

S2 23 38

ARRÊT DU 4 DÉCEMBRE 2025

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;
Delphine Rey, greffière

en la cause

A. _____, recourant, représenté par Maître David Métille, avocat, Lausanne

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
Lucerne, intimée

(rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité)

Faits

A. A.____, né en 1965, marié, n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Depuis le 9 mars 1999, il a travaillé en tant que chef-monteur en échafaudages à un taux de 100 % auprès de l'entreprise B.____ SA (pièce CNA 2). A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

B. Le 21 juillet 2021, l'intéressé a fait une chute en démontant un échafaudage, lors de laquelle il s'est cassé une dent et blessé au niveau du dos (pièce CNA 2). Il a été pris en charge le jour même aux urgences de J.____, où le diagnostic de fracture L1 post-traumatique instable et de fractures obliques de l'apophyse transverse droite de L2 et L3, peu déplacées, a été posé. Le lendemain, il a subi une intervention chirurgicale, sous la forme d'une fixation percutanée D12-L1-L2 (pièces CNA 16, 17).

En raison de la persistance des lombalgies et d'une limitation des amplitudes, l'assuré a séjourné à la C.____ (ci-après : C.____) du 28 décembre 2021 au 21 janvier suivant. Pendant son séjour, l'assuré s'est plaint de douleurs au niveau de la cheville droite depuis l'accident du 21 juillet 2021. Les examens ont montré un status après entorse de grade I du ligament tibio-fibulaire antéro-inférieur, sans diastasis osseux et non inflammatoire actuellement, ainsi qu'un status après entorse de grade I des faisceaux antérieurs et moyen du deltoïde. Un traitement conservateur a été proposé. A l'issue du séjour, les médecins de la C.____ ont considéré que la situation médicale n'était pas encore stabilisée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable. Il était en revanche favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : pas de port de charges répétitif et/ ou prolongé de plus de 15 kg, pas d'activité nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux et pas de flexions/torsions répétées du tronc. Les médecins ont en outre indiqué que des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par l'assuré (très important catastrophisme, sous-évaluation des capacités fonctionnelles et anxiété importante) (pièce CNA 55).

Dans un avis du 7 février 2022, la Dresse D.____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'arrondissement de la CNA, a retenu les diagnostics, en lien avec l'accident, de fractures L1, L2 et L3 et entorse de grade I de la cheville droite. Elle a estimé que l'activité de monteur d'échafaudages n'était plus compatible avec les séquelles de l'accident. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : alternance

des positions, pas de port de charges de plus de 7.5 à 10 kg de manière répétée, pas de port de charges, même unique, de plus de 10 à 15 kg et pas de mouvement en porte-à-faux du tronc. Elle a considéré que l'assuré pouvait reprendre une activité adaptée réduite sous forme « thérapeutique » aux pourcentages suivants : 20% pendant un mois, 40% pendant un mois, 50% pendant deux mois puis nouvelle évaluation. Elle a en outre relevé que contrairement aux médecins de la C.____ qui estimaient que la situation n'était pas stabilisée, les neurochirurgiens n'avaient pas d'autres traitements à offrir hormis la poursuite de la physiothérapie qui était compatible avec une activité professionnelle à temps réduit (pièce CNA 57).

Dans un rapport de mai 2022, le Dr E.____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a mentionné la persistance de douleurs paradosales et paralombaires. Il a également mentionné une dépression réactionnelle et un trouble de l'adaptation. Le traitement comprenait des séances de physiothérapie et la prise d'antalgiques. Une consultation auprès du Service de neurochirurgie de J.____ était prévue en juillet 2022 (pièce CNA 85). Lors de cette consultation, le Dr F.____, spécialiste en neurochirurgie, a proposé de retirer le matériel en raison des douleurs lombaires invalidantes de l'assuré et d'effectuer des imageries pour trouver l'étiologie des plaintes. L'assuré n'a pas souhaité se soumettre à une intervention pour le moment. Le Dr F.____ a en outre indiqué douter de la corrélation entre les problèmes érectiles de l'assuré et la fracture L1, qui malgré sa présence à l'étage du cône médullaire, n'avait pas engendré de compression de celui-ci lors de l'IRM du 22 juillet 2021. Il a adressé son patient au Dr H.____, spécialiste en neurologie, pour examen (pièce CNA 105).

La CNA a soumis une nouvelle fois le dossier à la Dresse D.____, qui a estimé, le 7 septembre 2022, qu'il n'existait pas de traitement susceptible d'améliorer notablement la situation de l'assuré, que la physiothérapie permettait uniquement de maintenir les acquis et que si une intervention avec ablation du matériel d'ostéosynthèse devait avoir lieu, elle serait à charge de la CNA avec nouvelle stabilisation après six semaines en dehors de toute complication. Cette médecin a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et a confirmé les limitations fonctionnelles listées le 7 février précédent (pièce CNA 115).

Dans une appréciation rendue deux jours auparavant, la Dresse D.____ a estimé que l'atteinte à l'intégrité présentée par l'assuré s'élevait à 10 %. Ce taux a été retenu en présence d'une fracture lombaire de L1 avec des douleurs permanentes même au repos, accentuées par les efforts et même sans angulation suffisante, selon la table VII page 7.2 du barème d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (pièce CNA 114).

Le 7 septembre 2022, la CNA a informé l'assuré que les éléments médicaux indiquaient que l'on ne pouvait plus attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident du 21 juillet 2021, si bien qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 octobre 2022. Elle a précisé qu'elle continuait cependant de prendre en charge les contrôles médicaux et les séances de physiothérapie. Une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse serait également à sa charge. La CNA a ajouté qu'elle examinait actuellement le droit éventuel à d'autres prestations d'assurance et qu'elle renseignerait l'assuré ultérieurement à ce propos (pièce CNA 121).

Par décision du 29 septembre 2022, la CNA a dénié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité en l'absence de diminution notable de sa capacité de gain due à l'accident (taux d'invalidité de 4 %). Elle lui a en revanche octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 10 % selon l'appréciation de son service médical (pièce CNA 134).

Le 19 octobre 2022, l'intéressé, représenté par les Syndicats chrétiens du Valais (SCIV), s'est opposé à cette décision, contestant disposer d'une pleine capacité de travail, même dans une activité adaptée, ainsi que les revenus de valide et d'invalides. Il a en outre soutenu que la CNA avait sous-estimé son atteinte à l'intégrité. Il a requis une copie de son dossier et a conclu notamment à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 50% ainsi qu'à l'examen et à l'octroi de toutes les autres prestations LAA auxquelles il avait droit (pièce CNA 137).

Le 25 octobre 2022, la CNA a transmis à l'assuré une copie de son dossier (pièce CNA 140).

Le 15 février 2023, l'assuré a produit un rapport du 27 janvier précédent de la Dresse G.____, du Service d'anesthésiologie et de réanimation de J.____, qui avait constaté une douleur chronique avec une composante musculaire, fasciale et facettaire, complexifiée par une kinésiophobie importante. Elle a indiqué que l'évolution était probablement impactée par des facteurs psychologiques non négligeables. Une infiltration de type bloc facettaire au niveau des articulations D11/D12 et L2-L3 en bilatéral n'avait pas pu être effectuée en raison de la grande fragilité émotionnelle et de l'importante angoisse de l'assuré. Elle a indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré (pièce CNA 152).

Par décision sur opposition du 31 mars 2023, la CNA a rejeté l'opposition du 19 octobre précédent. Elle a notamment relevé que l'assuré n'avait pas produit de rapport médical permettant de mettre en doute les conclusions de la Dresse D.____. S'agissant du

revenu de valide, la CNA s'est basée sur le revenu indiqué par l'ancien employeur de l'assuré pour l'année 2022 (69'396 fr.). Le revenu d'invalidité a quant à lui été fixé sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (66'073 fr. 30).

Dans un rapport du 3 février 2023, reçu par la CNA le 28 avril 2023, le Dr F.____ a indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs l'empêchant de travailler. Les radiographies étaient une nouvelle fois superposables. Il a préconisé la réalisation d'un examen par SPECT-CT à la recherche d'un syndrome facettaire ou d'une discopathie en lien ou non avec le traumatisme (pièce CNA 168).

Dans un rapport de consultation du 23 février 2023, reçu par la CNA le 5 avril 2023, le Dr L.____, du Service de paraplégie de la C.____ a exclu une problématique médullaire ou périphérique majeure. Il a ajouté qu'un nouveau séjour à la C.____ permettrait de travailler de manière ciblée sur la mobilité lombaire et la gestion de la douleur, dès lors que la poursuite d'un traitement ambulatoire ne permettait pas à l'assuré de reprendre une activité professionnelle comme monteur d'échafaudages (pièce CNA 160).

Dans un rapport du 28 mars 2023, le Dr F.____ a indiqué que l'imagerie avait montré que la fracture L1 n'était pas consolidée et que les douleurs pouvaient être en corrélation avec la non-consolidation de la fracture. Il a considéré qu'il existait deux options, soit l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, étant donné que la composante d'atteinte postérieure était désormais consolidée, suivie d'une kyphoplastie ou d'un traitement de fusion intersomatique D12-L2, soit le maintien de la situation actuelle, étant donné l'absence d'évolutivité importante notamment de déformation. Il a indiqué que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, soit une activité évitant le port de charges de plus de 20 kg et les flexions-extensions extrêmes de la colonne (pièce CNA 167).

C. A.____ a recouru devant le Tribunal fédéral le 3 mai 2023 à l'encontre de la décision sur opposition du 31 mars précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à l'allocation d'une juste indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au minimum 50 % et à la prise en charge des frais de traitement et au versement des indemnités journalières en lien avec une éventuelle future opération. En substance, il a soutenu ne pas être en mesure de travailler, même dans une activité adaptée. Il a indiqué devoir peut-être bientôt subir une intervention chirurgicale. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer sa capacité de travail et son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50 % au moins.

Le 7 juin 2023, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a joint à son écriture les documents suivants :

- Un rapport du 20 octobre 2022 du Dr H.____, qui a indiqué que le bilan électro-clinique n'avait pas amené d'élément en faveur d'une radiculopathie sacrée ou d'une neuropathie pudendale, mais avait mis en évidence de discrets troubles de la sensibilité profonde des membres inférieurs à prédominance droite, où les réflexes myotatiques étaient assez vifs, sans autre signe corticospinal et que ces éléments étaient compatibles avec une légère atteinte post-traumatique du cône médullaire chez un patient ayant présenté une fracture de L1. S'agissant des troubles érectiles, il a indiqué que les rachialgies lombaires persistantes pouvaient y contribuer. Il a requis l'avis du Dr L.____, médecin auprès de la C.____.
- Une radiographie de la colonne lombaire du 10 janvier 2023 mettant en évidence les éléments suivants : Un status post-fixation transpédiculaire postérieure D12-L1-L2 avec un matériel d'ostéosynthèse d'allure intègre, un bon alignement des murs antérieur et postérieur du rachis lombaire, pas de perte de hauteur des corps vertébraux, stabilité d'une ancienne fracture-tassement cunéiforme du plateau supérieur de L1 avec une perte de hauteur du mur antérieur estimé à 25 %, une discarthrose L5-S1 et une arthrose facettaire lombaire basse.
- Une scintigraphie osseuse et un scanner lombaire réalisés le 27 février 2023 montrant une fracture en phase subaiguë du corps vertébral L1 associée à un recul du mur postérieur inchangée, un status post-spondylodèse dorso-lombaire supérieure sans signe de descellement autour du matériel d'ostéosynthèse qui semblait intact, une arthrose interapophysaire hypercaptante L4-L5 gauche et une discarthrose L5-S1 associée à un rétrécissement du trou de conjugaison L5-S1 à droite.
- Une appréciation du 4 juin 2023, dans laquelle la Dresse D.____, médecin d'arrondissement, a indiqué que la situation médicale n'avait pas changé depuis octobre 2022, que les limitations fonctionnelles retenues en septembre 2022 étaient plus généreuses que celles retenues par le Dr F.____ en février [recte : mars] 2023 et que les plaintes algiques étaient vraisemblablement en grande partie d'ordre extra-médicales. Elle a relevé que le Dr F.____ n'avait pas retenu de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle adaptée malgré la non-consolidation de la fracture de L1, qu'une composante neurologique avait pu

être exclue et que la dysfonction érectile s'expliquait vraisemblablement par d'autres étiologies (âge, troubles psychologiques) et qu'une prise en charge d'un traitement ne se justifiait pas.

Dans sa réplique du 12 juillet 2023, le recourant a fait valoir que son état de santé s'était aggravé et que sa mobilité était limitée malgré les antidouleurs et la physiothérapie. Il a indiqué avoir accepté une nouvelle opération, laquelle devait avoir lieu en septembre ou en octobre. Il a joint à son écriture un rapport du 7 juillet 2023 du Service de neurochirurgie de J. ____ duquel il ressort notamment qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue en septembre et qu'une kyphoplastie pouvait ensuite être effectuée s'il existait encore un œdème témoin d'une fracture non consolidée.

Dans sa duplique du 27 juillet 2023, la CNA a allégué que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse était postérieure à la décision attaquée et ne devait ainsi pas être prise en considération. Elle a néanmoins rappelé que cette option thérapeutique avait déjà été évoquée par le Dr F. ____ en mars 2023 et qu'elle ne remettait pas en cause le fait qu'il n'y avait pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle adaptée.

Le 10 juillet 2025, le recourant, désormais représenté par Me David Métille, a déposé d'ultimes déterminations. Il a critiqué la quotité du taux d'invalidité. Premièrement, il a contesté l'évolution des salaires nominaux retenue par l'intimée pour l'année 2022. Deuxièmement, il a allégué qu'un abattement de 10 % devait être appliqué sur le revenu d'invalidité. Il a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'un taux de 14 % avec effet au 1^{er} novembre 2022 et avec intérêts à 5 %.

Dans sa détermination du 3 septembre 2025, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle a fait valoir que la prise en considération d'un taux d'indexation de 1.1 % pour l'année 2022 (indice des salaires nominaux) n'était pas de nature à modifier l'issue du recours et a exposé pourquoi il ne se justifiait pas de retenir un abattement.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 3 mai 2023, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 31 mars précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, compte tenu des

fériés judiciaires (art. 38 al. 4 let. a et 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2. Le litige porte principalement sur le droit du recourant à une rente d'invalidité ainsi que sur le taux de l'IPAI qui lui a été accordée.

3.

3.1 Selon l'article 19 alinéa 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme ; le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. 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 (ATF 134 V 109 consid. 4.1). 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 ne donnent droit à sa mise en œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4 et la référence citée). Il ne suffit pas non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_736/2017 du 20 août 2018 consid. 4.1 et la référence citée). Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3).

Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (cf. FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., n° 222 p. 975).

Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là

est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_477/2018 du 28 août 2018 consid. 2). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

La jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_517/2017 du 12 juillet 2018 consid. 6.1) a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont des employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par les médecins de l'assurance (ATF 142 V 58 consid. 5 et 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6).

De jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants sont généralement enclins à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 125 V 351 consid. 3b/cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contraire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci (arrêts du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_91/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.2 et 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

3.2

3.2.1 Dans un premier moyen, le recourant a conclu à la prise en charge par la CNA des frais liés à l'opération préconisée en juillet 2023 par le Service de neurochirurgie de J.____ et au versement d'indemnités journalières.

Dans un rapport du 7 juillet 2023, le Dr F.____ a confirmé qu'une ablation du matériel d'ostéosynthèse aurait lieu au mois de septembre suivant. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus

postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 121 V 362 consid. 1b). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités). Dès lors que l'intervention chirurgicale est postérieure à la décision attaquée, celle-ci ne doit pas être prise en considération dans le présent litige, conformément à la jurisprudence. Le recours doit par conséquent être rejeté sur ce point.

Le recourant est invité – s'il ne l'a pas déjà fait – à annoncer le cas de rechute à la CNA, laquelle l'avait informé par courrier du 7 septembre 2022 qu'elle prenait à sa charge une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse.

3.2.2 Concernant la stabilisation de l'état de santé, la CNA a considéré à juste titre que celle-ci avait été atteinte en septembre 2022. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas. En effet, en juillet 2022, en raison de la persistance des douleurs lombaires, le Dr F. _____ a proposé au recourant de retirer le matériel d'ostéosynthèse, ce que ce dernier a refusé. Il n'a pas fait d'autre proposition de traitement. Dans son avis du 7 septembre 2022, le Dresse D. _____ a retenu que la poursuite de la physiothérapie permettait de maintenir les acquis mais pas d'améliorer significativement la situation et qu'il n'y avait pas de traitement médical susceptible d'améliorer notablement la situation du recourant. On rappellera que, conformément à la jurisprudence (cf. *supra* consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral U 551/06 du 14 décembre 2007 consid. 7.3 et les références citées), la physiothérapie ne constitue pas en soi un traitement susceptible d'améliorer notablement l'état de santé des assurés. De plus, la stabilisation de la situation médicale est intervenue dans le délai indiqué en janvier 2022 par les médecins de la C. _____, soit dans un délai de 4 à 6 mois.

On ajoutera à cela que la Dresse D. _____ s'est déjà prononcée sur l'ablation du matériel d'ostéosynthèse et a considéré que si cette intervention devait avoir lieu, une nouvelle stabilisation pouvait être attendue dans un délai de six semaines, en dehors de toute complication. De son côté, le Dr F. _____ a indiqué que malgré la non-consolidation de la fracture de L1 et l'éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse, suivie éventuellement d'une kyphoplastie ou d'un traitement de fusion intersomatique D12-L2, le recourant pouvait travailler dans une activité évitant le port de charges de plus de 20 kg et les

flexions-extensions extrêmes de la colonne. Ces médecins ont ainsi considéré qu'une intervention chirurgicale viserait uniquement à améliorer le confort de l'assuré mais non sa capacité de travail.

3.3 Dans un autre grief, le recourant a critiqué le taux d'invalidité retenu par l'intimée.

3.3.1 Il a d'abord contesté la capacité de travail totale qui lui a été reconnue dans une activité adaptée, estimant ne pas être en mesure de travailler, ni même dans une activité adaptée.

On relèvera sur ce point qu'il revient à un médecin de se prononcer, en se fondant sur des constatations médicales objectives, dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler (MOSER-SZELESS/ CASTELLA, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2^{ème} éd., 2025, n° 24 *ad art.* 6 LPGA). Dans son appréciation du 7 septembre 2022, la Dresse D.____ a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a confirmé les limitations fonctionnelles retenues le 7 février 2022, à savoir l'alternance des positions, pas de port de charges de plus de 7.5 à 10 kg de manière répétée, pas de port de charges, même unique, de plus de 10 à 15 kg et pas de mouvement en porte-à-faux du tronc. Après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales au dossier, elle a confirmé ses conclusions en date du 4 juin 2023. La Cour considère que l'avis de la Dresse D.____ a pleine valeur probante. Elle relève que cette médecin s'est fondée sur l'ensemble des pièces médicales au dossier, qu'elle a apprécié la situation médicale de manière claire et sans contradictions et qu'elle a dûment motivé ses conclusions. La Cour rappelle en outre que, selon la jurisprudence, un avis médical établi uniquement sur la base d'un dossier peut disposer d'une pleine valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré, ce qui est le cas en l'espèce (cf. *supra* consid. 3.1).

Il n'existe pas d'éléments mettant en doute les conclusions de la Dresse D.____. En effet, le Dr F.____, médecin traitant de l'assuré, a estimé le 28 mars 2023 que son patient pouvait exercer une activité adaptée, soit une activité évitant le port de charges de plus de 20 kg et les flexions-extensions extrêmes de la colonne, malgré le fait que la fracture L1 n'était pas consolidée. La Cour constate, à l'instar de la Dresse D.____, que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr F.____ sont moins restrictives que celles retenues par la médecin d'arrondissement. Quant aux autres avis médicaux au dossier, soit ceux des Drs E.____, G.____ L.____ et H.____, ils ne sont d'aucun secours au

recourant, dès lors que ces médecins n'abordent pas la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée, les médecins de la C.____ posant tout au plus des limitations fonctionnelles provisoires qui s'avèrent compatibles avec celles retenues par la Dresse D.____.

Dans ces conditions, il convient de confirmer l'appréciation de la Dresse D.____ retenant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

3.3.2 Le recourant a ensuite contesté l'évolution des salaires nominaux prise en considération par la CNA pour l'année 2022 pour la détermination du revenu d'invalidé.

Le recourant a allégué qu'un taux de - 0.7 % pour l'année 2021 et de 1.1 % pour l'année 2022 devait être retenu, de sorte que le revenu annuel d'invalidé de base devait être fixé à 66'073 fr. 30.

A la lecture du considérant 6 de la décision attaquée, la Cour constate que l'intimée a également retenu un montant de 66'073 fr. 30 au titre de revenu avec invalidité, après avoir pris en considération l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2022. Ce point n'est dès lors pas litigieux.

3.3.3 Le recourant a en outre soutenu qu'un abattement de 10 % aurait dû être appliqué sur le revenu d'invalidé.

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 148 V 174 consid. 6.2 ; 139 V 592 consid. 2.3 et 135 V 297 consid. 5.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidé, le salaire fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

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). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des

effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 126 V 75 consid. 5b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_716/2021 du 12 octobre 2022 consid. 5.3 et les arrêts cités).

En l'occurrence, on relève que les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en considération pour déterminer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à son état de santé. Le niveau de compétence 1 de l'ESS contient en effet de nombreux emplois avec des tâches simples et légères compatibles avec ces restrictions, lesquelles n'apparaissent pas particulièrement sévères (pas de port de charges répété de plus de 7.5 à 10 kg, pas de port de charges de plus de 10 à 15 kg, pas de mouvement de porte-à-faux du tronc et alternance des positions).

En ce qui concerne le manque d'expérience du recourant dans une nouvelle profession, il ne s'agit pas d'un facteur susceptible de jouer un rôle significatif sur ses perspectives salariales, dès lors que les activités adaptées envisagées (simples et répétitives de niveau de compétence 1) ne requièrent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique. En outre, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (ATF 146 V 16 consid. 6.2.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_627/2023 du 3 juillet 2024 consid. 8.3 et 9C_200/2017 du 14 novembre 2017 consid. 4.5). Les activités simples et répétitives de niveau de compétence 1 ne requièrent pas non plus de bonnes connaissances de la langue allemande, respectivement du français (arrêt du Tribunal fédéral 9C_898/2017 du 25 octobre 2018 consid. 3.4).

En ce qui concerne l'âge, le Tribunal fédéral n'a pas encore tranché le point de savoir si, dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, ce critère constitue un critère d'abattement ou si l'influence de l'âge sur la capacité de gain doit être prise en compte uniquement dans le cadre de la réglementation particulière de l'article 28 alinéa 4 OLAA (ATF 148 V 419 consid. 8.3 et les arrêts cités). Autrement dit, le Tribunal fédéral a laissé ouvert la question de savoir si lorsque comme en l'espèce, cette disposition ne trouve pas application, l'âge peut être pris en considération dans la fixation de l'abattement. En l'occurrence, on ne voit, quoi qu'il en soit, pas en quoi les perspectives salariales du recourant seraient concrètement réduites sur un marché du travail équilibré en raison de son âge, soit 57 ans au moment déterminant, d'autant moins que les emplois non qualifiés (qui correspondent à ceux du niveau de compétence 1) sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur un marché du travail équilibré (ATF 146 V 16 consid. 7.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_682/2023 et 8C_695/2023 du 24 avril 2024 consid. 4.3.2 ; 8C_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 4.2.3 ;

8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2 et la référence citée). De plus, il ressort du dossier que le recourant n'a pas seulement travaillé comme monteur d'échafaudages mais qu'il avait auparavant été actif pendant plusieurs années dans le domaine de la restauration. Il sied donc d'admettre qu'il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée n'a pas appliqué d'abattement sur le salaire statistique.

3.3.4 Quant au revenu sans invalidité, il n'est pas contesté et ne paraît pas d'emblée erroné. Il n'y a dès lors pas lieu de s'y arrêter. En comparant le revenu de valide, soit 69'396 fr., avec le revenu d'invalidé, soit 66'073 fr. 30, on obtient un taux d'invalidité inférieur à 10 % (4.78 %), ne donnant droit à aucune rente d'invalidité.

Eu égard à ce qui précède, c'est à raison que la CNA a refusé d'octroyer au recourant une rente d'invalidité.

4. Il reste, à ce stade, à se pencher sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

4.1 Selon l'article 24 alinéa 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'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 (art. 36 al. 1 OLAA). Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 OLAA).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales (SVR 2009 UV n° 27 p. 97 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 consid. 2.3 ; FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 41). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant.

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème – reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb et 113 V 218 consid. 2a) – des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc et 116 V 156 consid. 3a).

4.2 En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de la Dresse D.____ du 5 septembre 2022 pour retenir une IPAI de 10%. Cette médecin a retenu qu'en présence d'une fracture lombaire de L1 avec des douleurs permanentes, même au repos, accentuées par les efforts et même sans une angulation suffisante – taux de 5 à 10 % pour une angulation à 10 % –, un taux de 10 % devait être retenu selon la table 7 page 7.2 du barème d'indemnisation.

Pour sa part, le recourant n'apporte aucun élément médical et se limite à contester le taux de l'atteinte à l'intégrité retenu par l'intimée en alléguant qu'au vu de ses graves problèmes de santé, une IPAI d'au moins 50 % doit lui être reconnue. Il convient de rappeler que l'évaluation d'une atteinte à l'intégrité des suites d'un accident nécessite l'avis d'un médecin, à qui il appartient, d'une part, de constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, d'estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant. Or, en l'espèce, le recourant ne s'appuie sur aucun document médical pour contester l'atteinte à l'intégrité retenue par la Dresse D.____. Ainsi, les explications claires fournies par la médecin d'arrondissement à ce sujet doivent être suivies. Il s'ensuit que la décision sur opposition doit également être confirmée sur ce point.

5. La Cour considère que le dossier est suffisamment complet pour rendre un jugement, sans qu'il ne soit nécessaire de mettre en œuvre de plus amples mesures d'instruction, notamment celles requises par le recourant, à savoir son audition ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, étant précisé que la CNA a produit son dossier en date du 7 juin 2023 (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_548/2015 du 10 mars 2016 consid. 4 et 6.3).

6. En tous points mal fondé, le recours du 3 mai 2023 est rejeté et la décision sur opposition du 31 mars précédent confirmée.

6.1 Il n'est pas perçu de frais, la LAA n'en prévoyant pas le prélèvement (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

6.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni à l'intimée, laquelle agit comme une autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 4 décembre 2025

Cour des assurances sociales

Le président :

La greffière :

C. Prada

D. Rey