 francs. En l'occurrence, on ne voit pas en quoi ces documents auraient pu influencer sur la décision querellée. En effet, la CNA a estimé à juste titre que les éléments au dossier étaient suffisants pour lui permettre de trancher la question au stade de la vraisemblance prépondérante. D'ailleurs le recourant ne réitère pas cette réquisition de production au stade du recours, alors qu'il aurait eu tout loisir de le faire. On ne saurait ainsi retenir une violation du droit d'être entendu du recourant par l'autorité administrative.

5. Le recourant reproche à la CNA d'avoir considéré que son cas était stabilisé, en se fondant en particulier sur l'avis du Dr M. _____, alors que de l'avis du Dr J. _____, tel ne serait pas le cas.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

c) En l'occurrence, dans son rapport du 6 février 2017, le Dr M._____ a estimé que le cas de l'assuré n'était pas stabilisé sur les plans neurologique, urologique et gastro-intestinal. A la suite du rapport du Dr J._____ du 6 juin 2017 qui concluait à la présence de limitations au niveau de l'estime de soi et du manque de perspectives, mais pas au niveau somatique, le Dr M._____ a retenu que la situation était stabilisée (cf. avis du 17 juillet 2017). Il a en outre indiqué que l'intéressé pouvait effectuer un travail semi-sédentaire en évitant le port de charges de plus de 15 kg et les positions statiques prolongées de la nuque. S'agissant du taux de capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr M._____ avait évoqué une fourchette entre 50 et 75% dans son rapport du 6 février 2017 ; interrogé à ce sujet, il a fixé le taux à 75% sur le plan somatique par avis du 29 septembre 2017. L'intimée a considéré, sur la base des rapports précités du DM._____ que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière le 4 octobre 2017 avec effet au 30 novembre 2017. Il convient en effet de constater

qu'aucune pièce du dossier ne laisse entrevoir une possible amélioration de la capacité de travail du recourant. Au contraire, il ressort des différents rapports médicaux produits que les médecins n'ont pas de nouvelle proposition de traitement à lui administrer (cf. en particulier rapport des 19 janvier 2017 et 5 juillet 2017 du Dr J._____), hormis la poursuite des séances de physiothérapie et un suivi psychologique.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré que l'état de santé du recourant était stabilisé au 17 juillet 2017 et qu'elle a cessé le versement des indemnités journalières au 30 novembre 2017.

6. Le recourant fait ensuite valoir que l'intimée, de manière arbitraire et contraire à la maxime inquisitoire, s'est fondée sur les conclusions du Dr M._____, au sujet de sa capacité de travail, en écartant l'appréciation divergente des Drs J._____ et X._____, qui retiennent une incapacité de travail totale dans une activité adaptée.

a) 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).

b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution 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. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) En l'espèce, l'intimée s'est uniquement basée sur les rapports du Dr M._____ pour retenir que l'exercice d'une activité adaptée à 75%, sans baisse de rendement, était exigible. Ce médecin a d'abord indiqué que le recourant pourrait à terme exercer une activité adaptée à un taux compris entre 50 et 75% alors que la situation n'était pas encore stabilisée (cf. rapport du 6 février 2017). Il a ensuite précisé, sur demande de l'intimée, qu'il estimait cette capacité à 75% sans émettre la moindre appréciation. Il convient en l'occurrence de constater que l'avis du Dr M._____ n'est corroboré par aucune pièce du dossier.

En effet, la Dre X._____, a attesté une incapacité de travail complète de l'assuré en raison des douleurs. Elle a préconisé une évaluation de la capacité de travail (bilan de physiothérapie et d'ergothérapie en activité) de l'assuré, laquelle n'a jamais eu lieu, ainsi qu'un traitement d'ostéopathie pour soulager les douleurs ostéoarticulaires (cf. rapport du 25 avril 2019). Certes, elle n'a pas précisé pour quels types de tâches il y aurait impossibilité à déployer une activité, ni n'a défini les limitations fonctionnelles du recourant, mais son rapport suffit à jeter le doute sur le bien-fondé de l'avis du Dr M._____ en lien avec la capacité résiduelle du recourant.

Quant au Dr J._____, il a mentionné que la situation était stabilisée du point de vue de la lésion médullaire, avec un résultat fonctionnel somatique correct, mais que des douleurs et une kinésiophobie rendaient les activités de la vie quotidienne quasiment impossibles. Il a décrit le quotidien difficile du recourant (fort ralentissement dans l'accomplissement des quelques tâches ménagères qu'il effectue, mobilité réduite, épuisement, péjoration des douleurs lors des activités) et a indiqué être très pessimiste quant à la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit (cf. rapport du 26 novembre 2019). Ainsi, si le Dr J._____ fait état d'une composante psychique dans les difficultés rencontrées par le recourant, il mentionne également les douleurs qui s'aggravent lors des activités. Il a, à cet égard, prescrit la poursuite du traitement de physiothérapie.

Compte tenu des avis divergents du Dr M._____, d'une part, et, des Drs X._____ et J._____, d'autre part, l'intimée ne pouvait se contenter de suivre les seules conclusions du Dr M._____ pour déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

On relèvera encore, contrairement à ce que soutient l'intimée, que le rapport du Dr J._____ du 26 novembre 2019 doit être pris en compte, dès lors qu'il se rapporte à une situation qui existait déjà au moment de la décision litigieuse, et ne contient pas de faits nouveaux (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

d) Considérant ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a estimé que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à 75 % avec un plein rendement sur la base des seules conclusions du Dr M._____, lesquelles n'emportent pas conviction. Dès lors que l'on ne peut accorder une pleine valeur probante aux rapports du Dr M._____, sous l'angle de l'évaluation de la capacité de travail, il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

L'instruction apparaît de ce fait lacunaire et nécessite d'être complétée, le dossier ne permettant pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes liées à l'accident du 21 juin 2015. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction et de mettre en œuvre une expertise orthopédique afin que l'expert se prononce sur les atteintes que le recourant présente (diagnostic, étiologie, évolution) ainsi que sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à la CNA, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen du taux d'invalidité, et de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

Vu ce qui précède, on ajoutera qu'il n'y a pas lieu de se prononcer sur les griefs du recourant relatifs à l'évaluation de son degré d'invalidité, respectivement à la détermination du revenu sans invalidité. L'instruction du cas étant encore incomplète, il est en effet prématuré de statuer sur ces questions.

7. Le recourant reproche enfin à l'intimée une estimation incorrecte de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à laquelle il a droit.

a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit,

indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

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 du 8 mars 2018 consid. 5.1). 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 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

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.

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA)]

b) Le Dr M._____ a fixé à 30% le taux de l'atteinte à l'intégrité en relation avec les séquelles somatiques de l'accident. Il s'est basé, pour ce faire, sur la table 7 (« Atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale ») qui prévoit une indemnisation de 10 à 20% en cas de douleurs +++ avec une augmentation de 5 à 15% en cas de spondylodèse. Il a pondéré ces taux compte tenu de la tétraplégie incomplète type ASIA D présente chez le recourant.

Ce dernier soutient, pour sa part, qu'il y a lieu d'appliquer, compte tenu de la tétraplégie incomplète, un taux de 50%, équivalent à une atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale, selon l'annexe 3 OLAA.

En l'espèce, on ne voit pas de motifs de s'écarter de l'évaluation faite par le Dr M._____. En particulier, le recourant n'apporte pas d'éléments médicaux qui justifierait de s'écarter de l'appréciation du médecin précité. L'intimée était ainsi fondée à allouer au recourant une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 37'800 fr. fondée sur un taux de 30%. Sur ce point, le recours doit être rejeté.

8. **a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité et la décision sur opposition attaquée annulée en tant qu'elle concerne le taux d'invalidité du recourant. La cause est renvoyée à la CNA pour qu'elle procède conformément aux considérants. La décision litigieuse est confirmée s'agissant de l'IPAI.

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

c) Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

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

- I.** Le recours est partiellement admis dans la mesure de sa recevabilité.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 juin 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée en tant qu'elle concerne le taux d'invalidité, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. Elle est confirmée s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à C. _____ un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour C. _____),
 - 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 :