

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Gabellon, assesseure
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 6, 10, 18, 19, 21, 24 et 25 LAA ; art. 36 OLAA.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, travaillait à 100 % auprès de [...] depuis le 1^{er} octobre 1979, d'abord en tant que buraliste jusque dans les années 2000, puis dans la distribution [...] A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 octobre 1999, l'assuré est tombé du premier étage de sa maison, entraîné par une caisse remplie de bûches qui reposait en équilibre sur la barrière de son balcon, effectuant ainsi un demi-saut périlleux et se recevant sur les fesses. Comme l'assuré ne sentait plus ses jambes, il a été hélicoptéré au Centre hospitalier [...] (ci-après : [...]) où une fracture transverse du sacrum a été diagnostiquée, pour laquelle le traitement est resté conservateur. L'assuré a repris le travail d'abord à 50 % en février 2000, puis à plein temps en mars 2001 après une excision d'un lipome dans la région lombo-sacrée.

B. Le 7 mars 2017, l'assuré a glissé sur la neige et est tombé sur le dos alors qu'il faisait sa tournée [...], ce qui a entraîné une incapacité de travail totale et la prise en charge du cas par la CNA.

Des radiographies de la colonne lombaire et du sacrum du 13 mars 2017 ont montré une spondylo-discarthrose en L5-S1, une disco-spondylarthrose plus modérée lombaire pluri-étagée, mais pas de fracture appréciable lombaire ou du sacrum.

Lors d'une consultation du 6 avril 2017, le Dr R. _____, chef de clinique adjoint auprès de l'Unité de chirurgie spinale du [...], a constaté que l'assuré avait des douleurs au niveau du dos, sans avoir de déficits neurologiques, et qu'il était hyperalgique à la palpation au niveau lombaire et du sacrum. L'assuré marchait avec un tintébin pour soulager la douleur.

Un CT-scanner lombaire et du bassin réalisé le 10 avril 2017 a permis de confirmer l'absence de fracture tant au niveau du bassin que du sacrum, ainsi que l'absence d'une autre anomalie par ailleurs.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] de la colonne lombaire du 12 juillet 2017 a révélé une inflammation inter-épineuse, prédominant en L1-L2, sans autre lésion significative visible, hormis un remodelage mécanique de la sacro-iliaque droite antéro-inférieure.

Dans un rapport du 25 juillet 2017, les Drs J._____ et X._____, respectivement médecin cadre et médecin assistant auprès du Département de l'appareil locomoteur du [...], ont posé les diagnostics de lombalgies basses chroniques, avec contusion sous-cutanée avec tissus mous œdématisés en regard du rachis lombaire bas, déconditionnement musculaire focal et status post-fracture sacrée ; ils ont ainsi pu rassurer le patient quant à l'absence de diagnostic grave et lui ont prescrit une antalgie adaptée et de la physiothérapie, après avoir constaté une évolution stationnaire.

L'assuré a séjourné à la Clinique [...] (ci-après : la [...]) du 25 juillet au 23 août 2017. Les Drs U._____, médecin assistant, et V._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation de la [...], ont retenu dans un rapport de synthèse du 28 août 2017 les diagnostics de lombalgies, troubles dégénératifs lombaires et inflammation inter-épineuse prédominant en L1-L2. L'appréciation médicale faite par les deux médecins précités au terme de ce séjour est la suivante :

« A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont : douleurs lombaires de type coups de couteaux, constantes, irradiant vers les deux fesses, surtout à droite, d'une intensité de 4-5/10 à 10/10. Ces douleurs augmentent en position assise ou aux changements de position, en position couchée et aux changements de la température extérieure. Elles diminuent au repos et en position debout. Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Le patient déclare être indépendant dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen clinique est décrit ci-dessus.

Les documents d'imagerie (RX [radiographie] du 13.03.2017, CT scan du 10.04.2017 et IRM du 12.07.2017) montrent quelques troubles dégénératifs, un Baastrup, une inflammation inter-épineuses plus particulièrement en L1-L2, et une voussure lombosacrée (sous la cicatrice) de nature graisseuse.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'est retenue.

Certains facteurs contextuels pourraient influencer négativement l'évolution et les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une [k]inésiophobie élevée, une focalisation sur la douleur, et la perception d'un handicap fonctionnel très élevé (Oswestry, PACT).

(...)

Le traitement antalgique à l'entrée est important. Selon le patient, il est indispensable mais pas très efficace : Voltarène retard 75 mg 2 x/jour, Targin cp retard 10/5 mg 2 x/jour, Oxynorm 2.5 mg 6 x/jour en réserve (que le patient ne prendrait pas), Dafalgan cp 1 g 4 x/jour. L'introduction de Neurodol Tissugel 1 x/jour à partir du 15.08.2017 n'a pas été davantage efficace.

La spécialiste en antalgie pense que les douleurs sont de type neuropathique et propose l'arrêt des morphiniques ainsi que l'utilisation d'hydrogel Ketamine/Amitryptiline 2 x/jour et de Lyrica, 25 mg 2 x/jour (introduits le jour de la sortie).

L'évolution subjective et objective est en demi-teinte. Bien que le patient utilise encore les cannes et que les tests fonctionnels ne montrent pas de progression significative (Cf. rapports et tests fonctionnels), le patient fait bien davantage qu'à son domicile où il vivait replié et ne sortait plus.

M. N. _____ s'est toujours montré ponctuel aux thérapies et a effectué les exercices demandés, mais avec passablement de difficultés, la douleur lui interdisant, selon lui, d'en faire davantage.

Les limitations fonctionnelles actuelles sont retenues : activités au sol, flexions/torsions répétées du tronc, ports de charges de plus de 7.5 kg, position assise prolongée. Il est peu probable qu'un entraînement intensif permette à ce patient de retrouver les capacités nécessaires pour réaliser à plein temps et plein rendement les tâches professionnelles les plus exigeantes de son poste actuel de travail.

La situation n'est pas encore stabilisée du point de vue médical.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de [...] est défavorable (facteurs médicaux).

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est en théorie favorable. Toutefois la discordance entre les anomalies objectives et

l'importance du handicap fonctionnel subjectif laisse présager un processus de récupération prolongé. »

L'assuré a notamment fait l'objet d'une évaluation par la physiothérapeute du service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la [...] qui a relevé qu'il était à un point tel fixé sur la douleur qu'un programme de rééducation adéquat était difficile à mettre en place.

Le patient a été revu le 25 septembre 2017 par le Dr V._____, après avoir passé des tests fonctionnels ; ce médecin a constaté que l'assuré avait progressé du point de vue fonctionnel, le handicap fonctionnel ayant significativement baissé mais restant élevé. L'incapacité de travail dans le dernier emploi était toujours totale. L'assuré a encore été vu le 8 novembre 2017 et le Dr V._____ a noté que les tests fonctionnels montraient que la lente progression se poursuivait, ajoutant que le patient avait eu contact avec son employeur et que l'objectif à moyen terme était une reprise à but thérapeutique lorsque les cannes auraient pu être abandonnées à l'extérieur du domicile. L'incapacité de travail était toujours totale.

Dans un rapport du 30 novembre 2017, le Prof. S._____, médecin spécialiste en anesthésiologie auprès du Centre [...] à [...], a effectué différents tests et a conclu en faveur d'une lésion combinée probablement au niveau pré ganglionnaire ou ganglionnaire et une probable composante musculosquelettique. Il n'a toutefois pas été en mesure de poser un diagnostic anatomo-pathologique plus précis. Il a évoqué la mise en place d'un stimulateur médullaire.

Lors de la consultation du 22 décembre 2017, le Dr V._____ a noté la volonté de l'assuré d'évaluer l'indication à la pose d'un neuromodulateur proposée par le Prof. S._____ et a relevé un certain degré de discordance entre les anomalies objectives et les plaintes, ainsi que le peu d'efficacité des mesures thérapeutiques dispensées jusqu'ici.

Le 29 janvier 2018, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, médecin d'arrondissement de la CNA, qui a apprécié la situation de la manière suivante :

« Le patient dit qu'il n'a jamais été totalement remis de l'accident de 1999. Il souffrait de lombalgies basses fréquentes mais elles étaient gérables et le patient a pu travailler jusqu'à l'accident du 07.03.2017.

Ce jour-là, il faisait froid, il y avait de la neige et le sol était verglacé. Le patient, qui distribuait [...] en voiture, s'est tenu à son véhicule pour ne pas tomber. Tout à coup, ses pieds sont partis en avant et il a chuté sur les fesses au même endroit qu'en 1999 avec les suites qu'on connaît. Il a consulté le Dr [...], son médecin traitant à [...], et celui-ci lui aurait surtout conseillé de bouger le moins possible après avoir fait des RX. Il y a ensuite eu une prise en charge au [...], à sa demande, malheureusement un peu chaotique, comme il l'a déjà expliqué.

S'il est vrai que le séjour à [...] a aidé le patient à bouger davantage, il a aggravé les douleurs qui sont permanentes, également nocturnes, d'intensité constante, prenant toute la région lombaire basse avec une irradiation occasionnelle dans la fesse D.

La station assise n'est pas supportée, le patient admettant quand même spontanément qu'il s'assied pour manger. En revanche, il n'a plus conduit sa voiture depuis l'accident et préfère voyager debout avec les transports en commun. La nuit, il dort sur le côté mais il est fréquemment réveillé et il doit se lever. A l'extérieur, il continue de s'aider systématiquement de 2 cannes anglaises pour marcher, craignant toujours de tomber. Ainsi équipé, il n'est pas vraiment limité dans ses déplacements. A la maison, il passe une bonne partie de la journée sur le canapé. Il essaie quand même d'aider son amie au ménage, en remplissant le lave-vaisselle, et fait parfois les courses avec elle en mettant les commissions dans un sac à dos. En revanche, il a dû faire appel à un peintre pour rafraîchir son chalet alors qu'il avait prévu de s'en occuper lui-même. Il n'arrive pas à déblayer la neige et devra également confier le débroussaillage des talus à quelqu'un.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. Toute la région lombaire est très sensible à la palpation, notamment à l'endroit d'une voussure lombo-sacrée, de consistance adipeuse, où les téguments présentent une franche allodynie, alors que la musculature paravertébrale elle-même est souple, la cicatrice d'excision du lipome calme et bien fermée. La mobilité du rachis est limitée par les douleurs, notamment la flexion antérieure du tronc et l'inclinaison latérale D et le relèvement est un peu saccadé, néanmoins sans inversion du rythme lombo-pelvien. Le patient change de position sans difficulté majeure. En revanche, il reste constamment debout. La manœuvre de Lasègue est négative. Les

ROT [réflexes ostéo-tendineux] sont peu vifs, symétriques. Il n'y a pas de déficit neurologique aux MI [membres inférieurs].

Pour ma part, j'avoue ma perplexité.

J'ai l'impression que le patient revit la situation qu'il a connue à la suite de l'accident du 02.10.1999 avec des douleurs invalidantes qu'on peine à corrélérer avec des constatations objectives difficiles à interpréter.

Si l'impression qui prévaut est bien celle d'un trouble fonctionnel, la nature exacte de la voussure lombo-sacrée, qui a toujours été présente selon le patient mais qui n'était plus douloureuse, n'est pas claire et je me demande si les investigations ne devraient pas être répétées d'autant que le radiologue ne savait manifestement pas ce qu'il devait rechercher.

En conséquence, je remercie le Pr [...] de bien vouloir revoir le patient à sa consultation.

J'aimerais aussi qu'il soit examiné par le Dr P._____, qui me lit en copie, car aucun examen neurologique avec ENMG [électroneuromyo-gramme] n'a été fait jusqu'ici. »

Le 2 mars 2018, l'assuré a été examiné par le Dr P._____, spécialiste en neurologie, qui a émis l'appréciation suivante :

« Sur le plan du status locomoteur, il n'y a jusqu'ici pas d'explication claire aux plaintes et l'impression qui prévaut est celle d'un trouble fonctionnel. Se pose par ailleurs la question de la nature exacte de la voussure lombosacrée.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué est globalement superposable aux précédents mettant en évidence un patient fortement algique, quelque peu démonstratif dans ses plaintes, se déplaçant à l'aide de 2 cannes anglaises avec difficultés et refusant de s'asseoir. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle des troubles statiques vertébraux modérés, une sensibilité de la musculature paravertébrale lombaire, une collection liquidienne paravertébrale lombaire basse et la provocation de douleurs à toute tentative de mobilisation tant latérale qu'antérieure du rachis. La marche spontanée se fait avec une boiterie antalgique mais la station sur la pointe des pieds et sur les talons, de même que la station pieds joints, sont normalement possibles. Les points de Valleix et la manœuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs et l'examen des membres inférieurs est sans anomalie, notamment sans évidence d'atteinte radiculaire.

En bref, un examen clinique sans signes d'irritation/déficit radiculaire et sans éléments en direction d'une autre pathologie du système nerveux à l'origine des troubles.

Comme convenu, j'ai pratiqué un ENMG du membre inférieur droit. Malgré l'absence de tout élément clinique clairement indicateur d'une souffrance radiculaire, l'ENMG révèle de discrets signes de dénervation spontanés dans les muscles dépendant du myotome S1 droit (éventuellement également L5) ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire ne permettant pas d'écarter l'existence d'une irritation d'une structure nerveuse et notamment d'une irritation radiculaire S1/L5 avec, comme éléments de diagnostic différentiel, une compression tronculaire, en principe moins probable du fait de la présence de signes de dénervation également au niveau de la musculature paravertébrale lombaire. Il faut néanmoins ajouter que les signes de dénervation spontanés quoiqu'indubitables restent discrets et doivent être interprétés, dans le contexte clinique global, avec retenue, ceci d'autant plus que les examens radiologiques pratiqués jusqu'ici n'ont pas démontré d'images susceptibles d'expliquer cette irritation radiculaire non objectivable à l'examen clinique et identifiée uniquement, sur le plan électrophysiologique.

Bien que l'ENMG mette en évidence une suspicion d'irritation nerveuse susceptible de contribuer aux troubles, j'ai également eu l'impression d'une certaine discordance entre l'importance des plaintes d'une part et la discrétion voire l'absence d'anomalies objectives d'autre part chez un patient auprès duquel il semble que l'ensemble des mesures thérapeutiques se soit avéré être un échec. Je n'ai néanmoins pas d'explication claire à cette situation.

Sur le plan thérapeutique, je n'ai également malheureusement pas de proposition additionnelle, si ce n'est qu'il convient, dans toute la mesure du possible, d'éviter les mesures thérapeutiques semi invasives et invasives.

La capacité de travail est théoriquement de 50% au moins dans une activité essentiellement en position debout. »

L'assuré a ensuite été pris en charge par le Centre [...] à [...] et, le 11 avril 2018, les Drs C._____ et Y._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, respectivement en neurochirurgie, assistés de la psychologue D._____, ont posé les diagnostics de lombalgie avec irradiation dans la région de la fesse droite, accompagnée de composantes myofasciales et facettogéniques (M54.87), douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) et insomnie non organique (F51.0). Leur appréciation interdisciplinaire a permis d'identifier des facteurs biologiques - comme une insuffisance de la musculature segmentaire profonde - et des facteurs de stress psychosociaux. Lors de l'examen

orthopédique, aucun signe de présence d'une pathologie articulaire ou osseuse n'a été observé. En revanche, des signes évidents de douleur chronique et de sensibilité centrale originaires de la charnière lombo-sacrée étaient présents. Les facteurs qui entretenaient la douleur étaient les suivants : insuffisance considérable de la musculature segmentaire profonde, sursollicitation des facettes lombaires et de l'appareil ligamentaire lombo-sacré, ainsi qu'intensification de la douleur par la dysrégulation végétative existante. Du point de vue de la psychologie de la douleur, ils ont supposé une douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques. Ils ont indiqué que l'assuré ne disposait pas actuellement de stratégies adaptatives de gestion de la douleur ; il avait perdu confiance en son corps ; en conséquence, la gestion de la douleur semblait être dominée par l'anxiété et le ménagement. L'assuré avait fait également état d'un sentiment d'inutilité compte tenu des limitations dues à la douleur. Par ailleurs, il avait décrit certains facteurs de stress psychosociaux (par exemple, l'incertitude professionnelle, les conflits familiaux, l'isolement social). Ces médecins ont recommandé une augmentation progressive de la sollicitation, en ambulatoire voire éventuellement en milieu hospitalier pour commencer. Dans ce contexte, il convenait de renouveler l'information et l'éducation du patient, pour lui confirmer l'absence de toute lésion structurelle. Un accompagnement psychothérapeutique concomitant de cette activation s'avérait judicieux. Dans le cadre de la physiothérapie, outre l'activation de la musculature segmentaire profonde de stabilisation du tronc, des techniques de stabilisation végétative devaient également être enseignées. Les psychologues de la douleur recommandaient l'apprentissage de stratégies adaptatives de gestion de la douleur (p. ex. techniques de relaxation, activité bien dosée, auto-prise en charge, etc.) au sein de groupes psychothérapeutiques ou dans le cadre de séances individuelles. Des mesures psychothérapeutiques étaient également indiquées pour traiter les troubles du sommeil, la perte de confiance dans son propre organisme et les conflits interpersonnels ou encore l'isolement social (dans l'idéal, dans le cadre de séances individuelles). Les aspects professionnels (avenir incertain) devaient également être pris en compte dans le cadre de la psychothérapie, voire du « Case Management ». Seules

trois consultations psychiatriques avaient été réalisées durant le séjour de réadaptation à [...], le potentiel de la psychothérapie de la douleur ne semblait donc pas épuisé. Parallèlement à un traitement ambulatoire à long terme près du domicile, ils recommandaient un séjour stationnaire multimodal.

Une IRM du bassin réalisée le 9 mai 2018 a révélé un petit remaniement cicatriciel au sein des parties molles sous-cutanées lombaires basses, avec hypertrophie graisseuse sous-cutanée en regard de la voussure palpée à hauteur de L5 à droite sans lésion focale ni élément suspect, et une bursite interépineuse L3-L4.

Dans le cadre du suivi de l'assuré, le Dr Z._____, médecin adjoint du Département d'anesthésie et du Centre d'antalgie de l'hôpital de [...], a constaté le 11 juillet 2018 en substance que la situation clinique restait inchangée, mais que l'assuré avait été opéré par le Dr T._____. Selon protocole opératoire du 3 juillet 2018, l'assuré a en effet subi une opération d'excision du tissu sous-cutané contenant un névrome par les Drs T._____ et M._____, spécialistes en chirurgie.

Par la suite, le 7 janvier 2019, le Dr Z._____ a résumé la situation en ces termes :

« Monsieur N._____ souffre donc d'une douleur médiane lombosacrée qui s'est avérée extrêmement résistante aux traitements conventionnels, médicamenteux aussi bien qu'interventionnels. Seuls, des blocs facettaires avaient permis, transitoirement, de diminuer quelque peu les symptômes.

Les douleurs ont une connotation neuropathique avec une sensation de pesanteur, de serremments dans la région lombaire basse, où cliniquement on trouve une voussure électivement douloureuse. Nous avons d'ailleurs convenu de l'indication à réséquer cette voussure qui s'est révélée être un lipome sans caractère atypique. Malheureusement cette intervention n'a en rien modifié les symptômes et le patient reste incapable de s'asseoir, et ne se déplace qu'avec des cannes.

Comme nous en avons convenu, un test de stimulation médullaire a été effectué avec la mise en place, le 21 décembre d'une électrode octopolaire par ponction intersomatique D12-L1. Lorsque je revois le

patient le 28 décembre, il se dit très satisfait de l'amélioration qu'il estime entre 60 et 70%. Il marche sans canne, est capable de s'asseoir de façon prolongée. Cette amélioration se confirme le 3 janvier 2019 où le patient estime qu'elle dépasse maintenant 70%.

Le patient a également indiqué qu'il a pris contact avec les ressources humaines de [...] où il est employé, on lui aurait déclaré être favorable à une réinsertion dans l'activité qu'il avait auparavant.

Cliniquement, la situation étant à l'évidence bien meilleure, et pour la première fois j'ai vu le patient être assis en face de moi [sic] pendant la consultation.

S'agissant des médicaments, le patient a pu progressivement diminuer les doses, ne prend plus que 2 x 20 gouttes de Trarnadol, 75 mg de Lyrica et 1 g de Dafalgan.

Techniquement, la stimulation chez Monsieur N._____ requiert des énergies élevées qui nécessiteront, au cas où un stimulateur serait implanté, l'usage d'un dispositif rechargeable.

Concrètement [sic], Monsieur N._____ a maintenant une alimentation externe de son système moyennant deux extensions transcutanées. Cette situation ne peut bien sûr pas se poursuivre au delà [sic] d'au maximum 4 semaines, et la décision d'aller de l'avant et d'implanter un stimulateur devrait être prise rapidement afin de limiter les risques d'infection.

Au total, il apparaît que la stimulation médullaire est le seul traitement qui jusqu'à présent ait permis d'améliorer significativement la situation de Monsieur N._____. »

La situation de l'assuré a en outre fait l'objet d'une appréciation neurologique le 18 janvier 2019 par le Dr O._____, du Centre de compétence de la CNA. Ce médecin a constaté que l'opération réalisée en juillet 2017, avec mise en évidence et excision d'une structure correspondant à un névrome mais qui, selon le rapport du Dr Z._____, était une récurrence de lipome, n'avait eu aucune incidence sur les douleurs qui étaient désormais éprouvées en profondeur, toujours avec une connotation neuropathique. Il a noté qu'en présence de la symptomatologie rebelle, le Dr Z._____ avait procédé à un test de stimulation médullaire en date du 21 décembre 2018. L'amélioration avait été nette, avec une diminution de l'intensité de la douleur de 60 à 70 %, permettant à l'assuré de s'asseoir, de marcher sans cannes et de diminuer les doses des médicaments antalgiques. Face à une douleur lombo-sacrée mixte, une évolution tortueuse et pénible et une situation thérapeutique

difficile, et après discussion avec le Dr Q._____, qui connaissait aussi bien l'assuré que le Dr Z._____, il a été décidé de favoriser une approche pragmatique qui permettait au Dr Z._____ de réaliser l'implantation définitive du stimulateur médullaire.

Par rapport du 1^{er} avril 2019, le Dr Z._____ a expliqué qu'il avait implanté un stimulateur définitif à l'assuré le 28 janvier 2019 et que, lorsqu'il avait revu le patient le 11 février, puis le 25 mars, la cicatrice des plaies était complète. Il a relevé le bénéfice symptomatique, dans le sens où la position assise n'était pas limitée, l'assuré marchait sans canne et avait recommencé une physiothérapie intensive. Il a ajouté que [...] avait licencié l'assuré pour le 31 mars 2019, malgré une promesse d'essai de reprise.

Le 17 avril 2019, l'assuré a été à nouveau examiné par le médecin d'arrondissement, le Dr Q._____, pour faire le point de la situation. Ce dernier a conclu qu'au vu de la régression spectaculaire de la symptomatologie douloureuse sous stimulation médullaire, chez un patient qui paraissait sincèrement désireux d'aller de l'avant malgré son licenciement, un nouveau séjour à la [...] avait certainement tout son sens.

L'assuré a ainsi à nouveau séjourné à la [...] du 30 juillet au 25 septembre 2019. Dans son rapport du 14 octobre 2019, la Dre B._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr G._____, médecin assistant auprès de la [...], ont apprécié la situation de la manière suivante :

« A l'entrée les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des lombalgies basses en barre avec irradiation dans la fesse droite, en nette amélioration depuis la mise en place du neuromodulateur au mois de janvier. Les douleurs sont devenues non constantes, non insomniantes, cotées au repos à 0/10, déclenchées par l'effort, surtout le port de charges et les activités en flexion du tronc avec des pics douloureux arrivant parfois jusqu'à 7/10 mais qui régressent assez rapidement par la suite. Le patient décrit également des lâchages fréquents et une sensation de faiblesse musculaire du membre inférieur droit.

(...)

Le patient est indépendant dans les activités de la vie quotidienne. Le périmètre de marche avec cannes anglaises et d'1h30.

(...)

Sur le plan orthopédique : aucun nouveau diagnostic n'a été retenu durant le séjour.

Sur le plan psychiatrique : d'un point de vue psychique, ce patient a été suivi par le service de psychosomatique pendant son séjour. Les entretiens individuels ont porté sur la douleur et les ressources du patient pour y faire face. L'analyse fonctionnelle réalisée avec le patient met en évidence une peur de la douleur et des comportements de protection qui y sont liés. Par différentes expériences comportementales, M N. _____ a pu tester différentes anticipations et vérifier par lui-même que la peur de tomber ne se vérifiait pas et que la douleur, bien que très forte lorsqu'il se fait par exemple bousculer, revient à son niveau de base en quelques minutes. M N. _____ a également participé aux différents modules du groupe de gestion de la douleur ainsi qu'à une initiation à la relaxation auxquels il a très bien adhéré. En l'absence de toute psychopathologie, aucun suivi n'a été organisé pour la suite, mais le patient sait que nous restons à disposition au besoin.

Sur le plan neurologique : l'examen neurologique avec évaluation par ENMG met en évidence des **stigmates d'une radiculopathie S1 droite, séquellaire sans signe de souffrance aiguë**. Il y a l'absence d'argument en faveur d'un déficit neurologique d'origine périphérique. Au vu de l'amélioration de la force musculaire au niveau du membre inférieur droit, les lâchages rapportés par le patient étaient probablement en lien avec le déconditionnement musculaire important.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquent principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, notamment une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles, une cotation élevée de la douleur ainsi qu'une perception élevée du handicap fonctionnel.

(...)

Le traitement antalgique a été assuré par du Dafalgan 1 g et du Tramal 50 mg en réserve, que le patient a pris assez régulièrement. Ce traitement s'est avéré efficace pour contrôler les douleurs durant le séjour.

L'évolution subjective et objective est favorable (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée. M.N. _____ s'est pleinement investi dans sa rééducation.

Aucune incohérence n'a été relevée.

En fin de séjour le patient a eu une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte). Au HFS-PACT, le score de 75 correspond à l'appréciation par le patient de pouvoir réaliser des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats au cours de l'évaluation on peut mentionner que le patient sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum aux différents tests a été considérée comme réelle, et le niveau de cohérence, pendant l'évaluation, comme élevé. Au terme de l'évaluation le niveau d'effort fourni par le patient correspond à un niveau d'effort léger à moyen, selon le D.O.T. avec des charges allant de 10 à 15 kg.

Durant le séjour le patient a été pris en charge aux ateliers de réadaptation professionnelle durant des périodes allant jusqu'à 4 heures consécutives à des activités légères (5-10 kg), dans des positions assises et debout, sans exprimer de difficultés particulières. Le métier d'employé de distribution ne paraît plus réalisable actuellement. Une réorientation est donc nécessaire. Toutefois, une progression relativement importante au niveau des plaintes et limitations fonctionnelles est observée durant le séjour. De ce fait, M. N. _____ continuera sa rééducation jusqu'au 8 novembre 2019, date à laquelle une nouvelle évaluation sera effectuée à la clinique [...]. Suite à cette évaluation, une mesure d'évaluation des capacités professionnelles (ECP) sera programmée au sein de nos ateliers professionnels.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues :

- pas de ports de charges > 15 kg, porter rarement des charges de 7,5 à 15 kg, porter parfois des charges de de 7,5 à 15 kg, pas de limitation pour les ports de charges < 7.5 kg
- maintien prolongé du tronc en porte-à-faux, flexions-torsions répétées du tronc, maintien [sic] prolongé des positions statique [sic] assis et debout

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie régulière en ambulatoire doit être maintenue à buts de renforcement musculaire, de reconditionnement général et d'accompagnement du patient dans son auto-rééducation afin d'améliorer ses limitations fonctionnelles.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 3 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité d'employé dans la distribution est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident. Une réorientation professionnelle a été discutée avec le représentant de l'Office AI et une phase d'ECP au sein de nos

ateliers de réadaptation professionnelle est à planifier après l'évaluation multidisciplinaire prévue le 08.11.2019.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. ».

Le 8 novembre 2019, l'assuré a été revu à la consultation par le Dr V._____ qui a constaté une amélioration sur tous les plans. Les tests fonctionnels ont en effet progressé dans tous les secteurs. Les tests au simulateur de conduite étaient réussis, la marche était meilleure, l'assuré utilisait un bâton uniquement par sécurité et il avait davantage de confiance lors de la mobilisation du dos. L'intéressé serait prochainement convoqué pour une évaluation de ses capacités professionnelles.

L'assuré a donc suivi une mesure d'évaluation de ses capacités fonctionnelles du 25 novembre au 19 décembre 2019 à la [...]. Le rapport établi le 14 novembre 2019 par le Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, L._____, maître socioprofessionnel, et K._____, psychologue, a révélé que les contraintes physiques et de mobilité requises pour le métier de [...] étaient trop importantes et incompatibles avec une lombalgie basse chronique. Les activités de bureau en revanche permettaient à l'assuré d'alterner les positions et l'intéressé disposait de bonnes connaissances administratives qu'il pouvait ainsi mettre en valeur. Les auteurs du rapport ont relevé que, malgré sa bonne volonté, le temps de travail de huit heures par jour n'avait pas pu être maintenu sur la durée de la phase. Puis, ils ont observé une perte de rendement en fin de journée, en fin de semaine et une diminution de semaine en semaine. Ils ont constaté un déconditionnement professionnel. Sur une activité, l'assuré devait effectuer plusieurs changements de positions, passer de la position assise à debout très fréquemment pour soulager son dos. De plus, l'assuré devait recharger son neuromodulateur chaque quatre heures et cette action pouvait prendre jusqu'à une heure. Ils ont encore précisé que le contexte de travail dans leurs ateliers était protégé et que chaque activité était adaptée à la problématique de santé de l'assuré. Ils ont ajouté que ce dernier était une personne volontaire et impliquée dans sa réorientation et qui possédait de bonnes capacités intellectuelles. Ils ont conclu que les douleurs ainsi que les changements

de position avaient une influence négative sur le temps de travail et sa productivité. Un travail à temps partiel à la réception/accueil d'une entreprise, avec des positions variées (téléphone, accueil clientèle, scannage, saisie de données, petits travaux administratifs) leur paraissait être la piste professionnelle la plus valide à la suite de leurs observations.

Le coordinateur AI de la [...], BB._____, a fait le bilan suivant le 14 novembre 2019, au terme de la mesure d'évaluation susmentionnée :

« Son investissement durant la mesure a été total. Il montre une réelle motivation à trouver une solution professionnelle. Malgré les difficultés qu'il rencontre, il affiche toujours une grande jovialité.

Plusieurs de ses projets ont malheureusement dû être abandonnés et ses démarches auprès de son ancien employeur n'ont, à ce jour, pas trouvé d'issue favorable.

Plusieurs aménagements ont dû être consentis aux ateliers pour qu'il puisse assurer des journées de travail presque complètes. La gestion de la recharge de son neurostimulateur reste difficile à intégrer dans un processus professionnel. L'assuré a consenti des efforts importants pour faire face aux exigences, pourtant adaptées, des ateliers professionnels.

Compte tenu du déconditionnement de l'assuré, des mesures progressives sont nécessaires pour augmenter sa capacité de travail. Nous constatons que cette capacité de travail reste faible actuellement et que l'assuré, malgré sa bonne volonté, reste éloigné des exigences du premier marché du travail, tant ses limitations fonctionnelles sont présentes.

Ce[t] assuré peine à faire le deuil de son ancien état de santé. La mesure lui a permis de prendre conscience des éléments à prendre en considération pour qu'un projet professionnel ait des chances de fonctionner. Le risque réside encore dans le fait qu'il accepte une activité qui ne soit pas adaptée à sa situation. »

Le 21 janvier 2020, le Dr Q._____ a réexaminé l'assuré et en a fait l'appréciation suivante :

« Le patient dit qu'il a beaucoup progressé depuis le dernier examen à l'agence, notamment grâce au séjour à [...]. Il peut marcher maintenant sans moyens auxiliaires sur de courtes distances et ne prend qu'une canne basse, par sécurité, pour les plus longs trajets. La station assise est également beaucoup mieux supportée et le

patient a retrouvé une vie sociale plus normale. Il a essayé de reconduire sa voiture lorsque le Dr V. _____ lui en a donné la permission mais il veut faire quelques heures de conduite accompagnée avec un ami moniteur, avant de se lancer dans le trafic et il préfère attendre la fin de l'hiver. Il s'efforce d'aider sa compagne au ménage et cherche activement un emploi. Lors de la phase ECP, il s'est quand même rendu compte qu'il était plus limité qu'il ne le pensait et il y a ce problème de recharge de la batterie du stimulateur qui l'oblige à s'interrompre 1 à 2 fois par jour.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de grande taille, solidement constitué mais en surpoids, positif, qui se déplace toujours en légère flexion antérieure du tronc mais plus librement qu'auparavant et sans aucune manifestation douloureuse.

Objectivement, il n'y a pas de troubles statiques majeurs. La musculature paravertébrale semble un peu tendue mais non douloureuse à la palpation. L'allodynie lombo-sacrée et la voussure qu'on observait auparavant à ce niveau ont complètement disparu. La mobilité du rachis dorso-lombaire est bien récupérée et la mobilisation s'effectue de manière harmonieuse. Le patient change aisément de position et il peut rester longtemps assis sans aucune gêne apparente même s'il évite toujours de trop s'appuyer au dossier de la chaise. La manœuvre de Lasègue, négative à G, entraîne des douleurs lombaires à D mais elle n'est pas bloquée. Les ROT sont peu vifs, symétriques. La force développée à D reste un peu moins bonne qu'à G, sans emporter la conviction d'un déficit. Le patient ne décrit pas de troubles de la sensibilité aux MI. Il n'y a pas d'autolimitation, pas de signe de non organicité.

Comme je l'ai déjà dit, cette affaire me laisse perplexe.

L'accident du 07.03.2017, une simple contusion, est venu aggraver des lombalgies chroniques modérées qui remontaient elles-mêmes à une fracture du sacrum, survenue en 1999, apparemment guérie sans séquelles mais qui laissait quand même une voussure lombo-sacrée de nature peu claire.

Alors que les constatations objectives étaient assez minces, cet accident a entraîné un handicap subjectif majeur, d'allure fonctionnelle, que toutes les mesures entreprises ne parvenaient pas à infléchir (séjour à la [...], reprise de la cicatrice) jusqu'à l'implantation d'un stimulateur médullaire qui a notablement amélioré l'état de M. N. _____.

La situation ne s'est jamais prêtée à une fin de prestations (fracture du sacrum, lésion lombo-sacrée post-traumatique de nature peu claire) et en prenant en charge une neuromodulation sur le long terme, il est clair que la Suva a implicitement admis que sa responsabilité restait engagée.

Du point de vue thérapeutique, la poursuite de la physiothérapie, très investie par le patient, à raison de 2 séances par semaine, peut

se concevoir encore quelque temps. On s'attend ensuite à ce que le patient puisse progressivement espacer les séances.

Au plan professionnel, le patient aurait bien voulu réintégrer [...] car il est persuadé qu'un travail adapté aurait pu lui être confié mais il s'est rendu compte qu'on ne le réengagerait pas. Il a aussi contacté un ami d'enfance qui a hérité d'une entreprise [...]. De la phase ECP, il est ressorti que la meilleure piste professionnelle serait un poste de réceptionniste polyvalent ou de responsable du courrier dans une entreprise.

Alors que la motivation du patient à retrouver un emploi a paru sans faille, d'évidentes difficultés se sont faites jour lors de cette phase ECP de sorte qu'il a paru douteux qu'il puisse travailler en plein, même dans une activité adaptée, voir qu'il puisse travailler dans le circuit économique normal.

Néanmoins, il n'est pas possible de se fonder uniquement sur cette observation professionnelle pour définir une exigibilité, laquelle doit aussi tenir compte des constatations objectives de l'examen radioclinique qui sont rassurantes.

Pour ma part, je suis d'avis que M. N. _____ peut travailler dans une activité respectant les limitations médicalement reconnues lors du séjour à la [...] mais qu'une baisse de rendement de l'ordre de 20% doit être admise, notamment en raison du temps de recharge de la batterie du stimulateur qui va forcément interférer avec l'activité professionnelle.

Si le patient parvient à retrouver un emploi, la rente qui se profile, au vu des considérations qui précèdent, pourra toujours être révisée s'il y a lieu.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, je pense qu'il faut être pragmatique et considérer que nous sommes en présence de troubles dégénératifs modérés, rendus douloureux par l'accident, mais dans une mesure qui n'est que partiellement explicable, soit des douleurs minimales permanentes (++) au sens de la table 7 du barème de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], détail N°2870/7.f-2004.

La légère radiculopathie S1 D et surtout la nécessité d'une stimulation médullaire justifient une augmentation de 5%.

L'atteinte à l'intégrité totale se monte ainsi à 15%. »

Par lettre du 4 février 2020, la CNA a constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré et a mis fin au versement des indemnités journalières au 31 mars 2020.

L'assuré s'est inscrit auprès de l'assurance-chômage dès le 1^{er} avril 2020.

Le 2 avril 2020, le Dr Q._____ a précisé qu'outre les antalgiques, le suivi habituel d'un patient porteur d'un stimulateur médullaire devait être pris en charge, ce dont l'assuré a été informé le 6 avril 2020 étant précisé que deux séances hebdomadaires de physiothérapie étaient également allouées jusqu'au 31 juillet 2020.

En réponse à une demande de la CNA, l'ancien employeur de l'assuré a indiqué le 21 avril 2020 qu'en 2020, celui-ci aurait perçu 71'385 fr. 30 dès le 1^{er} avril pour quarante-deux heures de travail hebdomadaire.

Toujours le 21 avril 2020, le Dr Q._____ a réactualisé son rapport du 21 janvier 2020 pour préciser que les troubles dégénératifs modérés avec des douleurs minimales permanentes au sens de la Table 7 correspondaient à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10 %, à laquelle s'ajoutait une IPAI de 5 % pour la légère radiculopathie S1 droite ainsi que la nécessité d'une stimulation médullaire.

Par décision du 24 avril 2020, la CNA a alloué une rente de 24 % et une IPAI de 15 %. Elle a indiqué que, selon le médecin d'arrondissement, une capacité de travail, en tenant compte d'une baisse de rendement de l'ordre de 20 %, était exigible dans une activité adaptée. Cette capacité de travail médicalement exigible permettrait de réaliser, au vu de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), homme, niveau de compétence 1, un salaire annuel 54'465 francs. Comparé au gain de 71'385 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de gain de 24 %.

L'assuré y a fait opposition par courriers des 25 et 26 mai 2020, contestant en substance bénéficiaire d'une pleine capacité de travail en l'état, même dans une activité adaptée et avec une diminution de rendement. Par courrier du 17 juillet 2020, son conseil a précisé ses conclusions principalement dans le sens de la reprise du versement des

indemnités journalières et du paiement de soins médicaux, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière et d'une IPAI supérieure à 15 %, encore plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans un rapport du 9 novembre 2020, la Dre H._____, médecin praticienne, a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} avril 2020 en raison de douleurs du sacrum, en précisant que l'état était stationnaire sans amélioration clinique.

Dans un rapport du 17 décembre 2020, la Dre W._____, cheffe de clinique adjointe de l'Hôpital de [...], a posé le diagnostic de lombosciatalgies prédominantes à droite posttraumatiques chroniques et a fait part de ses constatations suivantes :

« Compte tenu de ce qui précède je retiens un diagnostic de lombopyalgies droites chroniques posttraumatiques avec probablement une origine neuropathique séquellaire sur ajoutée (signes de radiculopathie S1 droite sur deux ENMG). Comme relevé à plusieurs reprises et compte tenu notamment de la chronicité des plaintes, il existe par ailleurs probablement des éléments faisant évoquer une sensibilisation centrale de la douleur, faisant intervenir des facteurs somatiques et psychiques. Cette pathologie est congruente dans le temps avec le traumatisme en mars 2017 chez un patient qui ne présentait pas de limitation fonctionnelle tant sur le plan professionnel que dans la vie quotidienne incapacitante jusqu'à cette date.

Actuellement et selon les propres dires du patient, la situation semble actuellement relativement stabilisée mais reste caractérisée par un état douloureux élevé (EVA [échelle visuelle analogique] 6 /10 en moyenne) malgré l'amélioration du seuil douloureux suite à la pose du neuromodulateur et le bénéfice tant en terme de douleur que de fonction grâce à la thérapie physique.

Je note par ailleurs chez Monsieur N._____, compte tenu du parcours médical que j'ai pu reconstitué [sic] et de la présente consultation, son implication et sa compliance aux différentes prises en charges médicales recommandées.

Concernant l'incapacité de travail en lien avec l'atteinte à la santé, j'estime comme cela a été le cas lors des différents séjours à la [...] que, dans l'activité habituelle du patient, celle-ci est de 100%.

Dans une activité adaptée à l'état de santé, bien que la présente consultation ne soit pas une expertise médicale, je l'estimerais de l'ordre de 50%, dès le 01.04.2020. »

Le Dr Q._____ a indiqué le 8 mars 2021 que le rapport de la Dre W._____ n'apportait aucun élément nouveau susceptible de faire changer son appréciation.

Par décision sur opposition du 11 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition, confirmant ainsi sa décision du 24 avril 2020, quand bien même le salaire sans invalidité fixé sur la base de l'ESS de l'année 2018 conduit à une perte de gain de 23 % (au lieu de 24 %).

C. **a)** Par acte du 8 avril 2021, N._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Jean-Michel Duc, déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec suite de dépens principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimée continue à lui verser des indemnités journalières et qu'elle prenne en charge les traitements médicaux au-delà du 1^{er} avril 2020; subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité de 64 % au moins et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de plus de 15 % et à la prise en charge de tous les frais de traitement après fixation de la rente; encore plus subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition et renvoi de la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a requis la production du dossier de l'intimée et de celui de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Dans sa réponse du 12 mai 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c) Dans sa réplique spontanée du 7 juin 2021, le recourant a maintenu les conclusions de son recours.

d) Dans son courrier du 21 septembre 2021, le recourant a renoncé à requérir la production du dossier de l'OAI.

E n d r o i t :

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

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

2. En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision sur opposition du 11 mars 2021, par laquelle la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 24 % et une IPAI de 15 %.

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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

c) Parmi les prestations allouées en cas d'accident figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), au versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

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). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) - et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA).

Aux termes 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, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite.

d) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7

LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci 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_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

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

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

5. a) Par décision sur opposition du 11 mars 2021, l'intimée a alloué au recourant une rente d'invalidité de 24 % dès le 1^{er} avril 2020 et une IPAI de 15 %. La décision entreprise est fondée principalement sur les appréciations du Dr Q._____ et des médecins de la [...].

b) En l'occurrence, le recourant met en doute les compétences du Dr Q._____ dans la mesure où il n'exerce son activité de médecin qu'auprès de la CNA et qu'il n'a plus de contact avec des patients.

D'après la jurisprudence, une valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car 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 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Au demeurant, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2 ; 8C_59/2020 du 14 avril 2020 consid. 5.2 ; 8C_316/2019 consid. 5.4 du 24 octobre 2019 et les arrêts cités).

Le grief du recourant relevant l'absence de compétence et de légitimité du médecin d'arrondissement de l'intimée au motif qu'il n'a plus de patients et qu'il n'exerce son activité qu'auprès de cette dernière est ainsi sans pertinence. La critique de l'absence de lien avec des patients est particulièrement infondée en l'espèce puisque le Dr Q._____ a examiné le recourant personnellement à plusieurs reprises.

Les constatations du Dr Q._____ - suivies par la CNA dans sa décision - se basent sur plusieurs examens cliniques effectués à différentes dates, font état des plaintes du recourant, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude fouillée du cas de celui-ci. Comme on le verra plus bas, ses conclusions, objectives et rigoureusement motivées, ne sont pas remises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante.

c) Dans un autre moyen, le recourant conteste la fin du versement des indemnités journalières. Pour se prévaloir de l'absence de stabilisation de son état, le recourant relève que la Dre W._____ indique que l'état douloureux reste élevé ; il en conclut que la continuation d'un traitement médical est nécessaire pour réduire les douleurs et améliorer sensiblement son état.

Le texte de la disposition légale applicable (art. 19 LAA) ne décrit pas ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ». Pour qu'une amélioration sensible soit possible, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail pour ce qui est des conséquences de l'affection assurée. Il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (ATF 134 V 109 consid. 4.1). Il ne suffit pas que le traitement médical laisse présager une amélioration sensible de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3).

En l'espèce, le 14 octobre 2019, les médecins de la [...] attendaient une stabilisation de l'état dans les trois mois ; ils ne proposaient aucune nouvelle intervention. Les Drs Z. _____ et V. _____ n'avaient pas davantage de propositions à formuler pour améliorer la capacité de travail du recourant après la pose du neurostimulateur. Après l'évolution de l'état du recourant dûment décrite par le Dr Q. _____ dans ses différentes appréciations et en l'absence de nouvelles propositions thérapeutiques, le médecin de la CNA était ainsi fondé à constater la stabilisation de l'état de santé du recourant après l'implantation du neurostimulateur qui avait notablement amélioré son état.

Les constatations de la Dre W. _____ ne permettent pas de tirer d'autres conclusions. Elle indique en effet que, selon les propres dires du patient, la situation semble relativement stabilisée même si elle reste caractérisée par un état douloureux élevé. Elle ne propose pas de nouvelles interventions ou traitements qui pourrait améliorer sensiblement l'état du recourant afin de lui permettre d'améliorer sa capacité de travail.

Le grief du recourant doit ainsi être rejeté et la stabilisation de son état être confirmée. La cessation du versement des indemnités journalières est donc justifiée.

d) Le recourant soutient que sa capacité de travail résiduelle serait de 50 % maximum et reproche au Dr Q. _____ de ne pas indiquer

de manière suffisamment motivée pourquoi il a écarté l'avis de la Dre W. _____ sur ce point.

Dans son appréciation du 21 janvier 2020, le Dr Q. _____ a évalué la capacité de travail en tenant compte des examens cliniques et constatations médicales, des déclarations du recourant et des observations des spécialistes de la réinsertion. Il a relevé la nette progression de l'état du recourant à la suite de la pose du neuromodulateur ; l'intéressé était apte à marcher sans moyens auxiliaires sur de courtes distances, s'aidant d'une canne pour les longs trajets ; il supportait beaucoup mieux la station assise et avait retrouvé une vie sociale plus normale ; il reprenait la conduite automobile et s'efforçait d'aider sa compagne dans les tâches ménagères ; il cherchait activement un emploi. Le Dr Q. _____ a retenu les limitations constatées lors du séjour à la [...], puis lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles, notamment les problèmes de recharge du neurostimulateur. Il a mis en exergue les constatations objectives toujours restées assez minces et les plaintes subjectives importantes du recourant. Il a noté que l'examen clinique du jour ne révélait pas de troubles statiques majeurs, la mobilité du rachis dorso-lombaire étant bien récupérée, et il a constaté la disparition de l'allodynie lombo-sacrée et de la voussure observée auparavant. Certes, des difficultés étaient apparues lors de l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, mais ces observations devaient être prises en compte en parallèle avec les constatations médicales objectives rassurantes pour évaluer la capacité de travail. Il a ainsi considéré que le recourant était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles fixées par la [...] avec une baisse de rendement de 20 % notamment pour recharger son neurostimulateur.

Les médecins de la [...] ont également posé un pronostic de réinsertion dans une activité adaptée favorable dans leur rapport du 14 octobre 2019. Ils ont fixé les limitations fonctionnelles du recourant après des examens minutieux et multidisciplinaires du recourant. D'ailleurs, les limitations ne sont pas contestées ni par le recourant ni par le médecin

traitant. Les médecins de la [...] ont également relevé que des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le recourant, notamment une sous-estimation importante de ses propres capacités fonctionnelles, une cotation élevée de la douleur ainsi qu'une perception élevée du handicap fonctionnel. Après une courte évaluation des capacités fonctionnelles, ils ont noté que, malgré la volonté du recourant de donner le maximum aux différents tests, considérée comme réelle, et le niveau de cohérence élevé pendant l'évaluation, les résultats des tests laissaient apparaître que le recourant sous-estimait considérablement ses capacités fonctionnelles.

Il est lieu de préciser que le recourant prétend qu'en reprenant ces dernières constatations, l'intimée jetterait le discrédit sur le recourant et agirait de manière contraire à la bonne foi. Or, on peine à comprendre l'argument. Ces constatations ont été émises par des médecins lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles et ont été simplement reprises par l'intimée. Elles n'émanent donc pas de cette dernière. Au demeurant, ces constats, qui trouvent tout à fait leur place dans le cadre de l'évaluation médicale de la capacité de travail, ont été relevés à diverses reprises par différents médecins de la [...] (en 2017 et en 2019), par le Dr P._____ (en mars 2018) et dans une certaine mesure par les Drs C._____ et Y._____ (en avril 2018). Le grief du recourant est donc infondé.

On rappelle que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne concernée pendant le stage (TF 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.4 ; 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence). En l'espèce, les observations faites au cours de l'évaluation des capacités fonctionnelles ne permettent pas de

conclure au caractère irréaliste de la reprise d'une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la [...] et retenue par le Dr Q._____. Au contraire, les spécialistes de la réadaptation, comprenant notamment un médecin et un maître socio-professionnel, ont indiqué que les activités de bureau étaient adaptées puisqu'elles permettaient au recourant d'alterner les positions, en précisant que les changements de position, ainsi que les douleurs, avaient une influence négative sur le temps de travail et la productivité. A cet égard, le Dr Q._____ a constaté lors de son examen clinique du 21 janvier 2020 que le recourant changeait aisément de positions, contrairement à ce qu'il avait constaté lors de ses examens antérieurs. Pour ce qui est de la perte de temps pour le changement du neurostimulateur, le Dr Q._____ l'a prise en considération en retenant une diminution de rendement de 20 %.

On relève encore que le Dr P._____ avait estimé la capacité de travail du recourant à 50 % au moins dans une activité essentiellement debout en mars 2018, soit avant la pose du neuromodulateur qui a amélioré considérablement l'état du recourant. A cet égard, on rappelle que le Dr Z._____ avait constaté déjà après le test de stimulation médullaire, en janvier 2019, une amélioration estimée à 70 % par le recourant lui-même. Puis, ensuite de la pose du neuromodulateur, le Dr Z._____ a relevé un bénéfice symptomatique dans le sens où la position assise n'était plus limitée et le recourant pouvait marcher sans canne (cf. rapport du 1^{er} avril 2019).

Dès lors que la composante subjective a toujours été importante dans l'évaluation des capacités fonctionnelles du recourant, en particulier dans sa perception de la douleur et dans son estimation de ses capacités fonctionnelles, le Dr Q._____ était fondé à ne pas se fier aux seules observations récoltées lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles par les spécialistes de la réinsertion qui sont influencées par ces éléments subjectifs. Il en a tenu compte toutefois dans son évaluation en prenant en considération par ailleurs les éléments médicaux au dossier.

Le rapport de la Dre W._____ du 17 décembre 2020 ne donne aucune justification sur son estimation de la capacité de travail réduite à 50 %. Elle relève les limitations fonctionnelles indiquées par la [...] sans les contester. Lors de son examen clinique, elle indique que le déshabillage se fait de manière précautionneuse mais sans limitation, que les différents mouvements pendant l'examen clinique, notamment lors des changements de position comme se retourner sur le lit, se font de manière relativement aisée. Elle constate que la mobilisation des hanches libre provoque en rotation interne et externe des douleurs au niveau de la fesse, et que la rotation du tronc à droite ainsi qu'en extension est extrêmement limitée en raison des douleurs, mais sans conclure que les limitations fonctionnelles retenues ne seraient pas adaptées. Il n'y a aucun élément expliquant pour quel motif le recourant ne pourrait pas occuper une activité adaptée à plein temps avec une diminution de rendement de 20 %. L'appréciation différente de la capacité de travail de la Dre W._____ ne saurait ainsi jeter le doute sur celle formulée par le Dr Q._____.

Enfin, l'avis de la Dre H._____ du 9 novembre 2020 fixant la capacité de travail à 50 % en raison de douleurs du sacrum n'est pas suffisamment motivée pour jeter le doute sur l'appréciation complète du Dr Q._____.

L'intimée était ainsi fondée à suivre cette appréciation et retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 %.

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

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité est évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être

réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

b) Le recourant procède à un nouveau calcul du degré d'invalidité en comparant le revenu sans invalidité tel que retenu par l'intimée, soit 71'385 fr. (selon attestation d'employeur du 21 avril 2020), avec le revenu d'invalidé de 54'465 fr. fixé par l'intimée (selon ESS) adapté à un taux d'activité de 50 % et en déduisant un abattement de 25 % en raison des importantes limitations l'obligeant à recharger le neuromodulateur toutes les quatre heures.

c) En l'espèce, le revenu sans invalidité n'est donc pas contesté et le revenu avec invalidité de base, tiré de l'ESS, ne l'est pas davantage. Le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il adapte ce second revenu à un taux d'activité de 50 % puisqu'il bénéficie d'une capacité de travail entière avec diminution de rendement de 20 %. En ce qui concerne l'abattement, on constate que les limitations fonctionnelles et la recharge du neuromodulateur ont été pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. Le recourant n'indique pas en quoi il n'en aurait pas été tenu suffisamment compte et ne justifie pas le taux d'abattement de 25 % invoqué.

En définitive, les revenus avec et sans invalidité peuvent être confirmés, tout comme la perte de gain retenue par l'intimée, qui donne droit à une rente de 24 %.

7. En présence d'un état stabilisé, l'intimée était en droit de mettre fin au traitement médical fondé sur l'art. 10 LAA. Le 6 avril 2020, en application de l'art. 21 al. 1 let. c LAA, elle a reconnu au recourant le droit à des traitements médicaux supplémentaires permettant de mettre à profit la capacité résiduelle de gain en ce sens qu'elle lui a alloué, dès le 1^{er} avril 2020, le traitement en relation avec le suivi habituel d'un patient porteur d'un stimulateur médullaire, le traitement antalgique (médicaments) et deux séances hebdomadaires de physiothérapie jusqu'au 31 juillet 2020.

Lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accident pour soins et le remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont en effet régies par l'art. 21 LAA. Elles sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (art. 21 al. 1 let. c LAA).

En l'espèce, le recourant ne démontre pas que d'autres traitements et soins lui seraient nécessaires pour conserver sa capacité de gain que ceux octroyés le 6 avril 2020 en application de cette disposition, laquelle est plus restrictive que l'art. 10 LAA applicable alors que l'état n'est pas encore stabilisé. Sa conclusion tendant à l'octroi de la prise en charge de tous les frais de traitement après la fixation de la rente doit être rejetée dans la mesure où elle excède ce qui lui a déjà été alloué conformément à l'art. 21 LAA.

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

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133V 224 consid. 2.2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b ; 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité

est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

b) En l'espèce, le Dr Q._____ a considéré être en présence de troubles dégénératifs modérés, rendus douloureux par l'accident, mais dans une mesure qui n'était que partiellement explicable. Il a retenu la présence de douleurs minimales permanentes (++) au sens de la Table 7 du barème de l'indemnisation (N°2870/7.f-2004), ce qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 10 %. Puis il a ajouté la présence d'une légère radiculopathie S1 droite et surtout la nécessité d'une stimulation médullaire qui justifiaient une augmentation de 5 %. Sur cette base, l'IPAI a été fixée à 15 % par l'intimée.

c) Le recourant fait valoir qu'il souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, dès lors qu'il devra vivre avec ses douleurs et avec un neuromodulateur devant être rechargé plusieurs fois par jour. Il ajoute que les accidents de 1999 et 2017 ont laissé des traces indélébiles, le marquant à vie et lui donnant droit à une IPAI supérieure à 15 %, dont le degré devra être précisé par une expertise médicale approfondie.

d) L'évaluation du Dr Q._____ est basée sur la table de la CNA relative aux atteintes à l'intégrité dans les affections de la colonne vertébrale ; il a retenu la présence de douleurs minimales permanentes, même au repos, accentuées par les efforts, ainsi que la nécessité du port d'un neuromodulateur. Il a ainsi tenu compte des éléments invoqués par le recourant, qui ne présente pas d'argument objectif ni médical permettant de remettre en cause son appréciation, laquelle doit être confirmée. Cette

évaluation est en outre conforme aux pièces du dossier, étant rappelé notamment que les médecins de la [...] ont constaté le 14 octobre 2019 que les douleurs étaient devenues non constantes, non insomniantes, cotées au repos à 0/10, déclenchées par l'effort, surtout le port de charges et les activités en flexion du tronc avec des pics douloureux arrivant parfois jusqu'à 7/10 mais qui régressaient assez rapidement par la suite.

9. Un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire ou d'un renvoi pour instruction complémentaire n'est pas nécessaire et doit être rejeté sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, la Cour étant en mesure de se prononcer en l'état (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 mars 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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