

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 avril 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-Yves Baumann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Le 7 mai 2015, F. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], employé en qualité de couvreur, a été victime d'un accident professionnel, qui lui a occasionné une fracture L1 de type Burst. Transporté au Centre [...] (ci-après : Centre S. _____), l'intéressé a subi, le lendemain, une intervention chirurgicale consistant en une fixation D12 - L2 et une spondylodèse D12 - L1, associée à une greffe iliaque gauche. Le 19 mai 2015, l'assuré a pu regagner son domicile (rapport du 28 mai 2015 des Drs C. _____ et J. _____, chef de clinique, respectivement médecin assistante au sein du service d'orthopédie et de traumatologie du Centre S. _____).

Les suites de cet évènement ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

L'évolution de l'état de santé de l'assuré a été marquée par des douleurs d'origine mécanique et des paresthésies hyperalgiques d'origine neurologique (rapports des 28 septembre 2015 et 5 septembre 2016 établis par le Dr Z. _____, médecin praticien et spécialiste en anesthésiologie et médecin traitant de l'assuré), en particulier des douleurs au niveau des vis pelliculaires entre D12 et L2 et au niveau de la prise de greffe (rapport du 5 avril 2016 des Drs C. _____ et V. _____, chef de clinique, respectivement médecin assistant au sein du service d'orthopédie et traumatologie du Centre S. _____).

Des séances de physiothérapie ont été prescrites (cf. notamment prescriptions des 2 octobre et 15 décembre 2015) et une infiltration périurale a été effectuée le 7 juin 2016. Néanmoins, ce dernier traitement n'a pas apporté d'amélioration à la symptomatologie de l'assuré (rapport établi le 30 août 2016 par la Dresse Q. _____, médecin agréée au sein du centre d'antalgie du Centre S. _____).

Le 28 juillet 2016, le Dr K._____, chef de clinique au sein de la consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre S._____, a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un status après spondylodèse D12 - L2 pour une fracture de Burst L1. Selon ce médecin, l'analyse segmentaire montrait des douleurs à la palpation segmentaire étagée et des douleurs à la palpation lombaire basse de manière diffuse. Il a noté une sensibilité D12 - L2 avec une zone de réflexe latérale, sans douleur dorsale, ni cervicale.

L'intéressé a séjourné au sein de la Clinique [...] (ci-après : Clinique N._____) du 14 décembre 2016 au 11 janvier 2017. Dans leur rapport du 10 février 2017, les Drs W._____ et G._____, chef de clinique et spécialiste en médecine physique et réadaptation, respectivement médecin assistante à la Clinique N._____, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour et, sur le plan psychiatrique, aucune psychopathologie n'avait été retenue. S'agissant des constatations radiologiques, ils ont noté ce qui suit :

07.05.2015 - CT -polytraumatisé : burst-fracture de L1, avec une atteinte du mur postérieur- Ostéophytes antérieurs en D11-D12, L3-L4 et L5-S1. Irrégularités des plateaux cérébraux en D11-D12 entrant dans le cadre de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance probable.

08.05.2015 - CT-scan colonne lombaire : matériel d'ostéosynthèse en place de D12 à L2.

09.07.2015 - IRM cervicale et dorsale : petites protrusions discales C4-C5 et C6-C7 non compressives. Pas d'anomalie de signal évoquant une atteinte inflammatoire.

25.11.2015 - IRM lombaire : ostéophytes antérieurs L3-L4 et L5-S1. Disques L4-L5 et L5-S1 protrusifs avec déchirure de l'anneau postérieur. Hyperintensité T1 et T2 de type graisseux sur la partie antérieure du bas du plateau vertébral de L5, à la base d'un ostéophyte.

16.12.2016 - RX colonne vertébrale en charge : fixation postérieure D12-L2 par vis interpédiculaire en place. Remaniement post-fracture de L1, sans recul du mur postérieur. Discrète scoliose lombaire à convexité droite, avec angle de Cobb à 10°. Pas d'autre lésion osseuse décelable.

21.12.2016 - Scanner colonne lombaire : matériel d'ostéosynthèse bien en place. Phénomène de vide discal dans le disque D12-L2, avec fracture consolidée.

09.01.2017 - IRM cerveau : pas de lésion ischémique, ni hémorragique visible. Mise en évidence d'une variation anatomique avec espace de Virchow-Robin dilaté en position péri-ventriculaire, pariétal à droite, entouré d'une zone de gliose ».

L'examen final par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, a eu lieu le 29 mars 2017. Dans le rapport y afférent, ce médecin a retenu que la poursuite de la physiothérapie pouvait se concevoir encore quelque temps, mais que la situation était stabilisée du point de vue médical.

Dans un courrier du 6 octobre 2017, l'assuré a, sous la plume de son conseil, fait part de ses objections quant à l'appréciation précitée, alléguant notamment que sa situation médicale n'était pas stabilisée et que les traitements entrepris étaient susceptibles d'amener des améliorations. A l'appui de sa position, il a produit un rapport établi le 17 juillet 2017 par le Dr Z._____, lequel estimait que les traitements avaient déjà permis une large évolution et pouvaient permettre à l'assuré de retrouver une autonomie dans sa vie quotidienne, voire son activité antérieure, car mécaniquement sa colonne vertébrale était forte.

Dans un rapport du 22 septembre 2017, la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assuré, a retenu le diagnostic d'autre épisode dépressif (F32.8), chez un individu qui présente probablement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).

Une nouvelle IRM a été effectuée le 13 novembre 2017. Selon le rapport médical de la Dresse L._____, spécialiste en radiologie, l'examen a mis en exergue ce qui suit :

« Stabilité des discopathies dégénératives débutantes L3-L4 et L4-L5 et modérée L5-S1 sans signe de micro-instabilité de type Modic I.
Diminution de taille de la protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche siège d'une déchirure discale annulaire modérément inflammatoire pouvant éventuellement irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.
Diminution de taille de la protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche siège également d'une déchirure discale annulaire modérément inflammatoire pouvant irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.

Ancienne fracture-tassement vertébral ostéoporotique sans œdème osseux résiduel en L1 et traitée chirurgicalement par une spondylodèse postérieure instrumentée en D12-L2, sans signe de complication sur cette IRM sous réserve des artéfacts métalliques ».

Le 21 novembre 2017, le Dr D._____ a relevé que le Dr Z._____ se limitait à relayer le vécu subjectif du patient. Par ailleurs, en évoquant une reprise de l'activité habituelle et une colonne vertébrale forte, ce médecin traitant admettait que les séquelles de l'accident étaient modérées, de sorte que l'appréciation du médecin-conseil du 29 mars 2017, selon laquelle une activité adaptée était exigible, se trouvait confortée.

Par courrier du 23 novembre 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle allait mettre fin aux paiements des soins médicaux et aux versements de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017, les suites accidentelles étant stabilisées. Elle était pour le surplus en train d'examiner quelles autres prestations d'assurance seraient allouées à l'assuré.

Dans un rapport intermédiaire du 2 décembre 2017, le Dr Z._____ a fait part à la CNA de la réflexion menée quant à la possibilité d'enlever le matériel d'ostéosynthèse ou de prolonger la fixation.

Le 21 décembre 2017, l'assuré a, toujours sous la plume de son conseil, indiqué à la CNA que les infiltrations prévues, ainsi qu'une éventuelle opération, pouvaient améliorer la situation. A son sens, cette dernière n'était pas stabilisée.

Par décision du 26 mars 2018, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les investigations sur le plan médical ayant mis en évidence une diminution de la capacité de gain de 19 % et une atteinte à l'intégrité de 15 %.

Le 24 avril 2018, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition à l'encontre de la décision précitée, contestant le taux de la rente et celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En substance, il a fait valoir que la décision en question se fondait sur l'avis du médecin-conseil de la CNA, lequel était contredit par l'appréciation du Dr Z._____.

S'agissant du taux d'invalidité, il a relevé qu'il se justifiait de suspendre la procédure jusqu'à droit connu sur la position de l'Office de l'assurance-invalidité, devant qui une procédure était pendante. Il s'est par ailleurs prévalu de troubles psychiques, attestés par plusieurs médecins, qui étaient en lien de causalité avec l'accident du 7 mai 2015. Enfin, il a sollicité des mesures d'instruction consistant en une séance dans les locaux de la CNA. A l'appui de son opposition, l'assuré a en outre produit deux rapports établis les 29 mars et 19 avril 2018 par le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, selon lequel l'intéressé souffrait d'un stress post-traumatique (F43.1), ainsi que d'un épisode dépressif moyen (F32.1).

Par décision sur opposition du 27 avril 2018, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a considéré que les troubles psychiques dont il se prévalait ne présentaient pas de lien de causalité adéquate avec l'accident du 7 mai 2015, lequel revêtait une gravité moyenne. Par ailleurs, c'était à bon droit que la CNA - qui avait versé l'indemnité journalière jusqu'au 31 décembre 2017 - avait fixé le départ de la rente au 1^{er} janvier 2018. Les montants de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité étaient pour le surplus justifiés.

B. Par acte du 28 mai 2018, F._____ a, sous la plume de son conseil, recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée. L'assuré a sollicité à titre préalable la mise en œuvre de mesures d'instruction (auditions des médecins traitants et expertise pluridisciplinaire), ainsi que la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur la décision de l'Office de l'assurance-invalidité. Puis, à titre principal, il a conclu à la réforme de la décision sur opposition, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité devait lui être allouée avec effet au 7 mai 2015, et intérêts à 5 % l'an dès dite date. A titre subsidiaire, il a conclu au renvoi de la cause devant la CNA pour complément d'instruction. Dans un premier grief, l'intéressé s'est prévalu d'une violation de son droit d'être entendu, arguant que la décision sur opposition, rendue trois jours après l'opposition, avait vraisemblablement été prérédigée, que celle-ci ne

discutait pas les éléments soulevés par l'assuré, qu'elle ne se déterminait pas sur les mesures d'instruction sollicitées, ni sur la demande de suspension. Il s'est également plaint du fait qu'il n'avait pas pu se déterminer sur le choix du médecin-conseil. Sur le fond, l'assuré a allégué que l'autorité avait constaté les faits de manière inexacte, ne prenant en considération que les rapports du DrD. _____ et éludant les rapports des médecins traitants. Pour le surplus, il a réitéré les arguments soulevés dans le cadre de son opposition s'agissant du caractère incapacitant des troubles psychiques, du taux d'invalidité et du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans sa réponse du 29 juin 2018, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a notamment indiqué que le droit d'être entendu de l'assuré avait été respecté, la décision entreprise étant suffisamment motivée et une expertise n'étant pas nécessaire. Elle a réitéré que les troubles psychiatriques ne présentaient pas de lien de causalité adéquate avec l'accident du 7 mai 2015, cet évènement ayant principalement provoqué une atteinte à la colonne lombaire, désormais consolidée.

Répliquant le 15 octobre 2018, l'assuré a fait état de nouvelles analyses et nouveaux examens permettant d'identifier les causes de ses douleurs. A cet égard, une cimentoplastie de la vertèbre L1 et une nucléorhèse du disque D12 - L1 lui avaient été proposées. Il a par ailleurs produit les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 29 mai 2018 par le Prof. R. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquant que si la discographie était positive, il pouvait être suspecté que l'espace D12 - L1 était responsable d'une partie au moins des symptômes. L'intervention préconisée par le Prof. M. _____, spécialiste en radiologie, apparaissait moins invasive que l'étape suivante, une spondylodèse par voie latérale par thoracotomie.

- Un rapport établi le 7 juin 2018 par le Prof. M. _____ aux termes duquel il était relevé que l'effet test avait été très positif à la suite de l'infiltration intra-discale, ce qui laissait clairement à penser qu'il existait une symptomatologie discale et vertébrale D12 et L1. Le geste de cimentoplastie de la vertèbre L1 et une nucléorthèse du disque D12 - L1 apparaissaient moins invasifs que la spondylodèse par voie latérale par thoracotomie qui pouvait être effectuée si l'état de l'assuré ne devait pas être complètement amélioré.
- Un courrier du 18 septembre 2018 du Dr Z. _____ informant la CNA du diagnostic et du traitement susmentionnés.
- Un courrier du 15 octobre 2018 du conseil de l'assuré à l'attention de la CNA, sollicitant la prise en charge du traitement envisagé par les Profs R. _____ et M. _____.

Prenant de nouvelles conclusions par devant la Cour de céans, l'assuré a sollicité que l'opération projetée soit prise en charge par la CNA et que la procédure de recours soit suspendue dans l'intervalle.

Dupliquant le 25 octobre 2018, la CNA a persisté dans ses conclusions et précisé que la prise en charge de l'intervention préconisée était à l'étude et ferait prochainement l'objet d'une décision. Elle a toutefois relevé que cette opération ne semblait pas être envisagée par le recourant tel que cela ressortait d'un rapport établi le 13 juin 2018 par le Dr T. _____, spécialiste en anesthésiologie, dont l'intimée a joint une copie. Selon ce rapport, l'assuré s'était montré réticent lors de la consultation du 7 mai 2018 à l'idée d'un traitement interventionnel.

Par ordonnance du 31 octobre 2018 refusant la suspension de la procédure, la juge instructrice a expliqué qu'il ne pouvait être statué sur la demande de prise en charge des frais de cimentoplastie et de nucléorthèse, celle-ci étant postérieure à la décision sur opposition du 27 avril 2018.

Dans ses déterminations du 7 décembre 2018, l'assuré a réitéré son argumentation quant à l'absence de stabilisation de sa situation médicale. Il a pour le surplus produit un courrier daté du 7 décembre 2018, selon lequel il adhère à l'opération de cimentoplastie suggérée par les Profs R. _____ et M. _____.

Par courrier du 6 février 2019, l'assuré a indiqué, pièces à l'appui, que la CNA avait accepté de prendre en charge l'opération projetée (cf. courrier des 7 et 24 janvier 2019).

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet

et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 27 avril 2018, à estimer que le cas de l'assuré était stabilisé et à fixer, à compter du 1^{er} janvier 2018, une rente basée sur un taux d'invalidité à 19 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %.

En revanche et tel que mentionné dans l'ordonnance du 31 octobre 2018, il ne saurait être statué sur la demande de prise en charge des frais de cimentoplastie et de nucléorthèse, celle-ci étant postérieure à la décision sur opposition du 27 avril 2018 et étant encore précisé que l'intimée a d'ores et déjà informé le recourant qu'elle acceptait cette prise en charge.

3. a) Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en ce sens que la décision entreprise avait été rendue trop brièvement après la réception de l'opposition, qu'elle ne discutait pas l'ensemble des arguments soulevés et qu'elle n'offrait aucune détermination quant aux mesures d'instruction requises, ni quant à la demande de suspension de la procédure. Il a encore ajouté que l'intimée ne l'avait pas consulté préalablement au choix du médecin-conseil, à savoir le Dr D._____.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V

557 consid. 3.2.1 ; TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

b) En l'occurrence, une violation du droit d'être entendu ne saurait être déduite – sans autre élément objectif à l'appui – de la brève durée de reddition d'une décision sur opposition, le grief se confondant en l'occurrence avec celui de défaut de motivation. A cet égard et quoi qu'en dise le recourant, il convient de constater que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'intimée, étant rappelé que l'administration n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (cf. ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Par ailleurs et en tout état de cause, il sera retenu qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu aura été réparée devant l'autorité judiciaire, instance devant laquelle le recourant a pu réitérer ses griefs et arguments. S'agissant de l'absence de détermination quant à la requête de suspension de la procédure, si le défaut de décision incidente à cet égard constitue une violation du droit d'être entendu, le renvoi de la cause à l'intimée constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt du recourant à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (cf. ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 et les références). A cela s'ajoute que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'a quoi qu'il en soit pas force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362).

Il convient encore de relever que l'art. 42 LPGA ne garantit pas à l'assuré le droit d'être entendu par oral. Aussi, le recourant ne saurait se prévaloir de l'absence d'audition pour asseoir une violation de son droit d'être entendu (cf. Anne-Sylvie Dupont *in* Anne-Sylvie Dupont / Margit Moser-Szeless [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 12 *ad* art. 42 LPGA). Pour le surplus, on relève que le Dr D._____ est intervenu à titre de médecin-conseil de l'assurance et non comme expert de sorte que les garanties

jurisprudentielles en matière d'expertise, notamment quant au choix de la personne de l'expert, n'étaient pas applicables dans le cas particulier.

4. 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.

L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

Si une indemnité pour atteinte à l'intégrité est également due, celle-ci doit être fixée en même temps que la rente d'invalidité (art. 24 LAA)

c) De jurisprudence constante, il est admis que l'assuré a droit à la prise en charge des traitements médicaux et aux indemnités journalières tant qu'il y a lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé et pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité aient été menées à terme. Lorsque ces conditions ne sont plus remplies, le droit à ces prestations cesse et le droit à la rente - *a fortiori* à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité - commence (ATF 144 V 354 consid. 4.1 et les références, 134 V 109 consid. 4.1 et les références, TF 8C_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.1.1).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

6. En l'occurrence, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'un accident le 7 mai 2015, lui occasionnant une fracture L1 de type Burst, et qu'il a, le lendemain, subi une fixation D12 - L2 et une spondylodèse D12 - L1, associée à une greffe iliaque. La question de la stabilisation de l'état de santé du recourant consécutivement à cet accident doit en revanche être discutée, étant précisé que l'évolution de la situation médicale du recourant a été marquée par des douleurs, en particulier au niveau des vis et de la prise de greffe.

La CNA a considéré, sur la base des rapports établis les 29 mars et 21 novembre 2017 par son médecin-conseil, le Dr D._____, que l'état de santé du recourant s'était stabilisé, de sorte qu'elle a mis fin à la

prise en charge des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2017 et a, par voie de conséquence, examiné et fixé le droit du recourant à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Critiquant dans un premier temps le taux d'invalidité retenu et les montants de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant a par la suite principalement contesté que sa situation médicale se soit stabilisée. A cet égard, il s'est prévalu des rapports établis les 29 mai 2018 et 7 juin 2018 par les Profs R. _____ et M. _____, selon lesquels une cimentoplastie de la vertèbre L1 et une nucléorthèse du disque D12 - L1 étaient susceptibles d'améliorer sa symptomatologie. Ces rapports et ces traitements sont certes postérieurs à la décision sur opposition du 27 avril 2018. Néanmoins, ils ont trait à une situation prévalant déjà au moment où celle-ci a été rendue - étant précisé qu'au mois de décembre 2017 l'intimée était informée du fait que des investigations étaient encore en cours - et sont de nature à influencer l'appréciation faite dans la décision entreprise. Par conséquent et en application de la jurisprudence citée *supra* (cf. consid. 4b), il convient de tenir compte de ces rapports dans le cadre du présent examen.

Or, au vu du contenu de ces derniers, on ne saurait retenir au stade de la vraisemblance prépondérante que le cas du recourant est stabilisé. La cimentoplastie L1 et la nucléorthèse du disque D12 - L1 proposées par le Prof. M. _____ sont manifestement des opérations en relation avec l'atteinte accidentelle. Il ne s'agit ni d'une rechute, ni de séquelles. La question se pose donc de savoir si une sensible amélioration de l'état de santé du recourant peut être attendue de ces interventions, ce que l'intimée semble admettre compte tenu du fait qu'elle a accepté de prendre en charge les coûts y relatifs. A cet égard, il sied de relever qu'il ne ressort pas du rapport du Dr T. _____ un refus, mais une réticence du recourant par rapport à ces interventions, étant précisé que ce médecin a recueilli lesdites réticences lors d'une consultation du 7 mai 2018, soit antérieurement au rendez-vous du 6 juin 2018 avec le Prof. M. _____ (cf. rapport du 7 juin 2018). On relève pour le surplus que depuis lors le

recourant a sollicité la prise en charge des interventions et a confirmé sa volonté d'y adhérer par courrier du 7 décembre 2018.

En définitive, au regard des rapports susmentionnés, les conclusions du Dr D._____ selon lequel le cas de l'assuré serait stabilisé ne sauraient être suivies, car prématurées. Il apparaît au contraire que l'instruction médicale est lacunaire et nécessite d'être complétée, notamment par le biais de rapports relatifs aux futures opérations et à leur suivi.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPG) -, cette solution s'imposant s'agissant de l'appréciation d'actes médicaux à venir et non passés. Il appartiendra notamment à l'intimée de compléter son instruction de manière à savoir si les interventions chirurgicales proposées sont susceptibles d'entraîner une amélioration de l'état de santé de l'assuré et, dans l'affirmative, de se déterminer sur la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins.

A défaut d'une stabilisation avérée, l'examen du droit à la rente et à l'indemnité apparaît prématuré, de sorte qu'il n'y sera pas procédé. Compte tenu de l'issue du litige, il sera également renoncé à l'examen des autres griefs soulevés par le recourant. Il ne sera par ailleurs pas donné suite à ses requêtes de mesures d'instruction, celles-ci n'étant pas susceptibles d'influencer le sort de la procédure (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, dans la mesure où il est recevable, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est admis, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 27 avril 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction.
- III.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs) au recourant.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre-Yves Baumann (pour F. _____) ;
- 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 :