

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 août 2011

---

Présidence de M. NEU  
Juges : M. Dind et M. Métral  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 al. 1, 18 al. 1, 19 al. 1, 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA; 8 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** V.\_\_\_\_\_, né en 1968, travaillait depuis le 1<sup>er</sup> mars 2006 en qualité de monteur-électricien auprès de l'entreprise [...] à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA).

Le 24 mars 2007, il a été victime d'une chute dans les escaliers de son immeuble entraînant une contusion dorsale. L'assuré s'est alors plaint de dorsolombalgies, ainsi que de douleurs au coude et au poignet droits. Au terme d'un examen radio-clinique effectué le même jour aux urgences de l'établissement O.\_\_\_\_\_ à [...], aucune fracture n'a été retenue. L'assuré a pu reprendre son travail en date du 2 avril 2007 (D.3). En raison de la persistance de douleurs, l'assuré a présenté dès le 4 juin 2007 une incapacité totale de travail, une IRM réalisée le 17 mai 2007 en [...] objectivant une fracture de D12 mur antérieur qui n'avait pas été visualisée lors de la radiographie de la colonne lombaire effectuée en mars 2007. Dans un rapport du 11 juin 2007, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique à l'établissement O.\_\_\_\_\_ a préconisé une tonification de la musculature spinale en lordose, voire une indication opératoire en cas de persistance des douleurs (D.8). L'assuré se plaignant de paresthésies sous forme de fourmillements et de picotements dans les membres inférieurs, il a été adressé au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui n'a mis aucune atteinte neurogène en évidence (D.17). La CNA a pris en charge le cas et a donc garanti le versement des prestations légales d'assurance.

Dans un rapport du 20 juillet 2007 (D.23), le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement à la CNA, a constaté la présence d'une fracture-tassement de D12 avec une perte de hauteur du mur antérieur de 50 %, déterminant une cunéiformisation de 15°, ainsi qu'une petite protusion du mur postéro-supérieur, visible sur l'IRM. Le patient étant manifestement tendu, anxieux et présentant une certaine kinésiophobie, le Dr T.\_\_\_\_\_ a préconisé une prise en charge par la Clinique R.\_\_\_\_\_

en vue d'effectuer un nouveau bilan radiologique et de dynamiser la rééducation.

L'intéressé a finalement séjourné à la Clinique R. \_\_\_\_\_ du 22 août au 18 septembre 2007 en vue d'une prise en charge interdisciplinaire stationnaire en raison de la persistance des rachialgies. Dans un rapport de synthèse du 25 septembre 2007 (D.39), les Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et L. \_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin-assistant du service de réadaptation générale, ont posé les diagnostics suivants :

" Diagnostic primaire

*-Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)*

Diagnostics secondaires

*-Douleurs dorsales basses et à la jonction dorso-lombaire irradiant dans les dernières côtes (M 54.5)*

*-Fracture-tassement du plateau supérieur de D12 le 24.03.2007 (T 91.1)*

*-Discrète myélopathie dorsale basse postérieure secondaire à une discrète contusion médullaire survenue le 24.03.2007 (S 24.1)*

*-Séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale à l'origine de l'accentuation de la cyphose médiadorsale (Z 87.3 ;M 40.2)*

*-Spina bifida occulta S1 (sans signification pathologique) (Q 76.0)*

*-Anomalie transitionnelle lombosacrée (Q 76.4)*

Comorbidité

*-Hypercholestérolémie (E 78.0) "*

Du point de vue objectif, ils ont indiqué que la fracture D12 se consolidait avec un défaut osseux postéro-médian et qu'elle s'accompagnait d'un trouble statique modéré. Ils ont en outre constaté une accentuation de la cyphose médio-dorsale en rapport avec des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance. Les potentiels évoqués somesthésiques étaient compatibles avec une discrète contusion médullaire. Sur le plan subjectif, ils ont signalé que le patient craignait de mouvoir le tronc et le niveau d'anxiété était marqué lorsque la douleur s'accroissait. Le handicap fonctionnel auto-évalué pour les activités de la vie quotidienne (Oswestry) était toujours très élevé et le comportement de

type " catastrophisation " marqué. Les indicateurs subjectifs étant " dans le rouge ", les Drs W. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont posé un pronostic réservé en termes de réintégration professionnelle. Ils ont conclu à une incapacité de travail totale de longue durée dans la profession actuelle de monteur-électricien. Sur le plan psychiatrique, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a mis en évidence aucun trouble au sens strict du terme. Il a néanmoins retenu des croyances délétères, le patient ayant craint à un certain moment d'être paralysé sur la base de ce qu'il avait cru comprendre de son dossier. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a toutefois estimé qu'à ce stade, une prise en charge psychologique ne se justifiait pas, l'assuré n'ayant par ailleurs fait aucune demande dans ce sens (rapport du 28 août 2007 relatif à un consilium psychiatrique du 27 août 2007).

Dans un rapport du 5 décembre 2007 (D.57), le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-chef de la consultation d'antalgie à l'établissement O. \_\_\_\_\_, a estimé que les douleurs présentées par le patient étaient assurément liées à la fracture de D12. Le caractère des douleurs actuelles ne parlait pas en faveur d'une origine neuropathique. Par contre, outre les suites de la fracture elle-même, il y avait des douleurs issues des contractures musculaires paravertébrales et liées à une charge anormale sur les articulations facettaires postérieures vertébrales dorsales basses, raison pour laquelle le Dr Z. \_\_\_\_\_ a instauré un traitement pour tenter de soulager les douleurs précitées, sans toutefois assurer leur disparition.

Dans un rapport de consultation du 14 mars 2008 (D.59), le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin-adjoint de [...] a posé le diagnostic de status post-fracture Burst de D12 et a considéré que l'assuré était un mauvais candidat à un geste chirurgical lourd sous forme d'une spondylodèse D 11-12 par voie antérieure, au vu des signes de décompensation de type sinistrose ou somatisation. Il a dès lors prescrit un corset-test.

Afin de faire le point de la situation, l'assuré a été examiné par le Dr T. \_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 9 juillet 2008 (D.69), a constaté que la mobilité rachidienne restait limitée, que la mobilisation s'effectuait avec beaucoup de prudence et que le rythme lombo-pelvien était perturbé

lors du redressement du tronc. En outre, les changements de position étaient difficiles et le patient avait de la peine à rester longtemps assis. Le processus d'invalidation était dès lors engagé et il était peu probable de le faire infléchir. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a conclu que l'intéressé n'était pas prêt à se faire opérer, ni à s'investir dans un processus de réadaptation professionnelle.

Dans un rapport de consultation du 22 août 2008 (D.78), le Dr X. \_\_\_\_\_ a confirmé que le status demeurait inchangé et a exclu la présence de signes d'une myélopathie au niveau des membres inférieurs ou un déficit sensitivomoteur tout en relevant la difficulté à réaliser l'examen de la colonne lombaire avec une kinésiophobie importante et des symptômes de non-organicité de Waddell à 3/5. Il a estimé qu'une reconversion professionnelle devait être organisée sous forme d'un séjour à la Clinique R. \_\_\_\_\_.

L'intéressé a dès lors effectué un deuxième séjour à la Clinique R. \_\_\_\_\_, soit du 23 septembre au 28 octobre 2008 en vue d'une nouvelle évaluation, y compris sur le plan professionnel. Dans un rapport de synthèse du 18 décembre 2008 (D.87), les Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_, médecin-assistante du service de réadaptation générale, ont confirmé les diagnostics primaire et secondaires mis en évidence lors du premier séjour de l'assuré à la Clinique R. \_\_\_\_\_. Ils ont également retenu le diagnostic secondaire de douleurs du poignet droit d'origine non spécifique (M 79.64), ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (selon le consilium psychiatrique du 25 septembre 2008 du Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) et tabagisme chronique (F 17.2) en tant que facteurs de comorbidité. S'agissant de l'appréciation du cas, les Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont notamment mentionné ce qui suit :

" A l'entrée, le patient a de multiples douleurs persistantes du poignet droit et du coude droit, de fortes douleurs lombaires déjà au repos, évaluées à 10/10 sans traitement et à 7/10 sous traitement médicamenteux antalgique. Ces douleurs sont encore accentuées à la marche, par le port de charges et calmées par le décubitus dorsal et le repos. Il y a des fourmillements dans le bras droit jusqu'à la main droite

et dans le membre inférieur droit jusque dans le genou et la face externe du pied.

Au status, on provoque des douleurs à la percussion du D6 à L1. Il y a une mobilité réduite de la colonne dorsale basse due aux douleurs.

Un CT-scan du rachis du 10.12.2007 n'a pas montré de changement par rapport à l'IRM du rachis du 17.05.2007, la fracture étant consolidée. Une IRM de la colonne dorsale du 19.03.2008 a montré un remaniement après la fracture, avec un œdème surtout du plateau supérieur de D12 postérieurement.

(...) On retient donc une évolution objectivement favorable d'une discrète myélopathie postérieure dorsale basse, contrastant avec un processus d'invalidation. Les potentiels évoqués sensitifs du tibial postérieur, qui étaient légèrement asymétriques et de latence discrètement augmentée l'an dernier, sont actuellement dans les limites normales.

Dans le cadre du bilan multidisciplinaire, un consilium psychiatrique est réalisé le 25.09.2008, qui met en évidence un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. On relève aussi un fond de colère et de revendication par rapport à la prise en charge initiale, ainsi qu'une présentation symptomatique alimentée par des croyances singulières concernant le corps, dans le contexte de la persistance des douleurs, de l'incapacité probable à reprendre l'activité antérieure de monteur-électricien, ainsi qu'en lien avec une séparation conjugale très récente. Dans ce contexte psychologique, toute médication paraît contribuer davantage à l'identité de malade qu'à amener un bénéfice, raison pour laquelle aucune médication psychotrope n'a été prescrite".

Les douleurs au poignet droit ont paru peu spécifiques. Les praticiens de la Clinique R. \_\_\_\_\_ ont cependant préconisé de compléter le bilan par une arthro-IRM. Par ailleurs, il a été relevé que l'intéressé avait réalisé des progrès dans les activités effectuées au sein des ateliers professionnels, mais qu'ils étaient toutefois insuffisants pour remplir les pré-requis pour des mesures professionnelles. Les Drs W. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont confirmé que l'incapacité de travail dans l'activité de monteur-électricien était totale et définitive. Toutefois, les multiples auto-limitations ne permettaient pas l'utilisation fiable des tests fonctionnels pour déterminer les aptitudes résiduelles. Au vu de l'intensité de la douleur, du niveau élevé du handicap fonctionnel autoévalué et de l'absence d'impact des mesures médicales, la réintégration professionnelle a paru difficile.

L'employeur a informé la CNA par courrier du 12 janvier 2009 que l'assuré avait quitté l'entreprise le 7 janvier 2009 (D.92).

Dans un rapport du 10 mars 2009 (D.98), le Dr T.\_\_\_\_\_ a noté une accentuation de la cyphose médiodorsale. La musculature paravertébrale était bien développée. En outre, l'IRM du coude droit réalisée le 4 novembre 2008 montrait une chondropathie de grade IV du versant latéral de l'articulation radio-humérale, tandis que l'arthro-IRM du poignet droit était dans les limites de la norme. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'y avait pas de lésion que l'on pouvait rapporter à l'accident. Il y avait toutefois des séquelles bien réelles avec une fracture-tassement de D12, s'accompagnant d'une perte de hauteur significative du mur antérieur, déterminant un trouble statique segmentaire relativement marqué. Le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est montré aussi frappé par le comportement de type " catastrophisation " du patient contre-indiquant une chirurgie secondaire et ne lui permettant probablement pas d'envisager une réintégration professionnelle dans quelque activité que ce soit. Sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant les positions alternées devait être reconnue. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a enfin estimé l'atteinte à l'intégrité subie du fait de l'accident survenu le 24 mars 2007 à 20 % (D.97).

**b)** Dans l'intervalle, soit en date du 10 octobre 2007, V.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession (D.45).

Par communication du 25 mars 2009, l'OAI a accordé une mesure d'orientation professionnelle à l'assuré afin de déterminer les possibilités de réinsertion (D.107). Toutefois, l'intéressé ne se voyant pas reprendre une activité quelconque, des mesures professionnelles n'entraient dès lors pas en ligne de compte, raison pour laquelle l'OAI a procédé à une approche théorique du cas selon les salaires ESS (D.114).

Par projet de décision du 9 septembre 2009 (D.137), l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2007 au 30 juin 2009, soit 3 mois après la reconnaissance d'une capacité de travail à 100 %. Toutefois, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, la rente devait être supprimée. En effet, procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a considéré que la perte de gain s'élevait à 7.6 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente. L'intéressé a contesté le projet de décision précitée.

**c)** Le 12 mai 2009, la CNA a informé l'intéressé qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2009, tout en continuant à prendre en charge les contrôles médicaux encore nécessaires (D.113).

**d)** Par décision du 4 juin 2009, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 13 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % ascendant à 21'360 fr. (D.118). En date du 29 juin 2009, l'intéressé, représenté par [...], protection juridique SA, a formé opposition, confirmée par [...]. Le 13 octobre 2009, l'assuré a confié la défense de ses intérêts à Me Hofstetter, qui a fourni une motivation complémentaire en faisant état d'une part, d'un rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, attestant une capacité résiduelle de travail de 50 à 60 % dans une activité adaptée et posant un pronostic défavorable au vu du tableau dépressif et d'autre part, d'un rapport du 16 novembre 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-chef au Centre [...] évaluant le taux de capacité de travail à 70-80 % dans une activité adaptée et précisant que l'importance des douleurs pouvait être à l'origine d'une diminution de rendement.

Dans une appréciation du 14 octobre 2009 (D.141), le Dr T.\_\_\_\_\_ se référant aux pièces versées par l'assuré dans le cadre de son opposition, notamment un rapport du 30 septembre 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_ (D.138), a confirmé les conclusions prises à l'issue de son examen du 10 mars 2009, soit une pleine capacité de travail dans une

activité légère et autorisant des positions alternées, pour les seules suites organiques de l'accident.

Par décision sur opposition du 14 janvier 2010 (D.155), la CNA a confirmé sa décision du 4 juin 2009, estimant que le point de savoir s'il existait un lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques présentés par l'assuré et l'accident pouvait rester indécis dans la mesure où l'existence d'une relation de causalité adéquate devait de toute manière être niée. L'intimée a ainsi retenu que l'événement incriminé constituait un accident de peu de gravité, que si au vu du diagnostic retenu il y avait lieu de se référer à un accident de gravité moyenne, la responsabilité de la CNA ne pouvait être engagée dès lors qu'aucun des critères développés par la jurisprudence n'était rempli en l'espèce. Le fait que l'assuré ait craint à un certain moment de rester paralysé n'avait aucune influence, dès lors que c'était la situation objective qui était déterminante. Sur ce point, l'intéressé était prié de s'adresser à sa caisse-maladie. L'assuré n'exerçant aucune activité professionnelle, la CNA a estimé qu'il se justifiait de se référer aux conclusions médicales. Ainsi, au vu du rapport d'examen final du 10 mars 2009 du Dr T. \_\_\_\_\_ et de son appréciation du 14 octobre 2009, une pleine capacité de travail dans une activité légère autorisant des positions alternées devait être retenue. Pour sa part, le Dr S. \_\_\_\_\_ intégrait manifestement la comorbidité psychiatrique en évaluant le taux de capacité de travail à 50-60 %, élément contredit par le Dr K. \_\_\_\_\_ lequel admettait que l'importance des douleurs pouvait expliquer une diminution de rendement dans une activité adaptée, de 20 à 30 % et non de 40 à 50 %. L'intimée rappelait en outre que les praticiens précités étaient les médecins traitants de l'assuré et qu'ils étaient plutôt enclins à se prononcer en faveur de leur patient. Partant, la comparaison entre un revenu mensuel exigible de 4'340 fr. et un gain de valide de 4'980 fr. par mois mettait en évidence une perte économique de 12.85 %, soit 13 %. La CNA a enfin alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % ascendant à 21'360 fr.

**B. a)** Par acte de son mandataire du 15 février 2010, V.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision sur opposition de la CNA. Il conclut à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'il a droit à l'octroi d'une rente d'invalidité LAA de 50 % au moins, alternativement à la poursuite de la prise en charge en nature et en espèce, soit notamment au versement des indemnités journalières LAA pour la période ultérieure au 30 juin 2009, ainsi qu'au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % au moins, soit de 32'040 fr., subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier devant être renvoyé à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il soutient qu'il ne présente pas une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dans la mesure où le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail exigible de l'ordre de 50 à 60 %, appréciation qui ne saurait être écartée du seul fait que ce praticien est son médecin traitant. Par ailleurs, le Dr K.\_\_\_\_\_ a évalué sa capacité de travail exigible à 70-80 % et la diminution de rendement dont il a fait état doit être prise en compte en sus du taux retenu. En outre, il doit être tenu compte de la kinésiophobie dans l'évaluation de sa capacité de rendement. Il sollicite dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ayant pour but de déterminer quelle est sa capacité de travail au vu des lésions et des pathologies découlant de l'accident du 24 mars 2007. Enfin, le recourant estime avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ascendant à 30 %.

**b)** Par décision du 12 février 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2010 et désigné Me Hofstetter en qualité d'avocat d'office.

**c)** Dans sa réponse du 11 mai 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a considéré que l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré par les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ dans une activité adaptée prenait également en compte ses affections d'ordre psychique. Or, toute atteinte d'ordre psychique ne pouvait être mise en relation de causalité adéquate avec l'accident

qu'avait subi le recourant, raison pour laquelle seules les lésions somatiques au sens strict devaient être retenues. L'assuré ne critiquait pas véritablement les postes de travail exigibles, contestant seulement le fait qu'il n'était pas en mesure de les occuper avec un plein rendement. Enfin, le taux d'atteinte à l'intégrité était basé sur les barèmes de la CNA, si bien qu'il avait correctement été évalué, l'intéressé n'apportant d'ailleurs pas d'élément médical fondé pour le contester.

**d)** Dans sa réplique du 14 juin 2010, le recourant a estimé que les appréciations des Drs S. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ne faisaient nullement état de quelque affection psychique que ce soit, si bien que l'argument de la CNA était irrecevable. Les appréciations des praticiens précités avaient donc pleine valeur probante et devaient amener l'autorité de recours à statuer dans le sens de ses conclusions. En tout état de cause, le recourant a confirmé sa requête tendant à la mise sur pied d'une expertise médicale.

**e)** Par courrier du 17 juin 2010, le recourant a produit un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> juin 2010 par le Dr S. \_\_\_\_\_ attestant une exigibilité professionnelle dans le cadre d'une activité adaptée (travail léger sans port de charges) à un taux de 50 %. Le recourant a en outre relevé que si la situation psychique était évoquée par le Dr S. \_\_\_\_\_, elle n'était pas mise en lien avec le taux d'activité articulé.

**f)** Dans sa duplique du 14 juillet 2010, l'intimée a maintenu ses conclusions. Elle a ajouté que le contexte dans lequel évoluait l'assuré et la répercussion psychique des événements qu'il avait vécus déterminaient aussi sa capacité de gain résiduelle, éléments dont la CNA n'avait pas à répondre. Elle a dès lors refusé à juste titre d'indemniser les conséquences d'une situation personnelle sans lien de causalité adéquate avec l'accident. Pour les seules suites somatiques de cet accident, la CNA a estimé avoir apprécié de manière correcte la capacité de gain, respectivement l'invalidité du recourant.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'assurance de la CNA pour la période postérieure au 30 juin 2009, en particulier sur le taux de capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, plus accessoirement, sur le point de départ du droit à la rente, ainsi que sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

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

diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51, consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 2c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment

pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**c)** Selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité ne peut reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans un rapport d'experts en matière professionnelle commis par l'administration de l'assurance-invalidité (TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 5.2; TFA U 38/03 du 8 mars 2004, consid. 4.1; U 240/99 du 7 août 2001, consid. 3c/aa, in RAMA 2001 n° U 439 p. 347 et in SVR 2002 UV n° 15 p. 49 s.). En effet, si les informations recueillies au cours d'un stage d'observation professionnelle constituent, en complément des données médicales, un élément utile à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail d'un assuré, elles ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA U 373/05 du 22 septembre 2006, consid. 4.2).

Par ailleurs, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'assurance-invalidité n'ont pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés d'ordre linguistique ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité; cf. ATF 107 V 17, consid. 2c; TF I 1082/06 du 24 septembre 2007, consid. 2.1; TFA I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 2.1; U 388/01 du 2 décembre 2002, consid. 2.2; I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1, et les références, in Pratique VSI 1999 p. 247, consid. 1).

**3. a)** En l'espèce, les différents rapports médicaux versés au dossier concordent dans leurs diagnostics et dans la description du status. Sur la base de ces rapports médicaux, il y a ainsi lieu de retenir que suite à l'accident non professionnel du 24 mars 2007, le recourant présente encore des douleurs dorsales basses et à la jonction dorsolombaire

irradiant dans les dernières côtes, sans signes en faveur d'une myélopathie ou d'un déficit sensitivomoteur. Ces douleurs seraient encore accentuées à la marche, par le port de charges et calmées par le décubitus dorsal et le repos. Les séquelles de l'accident avec une fracture-tassement de D12, s'accompagnant d'une perte de hauteur significative du mur antérieur ne permettent pas d'envisager un retour à une capacité de travail dans l'ancienne activité d'électricien-monteur. Le cas est actuellement stabilisé sur le plan médical, l'assuré ne suivant plus aucun traitement (rapports médicaux des Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ du 22 août 2008/D.78, W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2008/D.87, rapport d'examen médical final du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 mars 2009/D.98, lettre du Dr X.\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2009/D.139). Aucune lésion au coude et au poignet droits pouvant se rapporter à l'accident n'a été mise en évidence, l'IRM du coude droit réalisée le 4 novembre 2008 montrant une chondropathie de grade IV du versant latéral de l'articulation radio-humérale, l'arthro-IRM du poignet droit étant quant à elle dans les limites de la norme (rapport d'examen médical final du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 mars 2009/ D.98).

**b)** Sur le plan médico-théorique, pour les seules suites somatiques de l'accident, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que le recourant présentait une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant les positions alternées. Posant un diagnostic identique à ceux des médecins précités en ce qui concerne l'atteinte à la colonne dorso-lombaire, les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont conclu respectivement à une capacité de travail de 50 à 60 % (certificats médicaux des 1<sup>er</sup> juillet 2009) et de 70 à 80 % (courrier du 16 novembre 2009). L'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_ se réfère notamment à l'atteinte psychique présentée par le recourant, laquelle ne saurait lier l'intimée qui soutient ne pas avoir à répondre des suites de celle-ci. Cet élément n'est à juste titre pas formellement contesté par l'assuré, dès lors que la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré, rapport de causalité qui fait en l'occurrence défaut au regard du critère de

gravité de l'accident en question (cf. ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

En réalité, la principale divergence entre l'appréciation des médecins traitants et celle du Dr T.\_\_\_\_\_ concerne l'influence des douleurs résiduelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr S.\_\_\_\_\_ relevant qu' "elles vont probablement fortement altérer ses capacités en termes d'efficacité ", le Dr K.\_\_\_\_\_ faisant implicitement état d'une double répercussion des douleurs, sur le taux de capacité de travail comme sur le taux de rendement de l'assuré. Leur appréciation reste toutefois très sommairement motivée et le taux de capacité de travail finalement retenu n'est pas expliqué d'un point de vue mécanique, mais a été évalué à l'aune des plaintes de l'intéressé quant à ses douleurs. Or, les somaticiens ont relevé de nombreux signes de non-organicité selon Waddell (notamment consilium de l'appareil moteur du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29 août 2007/D.39/2, rapports médicaux du Dr X.\_\_\_\_\_ des 22 août 2008/D.78 et 30 septembre 2009/D.138), ainsi que de multiples auto-limitations (rapport de synthèse des Drs W.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2008/D.87), voire une kinésiophobie.

Dans ce contexte, les rapports des médecins traitants relatifs à l'évaluation de la capacité de travail de leur patient n'emportent pas la conviction. En effet, ils ne font en définitive que restituer les plaintes subjectives de leur patient sans les corrélérer par des constatations cliniques. A cela s'ajoute que l'on ne peut pas davantage tirer de conclusion du certificat médical du Dr S.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2010 dans la mesure où il se rapporte à la situation actuelle de l'assuré et non pas à l'état de fait ici déterminant, son avis apparaissant au demeurant bien plutôt guidé par des considérations d'ordre socio-économique que strictement médical.

**c)** Les rapports médicaux complets et successifs du Dr T.\_\_\_\_\_, qui reposent sur des examens complets, décrivent clairement la situation médicale et aboutissent à des conclusions convaincantes et bien motivées - à savoir que le recourant présente une pleine capacité de travail dans

une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - doivent se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 2b supra). Enfin, et conformément au principe selon lequel il appartient à l'assuré d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer les conséquences du dommage imputable à l'accident (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités), l'intimée a déterminé à juste titre le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'une capacité entière de travail dans une activité adaptée aux limitations décrites par le Dr T. \_\_\_\_\_. Dès lors, que les rapports de ce praticien sont propres à emporter la conviction et, partant, à rendre superflue l'administration d'autres preuves, la mise en œuvre d'une expertise s'avère inutile.

**d)** On ajoutera qu'en l'espèce, la CNA était fondée à considérer que le taux d'incapacité de gain de l'assuré pouvait être définitivement fixé à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009. A ce moment-là, en effet, l'instruction médicale mise en œuvre par l'assurance-invalidité permettait de constater que l'état de santé de l'intéressé s'était suffisamment stabilisé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et il apparaissait également évident qu'aucune mesure de réadaptation n'était envisagée par l'office AI (D.114), seule subsistant la question de la rente d'invalidité. Les conditions du versement d'indemnités journalières au-delà du 30 juin 2009 n'étaient dès lors plus remplies.

**4. a)** Lorsqu'un assuré ne met pas à profit sa capacité résiduelle de travail après l'accident, son revenu d'invalidité doit être calculé sur une base théorique et abstraite. Ce faisant, on ne saurait toutefois se fonder sur une seule activité déterminée ou sur un tout petit nombre seulement - quand bien même cette activité serait parfaitement adaptée aux limitations en cause - dès lors que rien ne permet de penser que ce revenu serait représentatif de celui que l'assuré pourrait obtenir sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 p. 480). Pour que le revenu d'invalidité corresponde aussi

exactement que possible à celui que l'assuré pourrait réaliser en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui (cf. ATF 128 V 29 consid. 1 p. 30), l'évaluation dudit revenu doit nécessairement reposer sur un choix large et représentatif d'activités adaptées au handicap de la personne assurée.

**b)** Le montant de 4'980 fr., correctement évalué au regard des renseignements données par l'ancien employeur du recourant, peut être retenu à titre de revenu sans invalidité; il n'est du reste pas contesté par l'assuré.

Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1). En l'occurrence, il n'est pas contesté que les descriptions de postes de travail (DPT) sur lesquelles la CNA s'est fondée pour déterminer le revenu avec invalidité, en conformité avec la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ATF 129 V 472), correspondent à des activités compatibles avec les limitations fonctionnelles du recourant. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutissant à un degré d'invalidité de 13 %, c'est à juste titre que la CNA a octroyé au recourant une rente fondée sur un tel degré d'invalidité (cf. art. 20 al. 1 LAA). En tout état de cause, l'intimée a démontré en quoi les résultats de cette évaluation étaient plus favorables au recourant que ceux basés sur les statistiques salariales.

**5.** Le recourant critique enfin le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité qui lui a été allouée.

**a)** Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par

suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. 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 p. 227).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une "règle

générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C\_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

**b)** En l'espèce, il s'avère que l'intimée s'est référée à la table 7 (atteinte à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale) concernant l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, publiée par les médecins de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), dès lors que l'assuré a été victime d'une fracture-tassement de D12 s'accompagnant d'une perte de hauteur significative du mur antérieur, avec une cunéiformisation de 15°. Le chiffre 1 de cette table concerne notamment les fractures cervicales, y compris spondylodèse, cyphose ou scoliose, dont le taux d'atteinte est fonction de l'angulation de la déformation, ainsi que de l'ampleur des douleurs fonctionnelles. En ce qui concerne l'ampleur des douleurs fonctionnelles, le Dr T. \_\_\_\_\_ l'a située entre les catégories "++" et "+++" de l'échelle d'appréciation et a fixé le taux d'atteinte à 20 % par rapport à une fourchette admissible entre 10 et 25 %, en précisant avoir largement pris en compte les plaintes du patient. Cette estimation échappe à la critique et doit être confirmée, le recourant n'ayant au demeurant pas exposé les motifs pour lesquels il conviendrait de lui octroyer une indemnité d'un taux supérieur.

**6.** En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par le recourant.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

En l'occurrence, l'indemnité d'office de Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil d'office du recourant selon décision du 12 février 2010 du Bureau de l'assistance judiciaire est arrêtée à 2'297 fr. 70 TVA comprise pour l'ensemble de l'activité qu'il a déployée dans la présente cause.

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 janvier 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Gilles-Antoine Hofstetter, conseil du recourant, est arrêtée à 2'297 fr. 70 (deux mille deux cent nonante sept francs et septante centimes) TVA comprise.

**VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Hofstetter (pour le recourant), à Lausanne,
- Me Derivaz (pour l'intimée), à Monthey,
- Office fédéral de la santé publique, 3003 Berne,

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :