

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 février 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

R. _____, 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. 6 LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès juin 2002 en tant que couvreur pour l'entreprise [...]. A ce titre, il bénéficiait d'une couverture d'assurance auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 mai 2015, alors qu'il intervenait sur le chantier d'une villa en construction, l'avant-toit sur lequel il se trouvait s'est rompu et l'assuré a chuté d'une hauteur d'environ 2,75 mètres. Il a été héliporté au L._____, où une fracture en L1 de type Burst a été diagnostiquée. Une intervention chirurgicale a eu lieu le lendemain, 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 (cf. rapport du 28 mai 2015 des Drs W._____ et Q._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Avisée le 11 mai 2015 par le L._____ puis le 18 mai 2015 par l'employeur, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le cas.

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 (cf. rapports établis les 28 septembre 2015 et 5 septembre 2016 par le Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie et médecine du sport, médecin traitant de l'assuré). Il présentait en particulier des douleurs au niveau des vis pédiculaires entre D12 et L2, des dysesthésies au niveau de la cicatrice de la prise de greffe et des radiculalgies L5-S1. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée le 25 novembre 2015 a mis en évidence une minime déchirure annulaire postérieure en L4-L5 et L5-S1 sans sténose foraminale ou rétrécissement canalaire associé. L'assuré a ainsi été adressé au [...] (cf. rapport du 5 avril 2016 des Drs W._____ et G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

L'infiltration péridurale effectuée le 7 juin 2016 n'a cependant pas permis de soulager l'assuré (cf. rapport du 30 août 2016 de la Dre M._____, spécialiste en anesthésiologie).

Le 28 juillet 2016, le Dr V._____, chef de clinique au sein de la consultation de [...] du L._____, a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un status après spondylodèse D12-L2 pour une fracture Burst L1. Il a par ailleurs signalé que l'assuré décrivait un manque d'élan, des ruminations, une sensation de nervosité ainsi que d'anxiété et qu'un suivi psychologique était en cours depuis quatre mois. Constatant des douleurs à la palpation lombaire basse de manière diffuse et une sensibilité D12-L2 avec une zone de réflexe latérale, sans douleur dorsale ni cervicale, le Dr V._____ a relevé qu'à plus d'une année du traumatisme et de l'intervention chirurgicale, la situation était stagnante malgré un traitement physiothérapeutique en cours et a préconisé une prise en charge stationnaire à la D._____, en vue notamment d'un reconditionnement musculaire.

L'assuré a séjourné à la D._____ du 14 décembre 2016 au 11 janvier 2017. Dans le rapport de sortie du 10 février 2017, les médecins responsables de la prise en charge ont indiqué en particulier qu'un scanner de la colonne lombaire effectué le 21 décembre 2016 avait montré un matériel d'ostéosynthèse bien en place et un phénomène de vide discal dans le disque D12-L1 avec une fracture bien consolidée. Sur le plan neurologique, l'examen clinique et électrophysiologique avait exclu une atteinte radiculaire notamment aux niveaux L4-L5 et L5-S1. Les examens réalisés dans le contexte d'une suspicion de traumatisme craniocérébral, comprenant un bilan neuropsychologique et une IRM, ne reflétaient pas d'atteinte cérébrale focale, ni de lésions compatibles avec un traumatisme crânien. La psychiatre consultante avait vu l'assuré durant son séjour et n'avait retenu aucun diagnostic psychopathologique. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il existait cependant des autolimitations lors de certains tests. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient le maintien prolongé de positions statiques

assise ou debout, le port répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en rotation et le maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux. La situation était stabilisée du point de vue médical et aucune nouvelle intervention n'était proposée. La physiothérapie devait être poursuivie.

Le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a déposé un rapport d'examen final le 29 mars 2017. Ayant vu l'assuré les 12 octobre 2016 et 29 mars 2017, ce médecin a relevé la persistance, après le séjour à la D._____, d'une certaine discordance entre l'ampleur du handicap subjectif et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Notant qu'il n'y avait pas de véritable comorbidité psychiatrique mais plutôt le besoin de reconnaissance d'un statut de victime qui empêchait l'assuré d'aller de l'avant, il concluait que la poursuite de la physiothérapie pouvait se concevoir encore quelque temps, mais que la situation était stabilisée du point de vue médical. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles déterminées durant le séjour à la D._____, la capacité de travail était entière. En se référant à la table 7 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, un taux de 15 % pouvait être retenu, la situation paraissant intermédiaire entre des douleurs « + » (modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement) et des douleurs « ++ » (minimes permanentes même au repos, accentuées par les efforts), dans le cadre d'un status après fixation postérieure D12-L2 pour fracture L1 de type Burst.

Contestant les conclusions du Dr P._____, l'assuré, représenté par Me Pierre-Yves Baumann, a produit un courrier du 17 juillet 2017 dans lequel le Dr N._____ se disait surpris des constats du médecin d'arrondissement à l'examen de son patient et a fait valoir que l'état n'était pas stationnaire, dès lors qu'il y avait une progression depuis quelques mois. La poursuite de la thérapie pourrait lui redonner son autonomie dans sa vie quotidienne, voire lui permettre la reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport du 22 septembre 2017, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'autre épisode dépressif (F32.8), chez un individu qui présentait probablement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le sentiment de détresse vécu par le patient était toujours lié à la douleur et le faisait se sentir de plus en plus handicapé par l'affection physique consécutive à son accident, avec une tendance à revendiquer une meilleure approche pour son traitement antidouleur et un sentiment d'injustice par rapport à la personne qui a causé l'accident. Notant qu'une mesure de l'assurance-invalidité dans un centre Orif était en cours d'organisation, la Dre C._____ préconisait dans ce contexte une reprise au taux de 20 % dès le 1^{er} octobre 2017, à augmenter progressivement.

Débuté le 23 octobre 2017, le stage Orif a été interrompu le 7 novembre 2017, l'assuré ayant peu participé avant de transmettre une attestation médicale d'incapacité de travail complète.

Une nouvelle IRM a été effectuée le 13 novembre 2017. Le rapport établi à cette occasion présentait les conclusions suivantes :

« 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 P._____ a relevé que le Dr N._____ se limitait à relayer le vécu subjectif du patient et qu'il admettait par ailleurs, en évoquant une reprise de l'activité habituelle et

une colonne vertébrale forte, que les séquelles de l'accident étaient modérées.

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 N. _____ a informé la CNA qu'une réflexion était menée quant à la possibilité d'enlever le matériel d'ostéosynthèse ou de prolonger la fixation. L'assuré a ensuite informé la CNA, par courrier de son conseil du 21 décembre 2017, que des infiltrations étaient prévues, voire une intervention, susceptibles d'améliorer la situation.

Dans une 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 %.

S'opposant à cette décision, l'assuré a produit en particulier un rapport établi le 29 mars 2018 par le Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent. Posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0) existant depuis mai 2015, ce médecin renvoyait aux conclusions du médecin traitant s'agissant de la capacité de travail de l'assuré tout en relevant que ce dernier se plaignait de douleurs se manifestant quelle que soit la posture adoptée.

La CNA a rejeté l'opposition le 27 avril 2018, en exposant que les troubles psychiques dont se prévalait l'assuré ne présentaient pas de

lien de causalité adéquate avec l'accident du 7 mai 2015, lequel revêtait une gravité moyenne. Elle confirmait sa décision pour le surplus. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans l'intervalle, l'assuré a passé une IRM du rachis lombaire le 14 décembre 2017, suivie d'infiltrations au niveau L4-L5 et L5-S1 les 18 et 22 décembre 2017. Il a ensuite vu le Prof. B._____, spécialiste en radiologie, lequel a procédé à une infiltration du disque intervertébral D12-L1 le 8 mai 2018. A cette occasion, ce médecin a constaté la présence d'une déchirure du disque intervertébral D12-L1 s'étendant jusque dans la hernie intra-spongieuse dans la fracture-impaction du plateau vertébral supérieur gauche de la vertèbre L1. Les douleurs provoquées par l'injection de produit de contraste puis le soulagement après injection de xylocaïne devaient amener à se demander s'il n'y avait pas de signes de souffrance osseuse associés à la souffrance intra-discale et le Prof. B._____ était d'avis qu'il y avait lieu de réaliser une cimentoplastie pour désensibiliser la vertèbre L1 et éventuellement refaire dans le même temps une injection soit d'ozonothérapie, soit de Solu-Médrol, ce qui serait à éventuellement à rediscuter avec le Prof. J._____ ou le Dr W._____ (cf. rapport du Dr. B._____ du 9 mai 2018). Puis, après avoir discuté du cas avec le Prof. J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considérant qu'il existait une symptomatologie discale et vertébrale D12 et L1, le Prof. B._____ a proposé de procéder à une cimentoplastie de la vertèbre L1 et une nucléorhèse du disque D12-L1 (cf. rapport de consultation du Prof. B._____ du 7 juin 2018).

L'intervention proposée par le Prof. B._____ a été planifiée pour le 19 juin 2018 et une demande de garantie de prise en charge a été soumise à la CNA. La CNA a alors sollicité l'avis du Dr P._____, lequel a établi l'appréciation médicale suivante le 18 juin 2018 :

« (...)

Ces nouvelles investigations, postérieures à la décision attaquée, laissent donc penser que la consolidation de L1 n'est pas tout à fait complète.

Cette situation n'a rien d'inhabituel et il est loin d'être prouvé qu'elle soit responsable des douleurs résiduelles avancées par le patient, en l'absence de toute instabilité démontrée, excellent équilibre sagittal, pas de complication sur le matériel d'ostéosynthèse, comme le relève lui-même le Pr. B._____, en d'autres termes pas de démontage, pas de bris de matériel.

L'indication à l'intervention projeté est donc toute relative.

Chez M. R._____, il y a tout lieu de penser que son résultat sera extrêmement décevant en présence de facteurs contextuels de mauvais pronostic tout à fait évidents, notamment une probable comorbidité psychiatrique que nul ne songe à nier, même si sa nature et sa gravité sont diversement appréciées, sans parler de la procédure entamée, bien susceptible d'obérer tout ce qui pourra dorénavant être entrepris.

Pour ma part, je suggère que cet assuré soit examiné personnellement par le Prof. J._____ (qui jusqu'ici n'a donné qu'un avis sur la base du dossier radiologique) et qu'on s'en remette à ses conclusions. »

Dans un courrier adressé le 18 septembre 2018 à la CNA pour demander que les soins soient pris en charge, le Dr N._____ a exposé que son patient continuait de présenter des douleurs en hémi-ceinture gauche au niveau de la vertèbre L1 et que les examens effectués par le Prof. B._____ avaient confirmé que les douleurs provenaient des étages D12-L1. Il a joint un rapport établi le 29 mai 2018 par le Prof. J._____, comportant en particulier l'appréciation suivante :

« J'ai lu le rapport du Prof. B._____ et j'ai regardé attentivement les images. Si la discographie est positive, on peut en effet suspecter l'espace D12-L1 comme étant responsable d'une partie, au moins, des symptômes.

Le Prof. B._____ a proposé de cimenter L1 et, dans le même temps, d'injecter soit de l'ozone, soit du Solumédol. Ce geste me paraît moins invasif que l'étape suivante qui serait une spondylodèse par voie latérale par thoracotomie (extra-pleurale dans ce cas, si possible). Je proposerai donc de demander au Prof. B._____, si vous êtes d'accord, de procéder à ce geste. A condition qu'il n'y ait pas de fuite de ciment dans le disque (ce qui peut malheureusement arriver dans ce type de situation), je ne pense pas qu'une spondylodèse ultérieure sera préférentielle car on choisirait d'implanter par voie latérale une cage entre D12 et L1. »

Le 1^{er} octobre 2018, la CNA a encore versé au dossier un rapport établi le 13 juin 2018 par le Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie, selon lequel l'assuré présentait une douleur chronique primaire, localisée au niveau dorsal lombaire haut et lombaire bas, avec une lombo-sciatalgie droite. La symptomatologie, probablement due aux modifications postopératoires, avait un caractère mixte, neuropathique et nociceptif. Divers facteurs contextuels contribuaient à l'évolution négative, tels les traitements interventionnels déjà effectués, la problématique asséculoologique, ainsi que le contexte émotionnel (épuisement émotionnel, nervosité extrême) et social (problèmes financiers). Le Dr F._____ préconisait de compléter la médication antidouleur avec un traitement antidépresseur, la poursuite de la physiothérapie, ainsi qu'un suivi psychiatrique axé sur la gestion du stress et de ses ressources. S'agissant d'un traitement interventionnel, le patient s'était montré réticent après sa consultation auprès du Dr J._____, qui le lui aurait déconseillé. La possibilité d'un traitement par neuromodulation avait été discutée, mais était limitée par la gestion des périodes de stress inadéquate à l'heure actuelle.

Le 15 octobre 2018, par son conseil, l'assuré a réitéré sa demande de prise en charge de l'intervention préconisée par les Prof. J._____ et B._____ dans leurs rapports des 29 mai et 7 juin 2018. L'assuré a confirmé son souhait de subir cette intervention lors d'un entretien téléphonique avec la CNA le 29 octobre 2018, exposant à cette occasion que ses douleurs dans le dos et la jambe étaient continues, diminuant un peu en position couchée mais devenant très pénibles en positions debout ou assise, et qu'il ne pouvait marcher que durant environ 15 minutes.

Répondant le 1^{er} novembre 2018 à un questionnaire de la CNA, le Dr J._____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis une consultation du 14 février 2018. Il a joint le rapport de consultation établi à cette occasion, dans lequel il exposait que l'œdème autour du disque D12-L1 n'était pas nécessairement la source principale de sa pathologie, déconseillait l'ablation du matériel et ne recommandait pas la

décompression de la racine S1 à gauche, raison pour laquelle il adressait le patient au Dr F. _____ pour une approche pluridisciplinaire de la douleur chronique, plutôt que purement mécanique.

Prenant connaissance des nouveaux rapports médicaux produits au dossier le 6 novembre 2018, le Dr P. _____ a relevé que le Prof. J. _____ s'était d'abord montré réticent à une reprise chirurgicale, avant de se rallier à la proposition du Prof. B. _____. L'assuré étant également prêt à subir l'intervention, il fallait la prendre en charge dans le sens de son appréciation du 18 juin 2018.

L'assuré ayant confirmé son accord pour l'intervention par courrier de son conseil du 7 décembre 2018, la CNA a garanti la prise en charge de celle-ci les 7 et 24 janvier 2019. Puis, dans un courrier du 31 janvier 2019, rappelant les dispositions relatives au versement des indemnités journalières en cas de rechute, elle a précisé qu'elle prendrait uniquement en charge les frais de traitement pour les seules suites de l'accident et que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité serait réexaminé lorsque le cas serait stabilisé.

L'assuré a subi une biopsie et cimentoplastie de la fracture vertébrale de L1 et infiltration d'ozonothérapie du disque D12-L1 le 4 février 2019, puis des infiltrations blocs interfaccettaires postérieurs L4-L5 gauche et L5-S1 gauche le lendemain. Dans la lettre de sortie établie le 7 février 2019 à l'intention du médecin traitant, le Prof. B. _____ a fait part des considérations suivantes :

« Discussion et évolution :

Monsieur R. _____ a très bien évolué quant à ses douleurs rachidiennes médianes. Il a développé des douleurs para-lombaires du côté gauche lors de son hospitalisation suite aux interventions. Il me semblait clairement qu'il s'agissait de douleurs liées au point de ponction de l'intervention, raison pour laquelle je lui ai donné des séances de physiothérapie à titre de reconditionnement et relaxation musculaire, ce qui lui a fait du bien. Les infiltrations bloc-interfaccettaires postérieures L4-L5, L5-S1 ont fait disparaître la symptomatologie au niveau radiculaire L5 gauche. Il s'agissait donc de pseudo-sciatalgies.

Toutefois, le matin de son départ, c'est-à-dire le 7.02.2019, le patient présentait à nouveau des douleurs de type sciatique gauche, comme il les présentait en préopératoire dont il estime l'intensité douloureuse à 3-5/10 sur une échelle EVA allant de 0 à 10 alors qu'elles avaient complètement disparu le soir précédent. Il a pu également remarquer la réapparition de paresthésies distales des orteils du pied gauche qui avaient complètement disparu suite aux infiltrations.

Toutefois les douleurs médianes rachidiennes, elles, restent tout-à-fait soulagées.

A l'examen clinique, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur associé.
(...) »

Par décision du 1^{er} mars 2019, répondant aux demandes en ce sens présentées les 31 janvier et 5 février 2019 par le conseil de l'assuré, la CNA a confirmé qu'elle ne reprendrait pas le versement d'indemnités journalières et qu'elle prendrait en charge uniquement les frais de traitement pour les suites de l'accident.

L'assuré a formé opposition le 3 avril 2019, en rappelant que la décision de rente partielle faisait l'objet d'un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 4 avril 2019 (AA 96/18 - 45/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours dans la mesure où il était recevable et annulé la décision sur opposition rendue le 27 avril 2018 par la CNA, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction. Elle a précisé qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur la demande de prise en charge des frais d'une intervention postérieure à la décision litigieuse, mais uniquement sur la question de savoir si le cas de l'assuré était stabilisé à compter du 1^{er} janvier 2018 ainsi que sur le montant de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. A cet égard, elle a estimé qu'il fallait tenir compte des rapports établis les 29 mai et 7 juin 2018 par les Prof. J._____ et B._____, s'agissant du résultat de nouvelles investigations dont la CNA avait été avertie avant de rendre sa décision. Or, ces rapports ne permettaient pas de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que le cas de l'assuré était stabilisé, ce que la CNA avait du reste admis en acceptant finalement de prendre en charge les frais de l'intervention préconisée par

ces médecins. L'instruction médicale devait au contraire être complétée par la CNA, de manière à savoir si les interventions chirurgicales proposées étaient susceptibles d'entraîner une amélioration de l'état de santé et, dans l'affirmative, de se déterminer sur la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des soins. Dans l'intervalle, il était prématuré de statuer sur la rente et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Par courriers de son conseil des 11 et 30 avril 2019, l'assuré a requis que l'instruction soit reprise, comprenant la mise en œuvre d'une expertise, et qu'une décision soit rendue sur le versement avec effet rétroactif des indemnités journalières sans attendre l'échéance du délai de recours contre l'arrêt précité de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La CNA a rejeté la demande d'expertise le 3 mai 2019, en relevant que la Cour n'avait pas ordonné une telle mesure et que la question à résoudre n'était pas d'une complexité particulière.

Dans un rapport médical du 12 mai 2019, le Dr N. _____ a exposé que son patient recevait toujours un traitement composé d'antalgiques, de physiothérapie et d'infiltrations. Il renvoyait pour le surplus aux conclusions du Prof. J. _____. Contacté par la CNA, celui-ci s'est simplement référé à son rapport de février 2018.

La CNA a ensuite fait remettre les rapports suivants, établis par le Prof. B. _____ à l'attention du médecin traitant :

- Un rapport du 9 mai 2019, relatif à une consultation du 7 mai 2019, relatant que l'assuré avait chuté lourdement sur le dos en glissant sur un talus le 18 avril précédant. Les douleurs étaient devenues invalidantes. Une tomodensitométrie (CT-Scanner) réalisée le 24 avril avait mis en évidence la présence d'une fracture de plateau vertébral supérieur de D8, puis une IRM réalisée le 2 mai 2019 avait mis en évidence deux fractures aiguës des plateaux vertébraux de D6 et D8. Il n'y avait pas complication au niveau de la jonction dorso-lombaire de l'ancienne cimentoplastie ni de la spondylodèse.

Les nouvelles douleurs étaient clairement expliquées par ces nouvelles fractures vertébrales, mais celles-ci paraissaient étonnantes au vu de l'âge du patient.

- Un rapport de consultation et radiographie standard du rachis entier de face et de profil du 21 mai 2019. Relevant que le rapport de densitométrie osseuse du 16 mai 2019, joint à son rapport, ne montrait pas de signe d'ostéopénie ou d'ostéoporose, mais une architecture osseuse partiellement dégradée avec un risque de fracture moyen, le Prof. B. _____ constatait l'absence d'évolution positive depuis un mois, avec augmentation des douleurs. Il préconisait dès lors de réaliser une consolidation osseuse par vertébroplastie permettant en outre de réaliser des biopsies osseuses afin d'exclure une pathologie sous-jacente osseuse pouvant expliquer les fractures vertébrales en l'absence d'ostéopénie ou d'ostéoporose significative.
- Un rapport du 5 juin 2019, relatif à une biopsie et cimentoplastie de fractures vertébrales des plateaux vertébraux supérieurs des vertèbres D6 et D8, puis infiltration bloc facettaire postérieur D7-D8 des deux côtés.

Le 10 septembre 2019, la Dre T. _____, spécialiste en neurochirurgie et médecin-conseil de la CNA, a établi une appréciation neurochirurgicale portant sur la situation au 31 décembre 2017, concluant comme suit :

« Conclusion

L'assuré, en bonne santé habituelle, a été victime d'une chute d'un toit le 07.05.2015 d'une hauteur de 3 mètres sur un chantier. La fracture burst de L1, avec impact également de l'espace discal visible sur le CT initial, est traitée chirurgicalement par spondylodèse D12-L1 par les Drs W. _____ et [...], Service [...] du L. _____. L'assuré quitte le L. _____ le 19.05.2015 pour se rendre à domicile.

L'assuré a bénéficié d'un séjour à la D. _____ du 14.12.2016 au 11.01.2017 pour des thérapies physiques et fonctionnelles pour dorso-lombalgies s'étendant dans le membre inférieur gauche avec des infiltrations périurales et facettaires effectuées. Une chirurgie est déconseillée et pas effectuée comme suite de l'événement initial

vu l'origine peu claire de la douleur et l'absence d'une indication chirurgicale. Dans le suivi sont décrites depuis 2015 la persistance d'une lombalgie et des sciatalgies irradiant dans la jambe G avec de multiples traitements infiltratifs incluant, en 2019, l'injection d'ozone contexte anti-inflammatoire et ciment (vertébroplastie).

Sur la base des documents médicaux à disposition, l'état de l'assuré est stabilisé à la fin du séjour à la D. _____ et confirmé par l'examen du Dr P. _____ le 27 mars 2017. Un bilan par le Prof. B. _____ du 07.06.2019 [sic] et par le Prof. J. _____ du 14.02.2018 confirme l'absence de déficits neurologiques majeurs aux jambes.

Selon la table 7 du barème d'indemnisation, vu l'évolution à plus de 2 ans après cette évaluation, l'intensité des douleurs est estimée à +++ avec un angle de Cobb stable estimé à 14° (< 20°) équivalent à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. L'atteinte à l'intégrité totale est en conséquence estimée actuellement, en tenant compte de l'évolution prévisible de l'état de santé de l'assuré, à 20 %.

Réponse aux questions

Au vu de la nouvelle intervention : - Quelles activités et quelles tâches la personne assurée peut-elle encore raisonnablement exercer compte tenu des séquelles de l'accident ?

Les limitations détaillées par les experts de la D. _____.

Quels sont l'horaire et le rendement, respectivement quel type de tâches (léger/moyen/lourd) sont-ils exigibles ? Veuillez décrire précisément les limitations fonctionnelles.

Détaillé selon l'appréciation Dr P. _____ de 2017 et le rapport de la D. _____.

A noter que c'est le Dr P. _____, selon l'appréciation du 29 mars 2017, et non le Dr [...].

Modification du taux de l'IPAI ?

Oui, cf. ce rapport. »

Dans un courrier du 4 décembre 2019, relevant qu'aux dires des médecins traitants, la situation était complexe, le conseil de l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante.

Le 20 décembre 2019, la CNA s'est fait remettre le rapport établi le 16 juillet 2019 par le Prof. B. _____ à l'attention du médecin généraliste traitant, constatant que l'évolution au niveau médiodorsal était excellente mais qu'il restait des douleurs lombaires basses avec une irradiation le long d'un territoire L5 gauche. Le patient présentait une tuméfaction et angulation cyphotique en regard du site opératoire D12-L2 qui bombait sous la peau, des douleurs évaluées à 5/10, de discrètes

paresthésies transitoires au niveau du territoire L5 gauche avec de discrets troubles de la sensibilité au niveau des territoires L5 et S1 du côté gauche, sans trouble moteur. Le Prof. B._____ n'avait pas de proposition thérapeutique et avait proposé à son patient de revoir le Dr W._____.

Par décision du 23 janvier 2020, la CNA a exposé que l'instruction complémentaire entreprise ensuite de l'arrêt du 4 avril 2019 avait confirmé que la situation médicale du cas était stabilisée au 31 décembre 2017 et que les mesures médicales entreprises ultérieurement n'avaient pas vocation à améliorer sensiblement l'état séquellaire de l'accident, le profil d'exigibilité de l'époque étant par ailleurs confirmé. L'assuré demeurait à même d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition de ne pas devoir travailler dans les positions statiques assis ou debout ou porter des charges supérieures à 5 kg de façon répétée, ni effectuer de mouvements répétitifs du rachis en rotation, pas plus que maintenir la position du tronc en porte-à-faux de manière prolongée. Les troubles d'ordre psychiatrique n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident et ne donnaient ainsi droit à aucune prestation. Par conséquent, le taux d'invalidité devait être fixé à 19 % et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité s'élevait à 20 %.

Par son conseil, l'assuré s'est opposé à cette décision le 21 février 2020, faisant valoir que la question de la stabilisation ne pouvait être tranchée sans recourir à une expertise pluridisciplinaire. Il contestait par ailleurs le calcul du taux d'invalidité et l'absence de prise en compte des troubles psychiques.

Sollicité par la CNA, le Dr N._____ a exposé le 15 mars 2020 que son patient présentait, des suites de sa fracture Burst L1, un important phénomène inflammatoire avec un œdème cutané en regard de L1, des tensions musculaires importantes et des irradiations paresthésiantes en héli-ceinture gauche de topographie T12 ou L1. Il avait depuis subi des fractures tassements traumatiques T6 et T8 prises en charge par radiologie interventionnelle, ce qui n'avait pas amélioré la situation au niveau du premier traumatisme. Un état dépressif et anxio-

dépressif était venu se greffer en raison des douleurs, de la non-évolution des problèmes orthopédiques ainsi que de l'anxiété sur son futur professionnel et sa situation financières. Le côté psychique était encore aggravé par des problèmes de colonne cervicale et lombaire qui n'étaient pas en lien avec l'accident.

Déférant le 1^{er} avril 2021 à la demande de la CNA, le Dr W. _____ lui a transmis le rapport de consultation qu'il avait adressé au médecin généraliste traitant le 23 août 2019, dans lequel il concluait, au terme d'une anamnèse détaillée et après avoir discuté le cas avec le Prof. J. _____, à l'absence de prise en charge chirurgicale susceptible de modifier la symptomatologie du patient.

Toujours sur demande de la CNA, le Dr N. _____ a établi un nouveau rapport le 15 mai 2021, dans lequel il a exposé que les symptômes présentés par son patient étaient en relation avec le déséquilibre musculosquelettique induit par les fractures, celles-ci ayant engendré un manque de stabilité de l'axe vertébral entraînant une surcharge de toutes les structures de compensation (articulaires postérieures, fascia, muscles, ligaments interépineux). Il n'y avait plus de solution chirurgicale. Des infiltrations avaient été faites à plusieurs reprises et le patient tentait de soulager ses douleurs par différentes thérapies (physiothérapie, mésothérapie, dry needling, acupuncture, perfusion de magnésium, chaleur) complétées en périodes de crise par des injections d'antalgiques (anti-inflammatoires, myorelaxant, Tramal). Les douleurs entraînaient un état de fatigue sévère, un état de fatigue psychique et un stress mental.

Le 31 mai 2021, le Dr P. _____ a émis l'avis suivant :

« Comme déjà dit, la prise en charge de l'intervention du 04.02.2019 remettait en cause l'idée que le cas était stabilisé du point de vue médical au 31.12.2017, ce que le TC VD n'a pas manqué de relever. Sur la base des actes au dossier, on peut probablement affirmer que cette stabilisation de l'état de santé de l'assuré était patente lors de l'examen du Dr W. _____ du 20.08.2019 mas cela veut probablement aussi dire que l'accident du 18.04.2019, qui s'est soldé par des fractures supplémentaires, aurait dû être pris en

charge par la Suva, sauf si on admet que la situation, pour les seules suites de l'accident du 07.05.2015, était stabilisée lors de la survenance de l'accident du 18.04.2019. A mon avis, cette affaire complexe relève d'une expertise externe. »

Par décision sur opposition du 5 janvier 2022, dont une copie a été adressée à la caisse maladie de l'assuré, la CNA a rejeté l'opposition. Reconnaisant une pleine valeur probante à l'avis de la Dre T. _____ du 10 septembre 2019, elle a fait siennes les conclusions selon lesquelles l'état de santé de l'assuré était stabilisé à l'issue de son séjour à la D. _____, dès lors que l'intervention du 8 mai 2015, suivie d'une période de récupération de trois mois, n'avait fait l'objet d'aucune complication tels une pseudoarthrose ou un recul postérieur, ni indication pour une reprise chirurgicale. Il n'y avait pas de contradiction dans le fait d'avoir pris en charge des interventions des 4 et 5 février 2019, puisque celles-ci n'avaient pas pour objectif une amélioration de la capacité de travail de l'assuré mais un traitement de la douleur. La CNA n'avait pas l'obligation de recourir à une expertise indépendante, laquelle n'avait en particulier pas été ordonnée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. S'agissant des troubles psychiques, le lien de causalité adéquate ne pouvait être admis compte tenu du déroulement de l'accident assuré et des traitements médicaux prodigués. Par conséquent, ces troubles ne devaient pas être pris en charge par l'assurance-accident et ne justifiaient pas une augmentation du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, constat qui permettait en outre de rejeter la réquisition tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Quant à la rente d'invalidité, les nouvelles bases de calcul aboutissaient à un degré d'invalidité de 14 % mais la CNA avait fait le choix de maintenir le taux initialement reconnu de 19 %.

C. Toujours représenté par Me Pierre-Yves Baumann, R. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 4 février 2022, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité entière lui est allouée avec effet rétroactif au 7 mai 2015 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 100 %, le tout avec intérêts à 5 % l'an dès le 7 mai 2015. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision sur

opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants et à la reprise du versement des indemnités journalières avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2018 et intérêts à 5 % l'an. Il a par ailleurs requis l'audition des Drs N._____ et Z._____, ainsi que de la psychologue I._____. Il a également demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et d'une expertise visant à déterminer la capacité de travail du recourant. Il a fait valoir, d'une part, que la décision litigieuse violait le principe de l'autorité de chose jugée et le droit d'être entendu. D'autre part, contestant la valeur probante de l'avis de la Dre T._____, il a exposé que les interventions des 4 et 5 février 2019 avaient apporté une amélioration, de sorte que le cas ne pouvait être considéré comme stabilisé au 1^{er} janvier 2018. Enfin, il fallait tenir compte des troubles psychiques apparus après son accident, le lien de causalité adéquate ne pouvant être nié.

Dans sa réponse du 9 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 4 juillet 2022, le recourant a produit un rapport établi le 16 février 2022 par le Dr Z._____ et la psychologue I._____. Les psychothérapeutes exposaient que l'intéressé les avait consultés dès 2017 en raison d'un stress posttraumatique (F43.1) et d'un épisode dépressif moyen. Son état ne s'était pas amélioré malgré des séances hebdomadaires et les soins prodigués par d'autres professionnels, de sorte qu'il souffrait désormais d'une modification durable de la personnalité, sans précision (F62.8), et de séquelles de traumatismes complexes liés à son accident de travail survenu en 2015, aux diverses opérations chirurgicales subies avec des conséquences handicapantes, aux conditions socio-économiques précaires dues à l'accident et qui participaient au maintien de sa vulnérabilité psychique. S'ajoutait une souffrance liée au manque de reconnaissance des professionnels et institutions, péjorant les symptômes et empêchant d'envisager une activité professionnelle.

L'intimée a dupliqué le 22 juillet 2022, en confirmant son point de vue.

Le recourant s'est encore exprimé dans des déterminations spontanées du 3 août 2022.

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) Le litige porte sur le droit du recourant au versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents au-delà du 1^{er} janvier 2018, sur le taux de la rente ainsi que sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

b) Le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

En l'occurrence, les faits déterminants ratione temporis se sont déroulés en mai 2015, moment où est survenu l'événement assuré.

3. Dans un premier moyen, le recourant a fait valoir que la décision de l'intimée contrevenait au principe de l'autorité de chose jugée, en allant à l'encontre de la constatation faite par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans son arrêt du 4 avril 2019 (AA 96/18 - 45/2019) selon laquelle l'état de santé n'était pas stabilisé au 31 décembre 2017. Il se plaint également d'une violation par l'intimée de son devoir d'instruction, dès lors qu'elle n'a pas réellement procédé à l'instruction complémentaire ordonnée par la Cour.

a) L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure, entre les mêmes parties, une prétention identique qui a été définitivement jugée (ATF 142 III 210 consid. 2.1, et les références citées). Il y a identité de l'objet du litige quand, dans l'un et l'autre procès, les parties soumettent au tribunal la même prétention, en reprenant les mêmes conclusions et en se basant sur le même complexe de faits (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 ; 116 II 738 consid. 2a). L'identité de l'objet du litige s'entend au sens matériel ; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant que les conclusions soient formulées de manière identique (ATF 142 III 210 consid. 2.1 ; 128 III 284 consid. 3b ; 123 III 16 consid. 2a ; 121 III 474 consid. 4a). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 139 III 126 consid. 3.1 ; 116 II 738 consid. 2b et 3).

Les constatations de fait de la décision attaquée déterminent quelles sont les conclusions formées dans la procédure pendante. Cependant, pour savoir si ces conclusions ont été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens

matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 142 III 210 consid. 2.2 ; TF 8C_816/2015 du 12 septembre 2016 consid. 3.1 et les références citées). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159).

b) En l'occurrence, le dispositif de l'arrêt rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 4 avril 2019 a annulé la décision sur opposition rendue le 27 avril 2018 et a renvoyé la cause afin de compléter l'instruction, sans référence aux motifs de l'arrêt. Ce faisant, la Cour entendait manifestement éviter de limiter le champ des investigations de l'intimée et de la décision à intervenir. En conséquence, contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'arrêt du 4 avril 2019 n'a pas fixé la date à laquelle son état devait être considéré comme stabilisé, ni exclu que cette stabilisation ait été atteinte à la date initialement retenue par l'intimée. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'a pas davantage ordonné à l'intimée de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

Au demeurant, il faut rappeler que, dans les considérants en droit, la Cour a uniquement relevé que les pièces médicales au dossier ne permettaient pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant était stabilisé au 31 décembre 2017. En conséquence, l'instruction devait se poursuivre, notamment afin de déterminer si les nouvelles interventions chirurgicales proposées au recourant par ses médecins traitants étaient susceptibles d'entraîner une amélioration sensible de l'état de santé et, dans l'affirmative, d'examiner la question du versement des indemnités journalières. C'est donc à juste titre que cette dernière a complété son dossier et rendu une nouvelle décision tenant compte des renseignements obtenus. Le grief du recourant est ainsi mal fondé et la question de la nécessité de mettre en œuvre une expertise médicale doit être examinée en relation avec les questions litigieuses.

4. En deuxième lieu, le recourant a conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières et à la prise en charge du coût des soins au-delà du 31 décembre 2017.

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.

b) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Par ailleurs, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler au sens de l'art. 6 LPGA à la suite de l'accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail 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 la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{re} phrase, LPGA).

c) L'art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA précise que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. La « naissance du droit à la rente » correspond au moment à partir duquel l'assuré peut potentiellement prétendre à un droit à la rente, indépendamment de l'octroi effectif d'une telle rente. Il résulte ainsi de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, l'assureur doit mettre fin au paiement du traitement médical et des indemnités journalières et examiner le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; TF 8C_39/2020 du 19 juin 2020 consid. 4.3 et les références citées).

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2 et les références citées).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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).

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 citée ; 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).

5. a) En l'espèce, dans sa décision du 23 janvier 2020, l'intimée a confirmé que la stabilisation de l'état de santé avait été atteinte au 31 décembre 2017, en relevant que les mesures médicales entreprises ultérieurement n'avaient pas vocation à améliorer les troubles liés à l'accident de mai 2015. Elle a précisé, dans sa décision sur opposition du 5 janvier 2022, se fonder sur l'avis de la Dre T._____, dont les conclusions n'étaient pas sérieusement remises en doute par celles du Dr P._____ du 31 mai 2021. Le recourant conteste pour sa part la valeur probante de l'avis de la Dre T._____, au regard des autres avis médicaux figurant au dossier.

b) En l'occurrence, donnant un avis sur dossier le 10 septembre 2019, la Dre T._____ a noté que les médecins de la D._____ avaient constaté début 2017 que la situation était stabilisée du point de vue médical, ce que le Dr P._____ avait ensuite confirmé après examen du recourant. Précisant qu'une fracture telle que celle subie lors de l'accident était en principe consolidée à trois mois et que les soins apportés au moment de la chute s'étaient déroulés sans complication, elle a relevé qu'aucune reprise chirurgicale n'était préconisée par les médecins de la D._____ et que le Prof. J._____ n'avait pas non plus vu d'indication pour une nouvelle intervention, puisqu'il avait adressé le recourant au Dr F._____ pour une prise en charge de la douleur. En l'absence de nouvelles lésions, de lésion d'un segment adjacent

(« adjacent segment disease ») ou d'une pseudo-arthrose/descellement des vis, sans geste chirurgical recommandé depuis de nombreuses années avec des doutes sur l'origine des douleurs et l'échec des nombreuses infiltrations, la Dre T. _____ a conclu qu'une cimentoplastie ou l'injection d'ozone ne pouvaient pas être considérées comme des gestes opératoires au sens propre permettant de rétablir la stabilité de la colonne vertébrale ou améliorer l'état de santé avec une vraisemblance prépondérante. En outre, l'intervention avait eu lieu quatre ans après l'événement initial alors que la littérature médicale et la pratique préconisaient de réaliser ce geste dans un délai de trois semaines à quatre mois après l'épisode fracturaire. Elle voyait ainsi dans les traitements proposés par le Prof. B. _____ un traitement de la douleur sans impact sur les lésions structurelles liées à l'événement initial, ce d'autant que le Prof. J. _____ ne proposait pas réellement la spondylodèse évoquée comme alternative.

Cet avis ne convainc pas. S'il est vrai qu'après avoir examiné le recourant le 14 février 2018, le Prof. J. _____ ne préconisait pas de reprise chirurgicale, il est constant que ce spécialiste a changé d'avis après réception du rapport établi le 9 mai 2018 par le Prof. B. _____. Par ailleurs, le recourant a vu le Dr F. _____ le 7 mai 2018 (cf. rapport de ce médecin du 13 juin 2018), donc avant l'infiltration test effectuée le 8 mai 2018 par le Prof. B. _____. Par conséquent, le Dr F. _____ ne pouvait que constater les réticences de son patient et du Prof. J. _____ à une nouvelle intervention, réticences levées par la suite. Quant au Dr P. _____, il a préconisé le 18 juin 2018 de consulter à nouveau le Prof. J. _____ après avoir eu connaissance des deux rapports du Prof. B. _____ de mai et juin 2018, puis a confirmé qu'il se ralliait à l'avis des deux professeurs le 6 novembre 2018. L'assertion de la Dre T. _____ selon laquelle le Prof. B. _____ était le seul à préconiser la cimentoplastie est donc erronée.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'a retenu la Dre T. _____, le Prof. B. _____ a mis en exergue, lors de la discographie du 8 mai 2018, une déchirure du disque intervertébral D12-L1 qui n'avait pas été observée sur les précédentes imageries. Les images et le rapport du 8 mai

2018 ont été communiqués au Prof. J.____ et au Dr P.____, lesquels ont approuvé les constats du Prof. B.____. En particulier, le Dr P.____ a admis le 18 juin 2018 que ces nouvelles investigations laissaient penser que la consolidation de L1 n'était pas tout à fait complète et s'en est remis à l'avis du Prof. J.____ quant à l'indication opératoire, dès lors qu'il identifiait certains facteurs contextuels péjorant le pronostic.

Enfin, contrairement à ce que semble soutenir la Dre T.____, il apparaît que l'intervention proposée par les Profs. B.____ et J.____ visait à agir sur des lésions de la colonne vertébrale, par la correction d'une consolidation vertébrale incomplète, ce que le Dr P.____ a expressément relevé dans son rapport du 18 juin 2018. Du reste, le Prof. J.____ a confirmé que la cimentoplastie proposée par le Prof. B.____ était susceptible d'apporter de manière moins invasive un résultat similaire à une spondylodèse, dernière option qui ne serait en outre pas préteritée (cf. rapport du Prof. J.____ du 29 mai 2018). Le traitement proposé ne saurait dès lors être qualifié d'uniquement antalgique. Cette opinion a encore été confirmée par le Prof. W.____, qui a mentionné dans l'anamnèse de son rapport du 23 août 2019 que la cimentoplastie effectuée par le Prof. B.____ le 4 février 2019 avait pour objectif de combler la lésion.

En définitive, il apparaît que l'appréciation de la Dre T.____, établie a posteriori, a été fortement influencée par le fait que l'intervention, qui a finalement eu lieu en février 2019, n'a pas eu les résultats escomptés. La question à résoudre est cependant de savoir si, au moment où l'intervention a été envisagée en juin 2018, celle-ci était susceptible d'apporter une amélioration sensible du tableau clinique présenté par le recourant, au stade de la vraisemblance prépondérante. Or, il est manifeste qu'en juin 2018, deux spécialistes étaient d'avis que cette intervention était susceptible d'apporter une telle amélioration et que l'intimée, par son médecin-conseil, s'est rallié à cet avis.

c) Il faut par conséquent admettre que l'état de santé du recourant en lien avec son accident de mai 2015 n'était pas stabilisé au 31 décembre 2017, ce qui a pour corollaire que l'intimée ne devait pas seulement prendre en charge les frais liés à l'intervention proposée par le Prof. B._____, mais également poursuivre le versement des indemnités journalières. S'agissant des indemnités journalières, on peine à comprendre les explications données par l'intimée pour les refuser. L'art. 23 al. 8 OLAA invoqué dans ses décisions s'applique en cas de rechute, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Faute de stabilisation acquise de l'état de santé, le droit à la rente n'a pas pu débuter au 1^{er} janvier 2018 et ce sont bien des indemnités journalières qui devaient être versées.

Les pièces médicales au dossier permettent par ailleurs de déterminer la date de stabilisation des lésions dues à l'accident de mai 2015, sans qu'il ne soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale sur ce point. En effet, le Prof. B._____ a constaté, le 16 juillet 2019, qu'il n'avait plus de proposition thérapeutique pour soulager les symptômes encore présentés par son patient à sa consultation du 11 juillet 2019. Il a alors suggéré à ce dernier de consulter à nouveau le Dr W._____, qui avait procédé aux premiers soins et au suivi postopératoire dans les suites immédiates de l'accident. Ce médecin a établi un rapport circonstancié après avoir examiné l'assuré le 20 août 2019 et a pris contact avec le Prof. J._____ pour discuter du cas. Il est ainsi arrivé à la conclusion qu'il n'y avait pas de prise en charge chirurgicale pouvant modifier les symptômes présentés par le recourant (cf. rapport du Dr W._____ du 23 août 2019). Le médecin traitant du recourant a ensuite confirmé, dans son rapport du 15 mai 2021, qu'aucune intervention n'était envisagée depuis celles effectuées en 2019. Sur la base de ces derniers rapports et bien qu'il ait réservé l'opportunité de procéder à une expertise indépendante en raison des nouvelles lésions survenues en avril 2019 après une chute du recourant, le Dr P._____ a conclu dans son avis du 31 mai 2021 que la stabilisation de l'état de santé était « patente » au moment de l'examen du Dr W._____. Vu la congruence des différents avis médicaux au dossier, il peut être

retenu que la stabilisation des lésions résultant de l'accident de mai 2015 a été atteinte le 20 août 2019. En conséquence, les indemnités journalières devaient être versées jusqu'au 20 août 2019, date qui détermine par ailleurs le début du droit à la rente.

6. Le recourant a par ailleurs allégué que l'intimée devait tenir compte, dans le cadre de la fixation de la rente, d'une atteinte psychique consécutive à l'accident assuré. Il reproche sur ce point une violation du devoir d'instruction, en ce sens qu'une expertise psychiatrique aurait dû être mise en œuvre par l'intimée.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

c) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et les références).

7. a) L'intimée a qualifié l'événement de mai 2015 d'accident de gravité moyenne. Elle s'est référée en cela à une jurisprudence du Tribunal fédéral retenant cette même qualification pour la chute d'une échelle d'une hauteur de trois mètres ayant entraîné de multiples fractures (TF 8C_463/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.3.1). Sur cette base, elle a procédé à l'examen du caractère adéquat du lien de causalité en cas de troubles psychiques, pour arriver à la conclusion qu'aucun critère posé par la jurisprudence en cas d'accident de gravité moyenne n'était rempli, raison pour laquelle elle a renoncé à instruire plus avant sur la question des atteintes psychiques.

Le recourant ne remet pas en cause la qualification de l'accident retenue par l'intimée. En revanche, tout en relevant que la nature des troubles psychiques et leur influence sur sa capacité de travail n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante de la part de l'intimée, il conteste l'absence de tout critère permettant d'admettre un lien de causalité adéquate. Il pointe en particulier la nature des lésions physiques résultant de l'accident (fracture de vertèbre), la durée du traitement (plus de trois ans), les douleurs importantes et persistantes, ainsi que la durée de l'incapacité de travail.

b) Certes, dans la mesure où les caractères naturel et adéquat du lien de causalité doivent être réunis cumulativement pour octroyer des prestations de l'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturel dans le cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (cf. ATF 135 V 465).

Toutefois, la jurisprudence a précisé qu'il n'est pas admissible de procéder à l'examen du caractère adéquat d'éventuels troubles psychiques d'un assuré avant que les questions de fait relatives à la nature de ces troubles (diagnostic, caractère invalidant) et à leur causalité naturelle avec l'accident soient élucidés au moyen d'une expertise psychiatrique concluante. D'une part, un tel procédé est contraire à la logique du système. En effet, le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Ainsi, on ne peut pas retenir qu'un accident est propre, sous l'angle juridique, à provoquer des troubles psychiques éventuellement incapacitants sans disposer de renseignements médicaux fiables sur l'existence de tels troubles, leurs répercussions sur la capacité de travail et leur lien de causalité avec cet accident. D'autre part, la reconnaissance préalable d'un lien de causalité adéquate est un élément de nature à influencer, consciemment ou non, le médecin psychiatre dans son appréciation du cas, et donc le résultat d'une expertise psychiatrique réalisée après coup s'en trouverait biaisé (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; TF 8C_192/2018 du 12 mars 2019 consid. 6 ; 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2). En conséquence, il est admissible de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle uniquement dans les cas où l'on peut d'emblée nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate (TF 8C_192/2018 du 12 mars 2019 consid. 6).

c) Comme l'a souligné le recourant, les questions en relation avec une éventuelle atteinte psychique n'ont pas fait l'objet d'une instruction très poussée de la part de l'intimée.

Durant son séjour à la D._____, le recourant a vu la psychiatre conseil de l'établissement à plusieurs reprises. Dans son consilium psychiatrique du 24 janvier 2017, celle-ci a conclu à l'absence de diagnostic sur le plan psychiatrique, en relevant que le patient semblait dans l'attente de la reconnaissance d'un statut de victime et que les facteurs contextuels influaient de façon négative les plaintes et les limitations fonctionnelles.

Consultée dès 2016 par le recourant, la Dre C._____ a pour sa part posé les diagnostics d'autre épisode dépressif (F 32.8) et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) dans son rapport du 22 septembre 2017. Cette psychiatre exposait que son patient vivait un sentiment de détresse lié à la douleur, se sentant toujours plus handicapé par son affection physique et ressentant de l'injustice face à la personne responsable de son accident. Elle mentionnait en outre un contexte psychosocial, avec l'impression d'avoir épuisé ses ressources en tant qu'immigré qui s'était bien intégré sur le plan socioprofessionnel. Toutefois, se prononçant uniquement sur la perspective de l'intégration du recourant dans un atelier Orif, la Dre C._____ n'a spécifié ni les limitations fonctionnelles en lien avec l'état psychique, ni l'impact sur la capacité de travail de l'assuré.

Ultérieurement, le recourant a produit un rapport établi le 29 mars 2018 à l'attention de l'assurance-invalidité par le Dr Z._____, consulté dès fin septembre 2017 à raison d'une séance toutes les deux semaines. Ce médecin a posé les diagnostics d'état de stress posttraumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). Ce médecin a en outre rempli l'annexe sur les limitations fonctionnelles d'ordre psychique et a mentionné que la capacité de travail était partielle, mais n'a pas chiffré celle-ci, insistant par ailleurs dans son rapport sur la problématique des douleurs. Le 16 février 2022, le Dr Z._____ a maintenu ses diagnostics, tout en confirmant que les limitations fonctionnelles résultaient principalement des atteintes physiques

(douleurs), de la précarité socio-économique, de difficultés relationnelles et d'un conflit conjugal latent.

Il apparaît ainsi manifeste que ces quatre rapports médicaux ne permettent pas de se forger une opinion sur l'ensemble des questions qui se posent en présence d'atteintes psychiques apparues dans les suites d'un accident. Cet avis est du reste partagé par le Dr P._____, qui mentionnait le 18 juin 2018 l'existence d'une « probable comorbidité psychiatrique que nul ne songe à nier, même si sa nature et sa gravité sont diversement appréciés ». Le médecin-conseil a ainsi bien relevé le fait qu'une problématique psychique pouvait exister, nonobstant l'avis contraire émis dix-huit mois plus tôt par la psychiatre de la D._____, mais qu'il n'y avait pas de consensus sur le diagnostic, à propos de l'impact sur la capacité de travail et surtout quant au lien de causalité avec l'accident assuré.

d) Cela étant, dans la mesure où il a été constaté ci-dessus que la stabilisation des lésions physiques dues à l'accident n'a été atteinte qu'au 20 août 2019 et non au 31 décembre 2017, plusieurs critères écartés par l'intimée dans son examen du rapport de causalité adéquat d'une atteinte psychique additionnelle doivent être réévalués. Tel est en particulier le cas des critères de la durée du traitement et de l'incapacité de travail. Quant à savoir si l'importance des douleurs et la poursuite de l'incapacité de travail a été « rapidement » influencée par des troubles psychiques, comme l'a retenu l'intimée, la découverte d'une fissure du disque intervertébral trois ans après l'accident est susceptible d'entraîner un éclairage différent sur la question. Il faut ainsi constater que le lien de causalité adéquat ne peut être écarté d'emblée. Par conséquent, la problématique psychique ne peut être examinée sans que les questions de fait sur la nature des troubles psychiques en cause et leur causalité naturelle ne soient élucidées.

Ce constat a pour corollaire qu'il ne peut être statué, en l'état, sur le droit à la rente et sur le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. En effet, le montant de la rente, déterminé selon la méthode

ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA), nécessite d'avoir une idée précise du taux d'incapacité de travail et des limitations fonctionnelles découlant de l'ensemble des atteintes en lien de causalité avec l'accident assuré. Il en va de même s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité due en cas d'une atteinte importante à l'intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA), laquelle est fixée en même temps que la rente d'invalidité (art. 24 al. 2 LAA) et doit tenir compte de l'ensemble du dommage lorsque plusieurs atteintes à l'intégrité sont en concours (art. 36 al. 3, 1^{re} phrase, OLAA).

e) En l'absence de pièces médicales suffisamment étayées, une instruction complémentaire s'impose, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique visant en particulier à déterminer si le recourant présente des troubles psychiatriques et, cas échéant, leur répercussion sur la capacité de travail et leur lien de causalité naturelle avec l'accident. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), ce qui rend sans objet les réquisitions du recourant tendant à la mise en œuvre d'expertises judiciaires.

8. A titre de mesure d'instruction, le recourant a également requis l'audition en qualité de témoins de son médecin généraliste traitant ainsi que de ses psychothérapeutes.

Ces praticiens ayant déjà rédigé plusieurs rapports figurant au dossier de la cause, il n'y a pas lieu d'ordonner en sus leur audition. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90

consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis.

D'une part, s'agissant des indemnités journalières, il convient de réformer la décision litigieuse, en ce sens que leur versement est maintenu au-delà du 31 décembre 2017, jusqu'au 20 août 2019. D'autre part, en tant qu'elle statue sur le droit à la rente et le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la décision de l'intimée doit être annulée et la cause renvoyée à cette dernière pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

Vu le sort de ses conclusions, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'000 fr., débours et TVA compris (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 la mettre intégralement à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** En tant qu'elle statue sur l'octroi d'indemnités journalières, la décision sur opposition rendue le 5 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est réformée, en ce sens que le versement des indemnités journalières est

maintenu au-delà du 31 décembre 2017, jusqu'au 20 août 2019.

III. En tant qu'elle statue sur le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la décision sur opposition rendue le 5 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

V. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à R. _____ la somme de 4'000 fr. (quatre mille francs) titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre-Yves Baumann (pour R. _____),
- 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 :