

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 janvier 2013

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mmes     Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard  
Greffière     :     Mme     Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à  
Intégration Handicap, Service juridique, à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 8 LPGA; 6 LAA**

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

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1958, travaillait depuis janvier 2003 en qualité de maçon auprès de [...] SA à [...]. Il était à ce titre assuré contre le risque d'accidents et de maladie professionnelle auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA).

Le 6 octobre 2008, l'assuré a glissé d'un platelage, se réceptionnant sur le dos et heurtant des chevalets métalliques. L'accident a entraîné une fracture- tassement de la 12<sup>e</sup> vertèbre dorsale associée à une fracture costale D10 et D11. Selon un rapport du 18 mars 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, l'évolution radiologique a été tout à faire favorable. En revanche, l'évolution subjective et objective était défavorable avec persistance de lombo-dorsalgie très sévère surtout au niveau paravertébral dorso-lombaire à droite, empêchant l'assuré de reprendre son activité professionnelle de maçon.

Le 7 avril 2009, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'évolution restait défavorable.

Le 1<sup>er</sup> mai 2009, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a écrit qu'objectivement, la mobilité rachidienne était modérément limitée. Les mouvements étaient vite interrompus. La mobilisation s'effectuait quand même harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien. Les changements de positions étaient précautionneux. Le patient semblait avoir de la peine à rester longtemps assis.

L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR) du 19 mai 2009 au 17 juin 2009. Une note téléphonique de la CNA du 24 juin 2009 mentionnait que l'assuré n'avait pas noté d'amélioration de son état de santé notamment s'agissant des douleurs.

Le 14 juillet 2009, les Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, respectivement chef de service et médecin assistante à la CRR, ont établi le rapport faisant suite au séjour de l'assuré. Ils ont posé les diagnostics secondaires de douleurs persistantes aux jonctions dorsolombaire et lombosacrée, de chute le 6 octobre 2008 avec fracture de la 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> côtes à droite et petite fracture du coin antéro-supérieur de D12 (traitement conservateur), de troubles dégénératifs du rachis et de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance. Dans la partie "appréciation et discussion", les Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ mentionnaient ce qui suit:

"A l'admission le patient déclare des douleurs diurnes d'une intensité de 3-5/10 qui sont localisées aux jonctions dorsolombaire et lombo-sacrée. Il n'y a pas de douleurs nocturnes. Il peut rester assis jusqu'à 15 min. puis doit se tenir debout. Il n'y a pas de limitation à la marche, pas d'irradiation, de fourmillement, ou de manque de force dans les MI. Il y a par contre des fourmillements des deux derniers doigts de la main gauche jusqu'au coude.

Le statut montre un indice de Schober lombaire de 10 cm-13 cm, une distance doigts-sol de 41 cm. La mobilisation lombaire s'effectue harmonieusement sans inversion du rythme lombopelvien. Les changements de position sont précautionneux. Le patient montre de la peine à rester longtemps assis. Il présente des douleurs à la palpation D12-L1 et L4-S1. Les manoeuvres de Lasègue sont négatives. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

La radiographie fonctionnelle de la colonne lombaire montre une morphologie cunéiforme modérée, d'origine non traumatique, du corps vertébral de D12 avec une petite ostéophytose antéro-latérale marginale. Il n'y a pas d'anomalie du mur postérieur. La fracture est consolidée. On ne trouve pas de anté ou de rétro-listhésis dans les mouvements dynamiques. Il y a un discret pincement du disque D11-D12 qui se modifie peu lors des mouvements.

On tente d'améliorer l'antalgie sans succès (augmentation progressive du Zalidar jusqu'à 5 cps/jour). Le Zalidar pourrait encore être remplacé par du Tramadol tout d'abord 4 x 25 mg/jour, puis jusqu'à 4 x 50 mg/jour. La tension artérielle a été élevée à 2 reprises. Nous laissons le soin au médecin traitant de la contrôler et d'adapter le traitement si nécessaire.

M. K.\_\_\_\_\_ a été pris en charge en physiothérapie en individuel, en passif et en actif et en groupe. En fin de séjour, le patient présente toujours des douleurs de même intensité. On observe qu'il est indépendant pour les activités de la vie quotidienne dans la Clinique, que les déplacements ne posent pas de problème, mais les transferts sont précautionneux. On note une légère amélioration de la flexibilité avec un Schober lombaire de 10 à 14 cm et une

distance doigts-sol de 37 cm. Malgré ces résultats médiocres, on propose la poursuite quelques semaines encore de la physiothérapie à visée de reconditionnement global et d'assouplissement (stretching, gainages abdomino-lombaires, mobilisation active du rachis).

Au total, du point de vue radiologique, la fracture vertébrale D12 est guérie sans séquelles. La morphologie cunéiforme du corps vertébral est pré-existante (constitutionnelle ou dans le cadre de quelques séquelles de dystrophie rachidienne de croissance). Il y a quelques troubles dégénératifs du rachis. La rééducation stationnaire intensive n'a pas eu d'impact significatif sur la douleur, le handicap fonctionnel perçu (score Oswestry plus élevé à la sortie qu'à l'entrée) et les aptitudes fonctionnelles mesurées. Tout au plus, il y a un discret gain de la flexibilité. On propose au médecin-traitant d'essayer encore d'optimiser l'antalgie médicamenteuse.

Avant d'affirmer que la rééducation intensive est inefficace, nous proposons sa poursuite en ambulatoire jusqu'au 22 juillet 2009, date à laquelle le patient se rendra pour quelques heures à la CRR pour répéter les tests fonctionnels et être examiné une nouvelle fois par le Dr H.\_\_\_\_\_. D'ici là, l'incapacité de travail totale dans la profession de maçon est maintenue.

L'absence d'impact des thérapies sur la douleur et la fonction, la perception d'un handicap fonctionnel élevée et le caractère physiquement exigeant de la profession de maçon sont des facteurs de mauvais pronostic quant à la réintégration professionnelle."

Dans un rapport du 23 juillet 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ écrivait qu'il n'y avait aucun changement significatif en ce sens que la douleur restait la même, la médication antalgique prescrite jusqu'alors étant peu voire inefficace et malgré le programme de rééducation proposé, il n'apparaissait aucun gain fonctionnel.

Le 23 juillet 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) en vue de l'obtention d'une rente et de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Le 11 mars 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef à l'Hôpital orthopédique du CHUV, département de l'appareil locomoteur, a rédigé un rapport aux termes lequel l'examen clinique mettait en évidence un patient avec une obésité tronculaire manifeste. Il n'y avait pas de trouble statique majeur. Les mouvements n'aggravaient pas les douleurs. L'extension du tronc améliorait peut-être les symptômes. Par contre, les

rotations étaient plus douloureuses. La percussion réveillait également des douleurs à la jonction thoraco-lombaire.

L'assuré a effectué un stage auprès du centre ORIF du 31 mai au 25 juin 2010. Selon le rapport établi à la suite du stage, l'assuré était en mesure d'être actif la journée entière avec des rendements qui pouvaient atteindre 70%; toutefois, ces rendements étaient tronqués par un manque de motivation flagrant. L'assuré était limité dans la formation théorique; il pouvait tout au plus être réceptif à une mise au courant. Le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'Orif, a rédigé un rapport le 5 juillet 2010 dont la partie "discussion" a la teneur suivante:

"A la suite d'une chute d'un échafaudage, il se fait une fracture-tassement de D12 et des fractures de côtes à gauche. Depuis lors, il se plaint de douleurs constantes de la région D12 et de la région thoracique gauche et du bras gauche. Le médecin traitant enregistre les plaintes mais note que la fracture a guéri radio logiquement sans séquelle. Il ne retient aucun diagnostic invalidant, mais est pessimiste quant à la remise au travail. M. K. \_\_\_\_\_ est très plaintif, présente un seuil de sensibilité abaissé, mais il ne prend aucun médicament parce qu'ils ne font pas d'effet. Après une semaine de stage, il vient demander un aménagement de son temps de travail estimant que le 100% est insupportable. Nous ne voyons aucune indication objective. Il a tout de même terminé son stage à plein-temps. Objectivement, l'examen physique est peu perturbé avec une contracture du trapèze gauche apparue en 1<sup>ère</sup> semaine, puis variable dans le temps et une légère contracture intermittente de la région D12 gauche. Il n'y a pas de déficit neurologique. Nous trouvons à plusieurs reprises des signes de non-organicité.

A l'atelier, M. K. \_\_\_\_\_ se montre peu dynamique, peu motivé, plaintif, démonstratif. Il cherche plutôt à démontrer ses douleurs qu'à mesurer sa capacité résiduelle de travail. Il est lent, fait de nombreux arrêts de travail, change sans cesse de position, sort souvent pour dérouiller le dos. Sa gestuelle est peu souple pour des travaux fins comme de la soudure et pas fine. Le plus souvent, il atteint des rendements entre 25 et 75%. Ces faibles rendements sont dus en bonne partie aux pauses et changements de position. Pour cette raison, nous estimons que cet assuré a travaillé en dessous de ses réelles possibilités.

Au terme de ces quatre semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que M. K. \_\_\_\_\_ peut travailler à plein-temps comme il l'a fait au COPAI avec des rendements de l'ordre de 70%. La diminution de 30% vient de son inconfort vertébral réel et des changements de position nécessaires. Lui-même estime son maximum à 50% du temps. Le travail adapté doit respecter les limitations fonctionnelles du dos, éviter de charger l'épaule gauche et permettre les changements de position assis/debout. Comme la gestuelle est peu fine, le travail ne doit pas être trop minutieux. Une

mise au courant doit suffire. Il pourrait s'agir de toutes sortes de travaux de production légère sur machine. Le travail sur matière plastique doit être évité, compte tenu de la probable allergie constatée chez nous."

Dans un rapport du 22 juillet 2010, le Dr B. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit, sous la partie "appréciation":

"Actuellement, le patient dit qu'il a des douleurs dans toute la colonne vertébrale. Il se plaint également de fourmillements dans l'ensemble du MSG. Il ne peut pas rester longtemps dans la même position. À la maison, c'est sa femme qui fait tout, lui-même se contentant d'aller chercher le pain à la Migros. Il admet en revanche ne pas avoir de douleurs nocturnes significatives.

Objectivement, des courbures physiologiques sont un peu estompées mais il n'y a pas de trouble statique majeur. La musculature para-vertébrale est bien développée. Elle n'est ni douloureuse à la palpation, ni contractée. La mobilité rachidienne est difficile à apprécier chez un patient qui ne donne manifestement pas toute la mesure de ses possibilités. La mobilisation est prudente. Elle s'effectue quand même harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien. Les changements de position sont précautionneux mais de manière inconstante. Le patient semble avoir de la peine à rester assis longtemps. La manoeuvre de Lasègue est indolore. Les ROTS sont vifs et symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Les radiographies montrent une petite fracture du coin antérieur de D12 consolidée. Elle n'est pas responsable de la cyphose segmentaire qu'on observe, laquelle est antérieure à l'accident.

Il y a donc une importante discordance entre l'importance des plaintes et les constatations de l'examen radio-clinique qui sont finalement assez minces.

On peut également se demander si l'accident est encore susceptible de déployer des effets.

Du point de vue thérapeutique, il n'a rien à entreprendre.

Dans la mesure où cette petite fracture a quand même touché un corps vertébral et a conduit à une immobilisation dans un corset durant trois mois, je suis d'avis qu'il faut admettre qu'il a décompensé de manière déterminante à un état antérieur largement asymptomatique.

Étant donné que la reprise du travail n'est pas envisageable, il est clair que M. K. \_\_\_\_\_ peut travailler en plein dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles sont les charges moyennes et les positions statiques prolongées."

Dans un rapport du 5 octobre 2010, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), écrivait qu'il n'y avait aucune raison de s'écarter de l'avis du Dr B.\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon mais entière dans une activité adaptée.

Le 16 décembre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a certifié que l'assuré bénéficiait depuis le 15 novembre 2010 d'un suivi de soutien à sa consultation et qu'il recevait un traitement médicamenteux antidépresseur. L'évolution était favorable et l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail notable en rapport avec son état psychique.

Par projet de décision du 6 janvier 2011, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité était arrêté à 25,71%. Il était écrit que la capacité de travail était nulle dans l'activité de maçon mais totale dans une activité adaptée (sans port de charges de plus de 10 kg avec alternance des positions et sans porte-à-faux).

**B.** Par décision du 11 janvier 2011, la CNA a arrêté l'incapacité de gain à 24%. Il était notamment mentionné que sur le plan médical, l'assuré était à même, s'agissant des séquelles de l'accident, d'exercer une activité dans différents secteurs de l'industrie à la condition qu'il ne doive pas porter des charges moyennes et travailler en position statique prolongée. Une telle activité était exigible durant toute la journée.

L'assuré a fait opposition à cette décision.

Le 25 mars 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, a écrit un avis dont la teneur est la suivante:

"Le bilan que nous avons effectué chez le patient susnommé, comporte 2 éléments.

D'abord, la discographie de provocation et de suppression des 2 disques adjacents à la vertèbre D12, fracturée lors de son accident.

Le disque D12-L1 semble tout à fait normal, sans que la mise sous tension ne provoque de douleurs habituelles.  
A l'inverse, lorsque l'on s'adresse au disque D11-D12, on parvient à reproduire les douleurs habituelles. Il y a donc bien des séquelles liées à la fracture D12, non pas tant sur le plan osseux, mais sur le plan de la qualité du disque adjacent, qui représente une épine irritative.

Ensuite, l'IRM cervicale du 7.02.2011 montre plusieurs éléments.  
Pour commencer, il existe un canal cervical étroit congénital, accentué par la dégénérescence disco-arthrosique en C3-C4 et C4-C5. On y constate l'effacement des espaces péri-médullaires, mais il n'y a pas de signe de souffrance médullaire.  
Enfin il existe également en C6-C7, une HD gauche pouvant expliquer la névralgie cervico-brachiale.

Du point de vue des limitations fonctionnelles, c'est surtout la discopathie D11-D12 qui va intervenir et limiter les activités impliquant des mouvements de torsion, mais également les postures en légère flexion antérieure du tronc, telles qu'elles pourraient être prises, lorsqu'on se brosse les dents au-dessus d'un lavabo.  
Le port de charge est également difficile, surtout s'il s'agit de mouvements répétés, même avec de petites charges. Finalement, le maintien des postures en particulier le piétinement sur place va également être très difficile.

Dans ces conditions, l'évaluation faite par l'équipe de l'Orif à Yverdon-les-Bains, me semble optimiste (travail à plein temps avec un rendement de 70%). On se situe plutôt dans une capacité de travail à 50%, avec un rendement à 70%."

Le 31 mai 2011, l'assuré s'est soumis à un examen rhumatologique au SMR. Le rapport du médecin examinateur, le Dr J.\_\_\_\_\_, établi le 18 juillet 2011, se conclut comme suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

• RACHIALGIES DIFFUSES POST-TPAUMATIQUES.

o STATUS APRÈS FRACTURE DU PLATEAU SUPÉRIEUR DE D12 AVEC DÉFORMATION CUNÉIFORME S22.0

• STATUS APRÈS FRACTURE DES ARCS COSTAUX DU 10<sup>ÈME</sup> ET 11<sup>ÈME</sup> ARC COSTAL G. S22.4

• CERVICO-BRACHIALGIE G SUR TROUBLE DÉGÉNÉRATIF M54.2

o DISCOPATHIE ÉTAGÉE AVEC HERNIE DISCALE C6-C7 PARA MÉDIANE G, À L'ORIGINE D'UN CANAL CERVICAL ÉTROIT MIXTE.

- sans répercussion sur la capacité de travail

- PRÉSENCE DE SIGNES DE NON-ORGANICITÉ SELON SMYTHE, WADDELL ET KUMMEL, COMPATIBLES AVEC UN PHÉNOMÈNE D'AMPLIFICATION DES PLAINTES POST-TRAUMATIQUES (SINISTROSE POST-TRAUMATIQUE).
- DÉCONDITIONNEMENT MUSCULAIRE GLOBAL ET FOCAL POST-TRAUMATIQUE.
- SURCHARGE PONDÉRALE AVEC PRÉ-OBÉSITÉ.
- TROUBLE DÉPRESSIF RÉACTIONNEL ANAMNESTIQUE.

## EVALUATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 53 ans, maçon, victime d'un accident de chantier le 06.10.2008, à la suite duquel il contracte une fracture tassement avec atteinte du mur antérieur de D12 et des fractures des arcs costaux de la 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> côte G. L'évolution est marquée par la persistance d'une importante symptomatologie douloureuse, touchant l'ensemble du rachis puis progressivement, l'ensemble de l'hémicorps G. A la suite d'un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR), une incapacité de travail totale dans son activité antérieure avait été reconnue au vu du syndrome dorso vertébrale algique persistant post-traumatique. Une pleine capacité de travail avait été retenue dans une activité adaptée.

L'examen de ce jour est effectué dans le cadre d'une opposition à un projet de rente limitée dans le temps avec aide au placement. Par le biais de son conseiller juridique, l'assuré s'oppose à cette proposition, mettant en avant la persistance d'une importante symptomatologie douloureuse avec mise en évidence de troubles dégénératifs du rachis cervical.

Lors de l'examen clinique au SMR, nous sommes en présence d'un assuré en bon état général, présentant une diminution globale de la mobilité au niveau du rachis cervico dorso lombaire, dans un contexte algique et oppositionnel.

Au niveau du rachis cervical, mise en évidence d'une diminution de la mobilité dans les mouvements de flexion-extension; de même que dans les mouvements de rotation et de flexion latérale, en relation avec une malformation de la charnière cervico-occipitale, associée à une attitude oppositionnelle. Au niveau du rachis dorsal, pas de mise en évidence de limitation dans les amplitudes franches. Au niveau lombaire, l'assuré présente des limitations dans les amplitudes, dans les mouvements de flexion-extension et rotation dans un contexte algique et oppositionnel avec une incohérence entre la distance doigts-sol mesurée à 33 cm et une distance doigts-orteils, mesurée à 12 cm.

L'assuré présente une mobilité spontanée relativement ample et libre, avec un passage de la position en décubitus dorsal à la position assise, réalisé à l'équerre, sans l'utilisation des bras, ni d'expression algique particulière.

L'assuré décrit des phénomènes de dysesthésie touchant l'ensemble de l'hémicorps G, prédominant aux membres supérieurs et inférieurs, sous forme de fourmillements apparaissant après des positions statiques assises, au-delà de 10 à 15 minutes ou lors de la marche, au-delà de 10 à 15 minutes.

Lors de l'examen clinique, pas de mise en évidence d'erreur au piquer/toucher, de trouble du sens positionnel, de trouble de la pallesthésie. La trophicité musculaire est symétrique et conservée, les réflexes ostéotendineux sont symétriques et conservés. L'assuré présente des phénomènes d'hyper-hypoesthésie fluctuante, touchant l'ensemble de l'hémicorps G, sans territoire anatomique reconnu et non reproductibles. Le reste de l'examen met en évidence une surcharge pondérale, un déconditionnement musculaire et des signes nets de non-organicité, avec la présence de 9/18 points selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie, tous localisés au niveau de l'hémicorps G, associés à 5/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non-organique et 2/2 selon Kummel.

La documentation radiologique mise à disposition met en évidence au niveau du rachis cervical, une anomalie congénitale de la charnière occipito allantoïdienne avec assimilation de l'atlas à l'occiput et élargissement de la base de l'apophyse odontoïde, un trouble dégénératif étagé sous forme de discopathie de C3 à C7 avec mise en évidence de protrusion discale médiane et associée à une hernie discale en C6-C7 paramédiane G et intra foraminale G, au contact de la racine C7 G. Les autres documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence un status après fracture tassement du plateau supérieur et murs antérieurs de D12, avec déformation cunéiforme et un status après fracture des arcs costaux de la 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> côte G.

En conclusion: cet assuré de 53 ans, présente une symptomatologie douloureuse diffuse touchant l'ensemble du rachis et de l'hémicorps G, secondaire à un traumatisme (fracture tassement de D12 et fracture du 10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> arc costal G) survenu à la suite d'un accident de chantier au mois d'octobre 2008. Une évaluation à la Clinique romande de réadaptation pour le compte de l'Assurance Accident, concluait à une incapacité de travail totale dans son activité habituelle avec une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée. Un projet d'octroi de rente à 100% limitée dans le temps avec aide au placement est établi. L'assuré s'oppose à cette proposition par le biais de son conseiller juridique, avec mise en avant de trouble dégénératif et malformatif du rachis cervical, non-pris en considération lors de la 1<sup>ère</sup> évaluation médicale au SMR.

L'examen clinique de ce jour au SMR met en évidence des cervico brachialgies G en relation avec un trouble dégénératif et une anomalie congénitale, décompensée à la suite du traumatisme de 2008. Au niveau dorsal, l'assuré présente un status après fracture tassement de D12 avec une bonne consolidation radiologique, mais persistance d'une symptomatologie douloureuse avec un syndrome dorso vertébral séquellaire. Associées à ces symptômes cervico dorsaux, l'assuré présente des lombosciatalgies sans mise en évidence de substrat organique structurel significatif.

L'ensemble de la symptomatologie mise en avant par l'assuré ne peut s'expliquer uniquement par les atteintes structurelles sur le plan ostéoarticulaire, mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition. L'examen clinique au SMR met en évidence des signes nets de non-organicité selon Smythe, Waddell et Kummel, s'intégrant dans un processus de majoration de plaintes, dans un contexte global de sinistrose post-traumatique.

Les atteintes à la santé sur le plan structurel, présentées par cet assuré sont à l'origine d'une incapacité de travail totale dans son activité antérieure de maçon. Ces mêmes atteintes à la santé sont à l'origine d'une diminution de rendement évaluée à 30% dans une activité adaptée. Cette diminution de rendement évaluée à 30% se base sur les observations effectuées lors d'un stage COPAI du 31.05.2010 au 25.06.2010.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes objectives à la santé, mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non-organique mise en évidence par les signes de non-organicité et le trouble dépressif réactionnel revendiqué par l'assuré, n'a pas été prise en considération.

#### Limitations fonctionnelles

Activité à caractère semi-sédentaire, permettant les variations de position assise-debout minimum 2-3x/heure, de préférence à la guise de l'assuré, absence formelle de position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg, pas de mouvement en antépulsion ou en abduction au-delà de 60°, de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 90°. Eviter les positions statiques debout immobiles avec piétinement, éviter les positions en genuflexion ou accroupies. Pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'assuré est en incapacité de travail totale depuis le 06.10.2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Elle est restée inchangée en ce qui concerne son activité habituelle. Une activité adaptée, qui respecte de façon stricte les limitations fonctionnelles est raisonnablement exigible sur le plan médico-théorique à un taux de 100% avec une diminution de rendement de 30%. Une telle activité est possible depuis le mois de mai 2010 (stage d'observation COPAI) concluant à une capacité de travail avec un rendement de 70%.

#### CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 0%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE. 70 % DEPUIS LE : MAI 2010"

En juin 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen. Au terme de son rapport, il mentionnait ce qui suit:

"Actuellement, le patient, qui est venu avec sa nièce, dit qu'il souffre énormément du dos. La station assise prolongée est très mal supportée. En revanche, le repos sur le dos le soulage. Il est aussi très gêné par des fourmillements dans le MSG, irradiant dans les trois derniers doigts.

À l'examen clinique, on est en présence d'un patient de petite taille, en surpoids, à la thymie conservée, qui ne semble pas avoir de limitations fonctionnelles notables mais qui ne tient pas assis sur sa chaise.

Objectivement, la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont souples, indolores à la palpation. La mobilité du rachis cervical est assez limitée. La mobilisation entraîne des douleurs de la partie gauche de la nuque mais elle ne provoque ni douleurs ni paresthésies au niveau des membres supérieurs. Au niveau dorsolombaire, des courbures physiologiques sont un peu estompées mais il n'y a pas de troubles statiques importants. La mobilité active est difficile à évaluer. Les mouvements sont vite interrompus. La mobilisation est précautionneuse mais elle s'effectue quand même harmonieusement, sans inversion du rythme lombo-pelvien, et le patient peut passer de la position couchée à la position assise sans l'aide des mains. La manoeuvre de Lasègue est indolore. Les ROT sont vifs et symétriques. La trophicité musculaire et la force sont conservées à tous les niveaux. Le patient décrit une hypoesthésie et surtout des dysesthésies des trois derniers doigts de la main gauche.

Si les douleurs dorsolombaires dont souffre le patient peuvent probablement être rapportées à la discopathie D11-D12 qu'il présente, ce qui avait déjà été suspecté par le Dr Q.\_\_\_\_\_, on peine à comprendre qu'elle prenne une telle ampleur chez Monsieur K.\_\_\_\_\_, résistant à tous les traitements entrepris, et il est probable que des facteurs non orthopédiques, voire non médicaux, doivent être évoqués.

On peut également se demander s'il y a vraiment une relation entre cette discopathie et une petite fracture du coin antéro-supérieur de la vertèbre dont le Dr H.\_\_\_\_\_ avait admis qu'elle avait guéri sans séquelle.

A cet égard, le rapport médical du Dr F.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau que les conclusions prises à l'issue de mon examen du 22.07.2010 font bien la part des choses et restent d'actualité.

Pour ce qui est d'une éventuelle compression radiculaire C7 gauche par une hernie discale, l'examen de ce jour n'en fait pas la preuve et il vaudrait peut-être la peine de réadresser le patient au Dr C.\_\_\_\_\_ à la lumière de l'IRM. cervicale du 07.02.2011.

Il convient cependant de souligner que des paresthésies dans les deux derniers doigts de la main gauche ont été évoquées par le patient le 01.05.2009 seulement, lors de mon premier examen à l'agence, soit près de 7 mois après l'accident.

Elles étaient d'apparition récente selon le patient.

Cette problématique est donc indépendante de l'accident et ne concerne en rien la Suva."

Le 2 août 2011, la CNA a rendu une décision excluant toute prestation en raison de troubles psychiques.

Dans un avis SMR du 4 août 2011, le Dr X. \_\_\_\_\_ écrivait que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: alternance des positions assis-debout deux à trois fois par heure; pas de porte-à-faux; pas de port de charges de plus de 5 kg; pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale; pas d'accroupissement; pas de travaux en hauteur ou sur terrain instable. Il estimait que la capacité de travail de l'assuré était de 70% (soit une diminution de rendement de 30% sur un plein temps) depuis mai 2010.

Par courrier du 5 septembre 2011, le conseil de l'assuré a demandé à la CNA s'il était possible d'annuler la décision du 2 août 2011 dans la mesure où son client n'avait jamais demandé qu'il soit statué sur ses troubles de santé psychologique.

Dans un nouveau courrier du 14 septembre 2011, ce même conseil a fait savoir à la CNA que son client présentait des troubles psychiques qui remplissaient les critères de causalité posés dans l'ATF 115 V 133.

Par décision sur opposition du 13 octobre 2011, la CNA a rejeté les oppositions et confirmé son refus de verser des prestations d'assurance. Se référant aux différents avis médicaux, elle a exposé qu'il n'était pas contesté que l'ancienne activité n'était plus exigible. En revanche, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit une activité évitant le port de charges moyennes et les positions statiques prolongées. En ce qui concernait la position de l'OAI, la CNA a

constaté que l'assurance-invalidité avait pris en considération des troubles qui n'engageaient pas la responsabilité de l'assurance-accidents. S'agissant des troubles psychiques, la CNA niait la causalité adéquate entre les troubles et l'accident. Pour le surplus, elle relevait que le choix des DPT (données salariales résultant des descriptions de postes de travail) pour fixer le revenu d'invalidité était plus favorable à l'assuré que l'ESS (chiffres statistiques de l'enquête suisse sur la structure des salaires).

**C.** K. \_\_\_\_\_ a recouru le 10 novembre 2011 à l'encontre de la décision sur opposition précitée, en concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente fixée sur un taux d'invalidité de 45%.

Dans sa réponse du 22 février 2012, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 13 octobre 2011.

Le recourant, invité à répliquer, a maintenu ses conclusions par écrit du 20 mars 2012.

Le 2 mai 2012, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

### **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 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).

**b)** Le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

**b)** Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier de prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les troubles dont souffre le recourant relève des suites de l'événement du 6 octobre 2008.

**3. 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335

consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate

se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5).

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, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002, consid. 2a).

**4.** Le recourant soutient que l'assureur-accidents doit se voir opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation à laquelle a procédé l'OAI, laquelle aboutit à un taux d'invalidité de 45%. *A contrario*, l'intimée se réfère à l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ et affirme que la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée.

**a)** La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents et d'assurance-invalidité, où elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (cf. art. 7 et 8 LPGA); l'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1; 126 V 288 consid. 2a et 2d; 119 V 471 consid. 4a; VSI 2004 p. 185 consid. 3; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision entrée en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur, qui ne peut s'en écarter que s'il existe des motifs suffisants; peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles, ou encore qu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 2d; TFA I 766/04 du 7 juin 2005 consid. 4). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-

accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

**b)** En premier lieu, il convient d'écarter tout trouble psychique que présenterait le recourant. En effet, le seul document à ce sujet émane du psychiatre traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_, lequel retient qu'il n'y pas d'incapacité de travail de cet ordre. Il n'en est au demeurant fait aucunement mention dans le recours interjeté.

Le recourant a par ailleurs eu une attitude contradictoire à ce sujet; dès la notification de la décision du 2 août 2011, il a protesté le 5 septembre 2012, arguant qu'il n'avait jamais demandé qu'il soit statué sur ses troubles de santé psychique. Il s'est ensuite opposé à la décision par écriture du 14 septembre 2012.

**c)** Pour le surplus, le recourant soutient qu'il ne souffre que de troubles résultant de l'accident. Cette appréciation ne saurait être suivie.

Dans le rapport de la CRR du 14 juillet 2009, les Drs H.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ mentionnent des troubles dégénératifs du rachis et des séquelles de dystrophie rachidienne de croissance. Ils relèvent également que la morphologie cunéiforme du corps vertébral était pré-existante alors que la fracture vertébrale D12 était guérie sans séquelles. Dans son rapport du 22 juillet 2010, le Dr B.\_\_\_\_\_ indique que la fracture du coin antérieur de D12 est consolidée et qu'elle n'est pas responsable de la cyphose segmentaire, antérieure à l'accident. Le 25 mars 2011, Dr F.\_\_\_\_\_ mentionne un canal cervical étroit congénital, accentué par la dégénérescence disco-arthrosique en C3-C4 et C4-C5. Il signale également une hernie discale. A la suite de l'examen rhumatologique au SMR en mai 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics de cervico-brachialgie gauches sur trouble dégénératif ainsi que de discopathie étagée avec hernie

discale C6-C7 para médiane gauche, à l'origine d'un canal cervical étroit mixte. Il écrit que l'examen a révélé un trouble dégénératif et une anomalie congénitale à l'instar d'ailleurs des examens réalisés à la CRR.

Il apparaît donc clairement que le recourant souffre de troubles qui ne sont pas en relation de causalité avec l'accident.

Cela étant, pour retenir une diminution de rendement de 30%, le Dr J.\_\_\_\_\_ s'est fondé sur les observations faites au COPAI. Or, les experts du COPAI ont relevé le manque de motivation évident du recourant.

Force est dès lors de constater que les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ peuvent être suivies. Il s'ensuit qu'en ne tenant compte que des séquelles de l'accident du 6 octobre 2008, la capacité de travail du recourant est totale dans une activité adaptée.

**d)** Pour le surplus, dans la mesure où le recourant ne critique pas les bases du calcul retenues par la CNA, il n'y a pas lieu de se pencher sur cette question (cf. consid. 2a supra).

**5.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 10 novembre 2011 par K.\_\_\_\_\_ est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 13 octobre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est maintenue.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier (pour K.\_\_\_\_\_)
- Me Didier Elsig (pour 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 :