

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bidiville et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Cuérel

* * * * *

Cause pendante entre :

P. _____, à Bussigny-près-Lausanne, recourant, assisté de Me Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimé, assistée de Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

Art. 24, 25 LAA ; 36 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** P._____, né le 1^{er} janvier 1947, employé d'une entreprise de construction en qualité de maçon, a été victime, le 21 novembre 2005, d'un accident professionnel. Alors qu'il effectuait des travaux de rangement sur son lieu de travail, il a été écrasé par un véhicule de chantier de type "dumper".

Cet accident a été déclaré à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), assureur-accidents de l'intéressé, le 23 novembre 2005.

b) L'assuré a été hospitalisé au centre hospitalier L._____ jusqu'au 10 mai 2006. Il y a subi un nombre important d'interventions chirurgicales. Il a ensuite été transféré à la clinique de réadaptation M._____, où il a séjourné jusqu'en date du 13 juillet 2007, hormis quelques périodes d'hospitalisation au centre hospitalier N._____ pour divers examens ou soins.

Dans leur rapport final du 27 août 2007 adressé au médecin-conseil de la CNA, les Drs S._____ et U._____, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant à la clinique de réadaptation M._____, ont en particulier noté ce qui suit :

"[...] Diagnostic primaire

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.8)

Diagnostics secondaires

- Fracture comminutive du bassin et du cotyle droit (T 93.2)
- Plexopathie lombosacrée d'origine traumatique, prédominant sur le territoire sciatique droit (T 92.4)
- Plaie périnéale délabrante s'étendant du rectum au scrotum et rupture de l'urètre bulbaire
- Syndrome coronarien aigu le 26.11.2005 (I 21.9)
- Sepsis à point de départ abdominal, le 29.11.2005
- Status post :

- packing pelvien et embolisation de l'artère iliaque interne droite, le 21.11.2005 (Z 98.8)
 - colostomie transverse proximale à double canon et cystostomie par voie sus-pubienne le 22.11.2005, fermeture de la colostomie transverse et confection d'une colostomie terminale en FIG et mise à plat d'un abcès présacré le 10.03.2006 (T 91.8 ; Z 93.3 ; Z 98.8)
 - hémipelvectomie inférieure droite et débridement large d'une escarre sacrée, comprenant la peau, le tissu sous-cutané, la musculature fessière et pelvienne, le 30.11.2005 (Z 98.8)
 - complément de débridement sacré, fermeture secondaire partielle et pose de VAC antérieur et postérieur, le 02.12.2005 (Z 98.8)
 - multiples reprises pour débridements et réfections de pansements (les 5, 7, 9, 12, 15, 18 et 21.12.2005) (Z 98.8)
 - orchydectomie droite le 15.12.2005 (Z 98.8)
 - greffe de Thiersch au niveau du sacrum prélevée à la cuisse gauche et pose de vac le 29.12.2005 (Z98.8)
-
- Fistule périnéale (K 63.2)
 - Vessie atrophique, non fonctionnelle et pyocystite à répétition sur sonde sus-pubienne à demeure,
 - Adhésiolyse étendue, cystectomie avec prostatectomie, appendicectomie et construction d'un conduit iléal selon Bricker, le 08.03.2007.
 - Iléus post-opératoire (N 30.8 ; Z 98.8)
 - Volumineux abcès du bassin avec fistulisation cutanée sus-pubienne et inguinale droite
 - Révision chirurgicale et drainage de l'abcès, le 12.04.07 avec fermeture secondaire par VAC (K 65.0 ; Z 98.8)
 - Iléus mécanique récidivant
 - Laparotomie exploratrice, adhésiolyse extensive et résection de 40 cm de l'iléon terminal, le 10.05.2007 (K 56.6 ; Z 98.8)
 - Escarre sacrée au sein de la greffe de Tiersch. Débridement et fermeture, le 21.06.2007 (L 89 ; Z 98.8)
 - Pancréatite biliaire, le 26.06.2007 (K 85)

Co-morbidités

- Hypertension artérielle (I 10)
- Douleurs neurogènes du membre inférieur droit en rapport avec plexopathie lombosacrée post-traumatique
- Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2)
- Dyslipidémie (E 78.0)

[...]

"[...] Objectivement, l'examen cardiopulmonaire et abdominal est sp. Il n'y a pas de signe patent de foyer infectieux actif. Les orifices de la colostomie et de la sonde vésicale suspubienne demeurent propres et non inflammatoires. De même, la greffe de Thiersch du sacrum pris dans toute sa surface et est bien cicatrisée et calme. On retient une fistule périnéale droite, de 12 cm de profondeur, avec orifice propre et sans écoulement. La mobilité de la hanche droite et du genou droit est fortement limitée. On note également une amyotrophie dans l'ensemble de la musculature sous-pelvienne droite ainsi que dans l'ensemble de la loge antéropostérieure de la

cuisse et jambe droites, avec cliniquement, un déficit sensitivomoteur sévère dans le territoire du sciatique poplité externe et tibial postérieur droit, compatibles avec une plexopathie lombosacrée droite.

Sur le plan psychologique, à l'admission, le patient se dit très affecté par l'accident, et en phase aiguë présente des intrusions et cauchemars. Initialement, un état de stress post-traumatique a été évoqué. Le consilium psychiatrique d'entrée ne relève plus d'élément pour poser ce diagnostic, mais un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive est retenu. Au cours du séjour, nous notons des variations de l'humeur du patient légitimes par rapport aux multiples complications d'ordre somatique. Tout de même, il fait preuve d'une très forte motivation et de capacités préservées de faire face à des situations où son pronostic vital et où son intégrité somatique est en jeu. Il a été régulièrement suivi pendant le séjour, par la psychologue du service. La médication par Triptyzol a été remplacée par Cipralex 10 m et l'évolution est globalement favorable.

Problèmes et évolution durant le séjour :

1. Sur le plan orthopédique : la mobilité du membre inférieur droit reste inchangée au terme du séjour et celle-ci est d'ores et déjà stabilisée en coaptation trochantéro-iliaque qui restreint excessivement la mobilité et qui occasionne un raccourcissement de plus de 6 cm du membre inférieur droit. Sur le plan fonctionnel, hormis les lésions purement orthopédiques (ostéo-articulaires) se surajoute l'atteinte plexique dont le pronostic est réservé. Le patient est appareillé avec une attelle en plastazote, pour les déplacements à la maison et avec une attelle type Heidelberg pour ses déplacements à l'extérieur. Il marche sur de courtes distances avec deux cannes. Il utilise une chaise roulante électrique, pour les déplacements à l'extérieur. Plusieurs évaluations de l'assise ont été faites au cours du séjour dont la dernière en juin 2007, pour adapter le coussin, étant donné l'hyperappui en regard du sacrum qui disparaît partiellement, après le nouveau meulage de la coque. La dernière évaluation est faite en rapport avec l'apparition de l'escarre sacrée, lors de l'intervention en mars 2007. Le patient a été suivi par notre consultant en chirurgie orthopédique qui propose, sur le plan orthopédique, d'envisager ultérieurement une résection tête-col, afin de permettre au patient de retrouver une mobilité pour s'asseoir et pour utiliser les transports publics dans un premier temps et éventuellement dans un deuxième temps, une prothèse-selle pourrait entrer en ligne de compte. Tout ceci bien entendu est envisageable à condition que l'état général se stabilise et en l'absence de toute infection du bassin. La discussion à ce sujet ne devrait donc pas avoir lieu avant le début de l'année 2008, au vu des multiples complications d'ordre infectieux survenues durant l'hospitalisation.

2. Sur le plan neurologique : autant en proximal, nous notons une amélioration de la motricité, surtout au niveau du genou droit, aucune progression sur le plan moteur n'est notée en distal pour la mobilité du pied et de la cheville droits. L'hypomyotrophie et l'hypotonie de la jambe et du pied droits restent quasi identiques, avec une plégie à M0 du jambier antérieur, postérieur, de

l'extenseur propre du premier orteil et de l'extenseur commun des orteils ainsi que des péroniers latéraux et du fléchisseur plantaire du pied et des orteils. L'EMG du 18.05.2006, confirme l'existence d'une plexopathie lombosacrée prédominant sur les fibres destinées au tronc sciatique avec sur le plan électrophysiologique, une axonotmésis totale, pour l'ensemble du territoire distal du tronc sciatique (sciatique poplitée externe et tibial postérieur) où aucun signe de réinnervation n'est observé. Six mois plus tard, des signes de réinnervation sont très discrets et concernent uniquement le territoire du péronier superficiel (muscle long péronier latéral). A terme, d'après le neurologue, le pronostic est médiocre (cf. rapport d'EMG).

Les douleurs neurogènes sont bien influencées par le Neurontin à dose modérée (1500 mg/24 h). Nous avons été amenés à arrêter les morphiniques en raison de problèmes de transit intestinal. La maîtrise du processus infectieux du pelvis a également permis de diminuer l'intensité des douleurs neurogènes, raison pour laquelle nous ne sommes pas amenés à accroître la posologie de Neurontin.

3. Sur le plan urologique : le patient nous a été transféré avec une sonde suspubienne à demeure. Un bilan cystographique du 22.08.2006 a mis en évidence une vessie rétractile, voire contractile, en rapport avec la lésion et l'obstruction post-traumatique de l'urètre. Le Dr A. _____ qui a réalisé l'examen insiste sur le fait que le rinçage de la vessie n'a pas amené de débris calcaire ou tissulaire. Se succèdent à partir de novembre 2006, des infections urinaires à des germes différents (à plusieurs reprises, à partir des urcultures sont isolés des germes multiples parmi lesquels, en alternance - Protéus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa ou E. Coli, germes déjà isolés lors de l'hospitalisation au centre hospitalier L. _____ dans les suites immédiates de l'accident). De courtes antibiothérapies adaptées sont réalisées, avec tout de même des difficultés de changements des sondes suspubiennes, nécessitant la mise en place d'une deuxième sonde suspubienne, le 01.12.2006. Ce tableau de vessie atrophique non fonctionnelle avec des pyocystites à répétitions nécessitant la mise en place de deux sondes suspubiennes, aboutit à la réalisation le 08.03.2007, par le Dr W. _____, d'une cystectomie avec prostatectomie, et construction d'un conduit iléal selon Bricker, accompagnés d'une adhésiolyse étendue et d'une appendicectomie. Le patient est hospitalisé du 07.03.2007 au 28.03.2007, dans le service d'urologie, de l'hôpital H. _____. Les suites opératoires se compliquent par un iléus probablement d'origine mixte — paralytique sur antalgie par Morphine et sur un status post-adhésiolyse. L'évolution étant lentement favorable sous traitement conservateur, le patient nous a été retransféré le 28.03.2007. Depuis, il est autonome pour la gestion de l'urostomie.

4. Concernant la fistule périnéale droite : un contrôle par un fistulo-CT périnéal est réalisé le 31.07.2006, le 28.12.2006, le 03.04.2007. Les examens montrent la persistance de la fistule avec néanmoins une diminution progressive de la longueur. Il s'agit d'un trajet fistuleux sans aucune communication et ramification qui s'étendait de la région périnéale médiane en-dessous du scrotum jusqu'à l'orifice cutané. Après la renonciation des chirurgiens de procéder à une fermeture chirurgicale, nous avons continué les soins

locaux. L'évolution était très lentement favorable, avec une fermeture définitive nécessitant plus de douze mois.

5. Sur le plan infectieux, une première exacerbation des douleurs de la hanche droite est signalée par le patient en juillet 2006. Il est, en ce moment là, apyrétique et la CRP se maintient entre 20-40 mg/L. Les fistulo-CT réalisés entre juillet et décembre 2006 montrent toujours des remaniements importants dans la région du bassin et pelvis droits, sans qu'une collection ou un autre signe direct ou indirect d'un processus infectieux patent puisse être formellement retenu ou exclu. Par conséquent, il a été difficile de faire la part des choses entre des remaniements cicatriciels fibreux, au niveau de la racine de la cuisse, trochin, hémipelvis droit, et une infection à bas bruit. La crainte quant à l'existence d'un foyer profond osseux ou ostéotissulaire est argumentée par un syndrome inflammatoire biologique, connu depuis l'hospitalisation au centre hospitalier L._____ avec des valeurs de la CRP entre 16-40, voire 50 mg/L, ainsi que du fait des multiples infections à point de départ digestif et urinaire, persistantes malgré les cures d'antibiothérapie adaptée. Le 02.04.2007, on observe une fistulisation cutanée d'une collection purulente suspubienne, sur le trajet de la principale sonde suspubienne. Le CT-scanner abdominal met en évidence une volumineuse collection, pelvique associée à des collections satellites de moindre taille, en communication avec la principale.

L'opacification de l'orifice cutané suspubien confirme la commutation entre la fistule et la collection pelvienne. L'hypothèse d'une infection pelvienne à bas bruit apparaît confirmée. La présence des douleurs pelviennes, mentionnées ci-dessus, associées à un syndrome inflammatoire chronique, dans un contexte de contamination vésico-anale (fistule), permanente, avec des germes digestifs va également dans ce sens. Une deuxième fistulisation de cet abcès en inguinal droit, sur le trajet de la deuxième sonde suspubienne, se produit une semaine plus tard. Une excision de l'abcès et un lavage sont réalisés par les chirurgiens viscéraux, le 12.04.2007, et une lame de drainage est laissée dans la cicatrice opératoire. La fermeture est accélérée par la mise en place d'un VAC. L'évolution est rapidement favorable avec ce système de cicatrization dirigée, sous couverture d'une bi-antibiothérapie, par Vancomycin et Tazobac. Les germes isolés à partir des sécrétions des fistules sont *Entérocoque faecium* multirésistant. Après 15 jours, la biantibiothérapie par Vancomycin et Tazobac est remplacée par Cip eco et Flagyl. En accord commun avec les infectiologues de l'hôpital H._____, nous instaurons cette antibiothérapie pour trois mois, en vue d'une vraisemblable ostéite sous-jacente du bassin à droite, plus ou moins de la hanche ainsi que des parties molles adjacentes. Le scanner de contrôle du 20.04 montre la persistance d'une petite collection liquidienne après la résection chirurgicale du volumineux abcès avec un status identique sur l'ensemble du pelvis et de l'abdomen.

6. Sur le plan abdominal : le 25.04.2007, le patient présente un tableau de syndrome abdominal aigu avec arrêt des gaz, et des matières par la poche de stomie, en l'absence de trouble digestif haut. Il n'y a pas de signe de choc, de trouble électrolytique ni de syndrome inflammatoire biologique. Le patient est transféré, avec un tableau clinique d'iléus vraisemblablement mécanique, sur status

adhérentiel, dans le service de chirurgie viscérale à l'hôpital H. _____ où un traitement conservatif est mené jusqu'au 07.05.2007, date de son transfert à la clinique de réadaptation M. _____. Le scanner abdominal du 28.04.2007 montre une dilatation de l'anse grêle sans signe d'ischémie, compatible avec le diagnostic d'iléus mécanique sur bride. Le 09.05.2007, le patient présente une récurrence de l'iléus mécanique. La deuxième tentative d'un traitement conservateur échouant, il est procédé à une laparotomie exploratrice suivie d'une adhésiolyse extensive et résection de 40 cm de l'iléon terminal, le 10.05.2007. Dans les suites opératoires, un traitement par Diflucan pendant dix jours, est introduit, en raison du résultat positif pour candidas albicans à partir de la culture du liquide péritonéal. Le patient nous est retransféré le 23.05.2007. L'évolution est favorable, aussi bien sur le plan clinique, que sur le plan biologique, avec, pour la première fois une valeur normale de la CRP. Celle-ci se maintient normale depuis le 21.06.2007.

Le 25.06.2007, le patient présente de nouveau un syndrome abdominal douloureux avec cette fois-ci des douleurs localisées dans la moitié supérieure de l'abdomen, en supra-ombilical et dans l'hypochondre gauche, avec une distension abdominale, sans nausée, ni vomissement, sans arrêt de gaz et matières. Le bilan biologique met en évidence une élévation de l'amylase et de la lipase (1371, respectivement 1986) avec une cytolysse à 3 x la normale, pour ALAT, ASAT normale et une cholestase intrahépatique avec gamma-GT à 772 U/L. Les investigations complémentaires sont compatibles, également, avec le diagnostic de pancréatite aiguë — CT abdominal du 26.06.2007, et cholango-IRM du 27.06.2007 : microlithiases au sein de la vésicule biliaire, sans signe de cholécystite, absence de dilatation des voies biliaires intra et extrahépatiques, cholédoque de taille normale. Le patient est réhospitalisé dans le service de chirurgie viscérale du 26.06.2007 au 29.06.2007. L'évolution est favorable sous traitement médical seul. Dans la mesure où il n'y a pas de signe de gravité clinico-radiologique, l'indication chirurgicale n'a pas été retenue. Les chirurgiens viscéraux préconisent la réalisation d'une ERCP en vue d'une sphinctérotomie en cas de nouvel épisode de migration lithiasique ou de pancréatite biliaire.

7. Sur le plan cutané : à noter l'apparition d'une escarre d'1,5 x 2 cm sur la partie centrale de la greffe de Thiersch dans les suites à l'intervention du mois de mars 2007. Etant donné l'atonie de la plaie, le Dr C. _____, chirurgien plastique, a procédé à une excision et fermeture en deux plans de l'escarre le 21.06.2007. La décharge complète de la zone opérée ainsi que les soins locaux sont compromis lors du transfert à l'hôpital H. _____, pour la prise en charge de la pancréatite biliaire et l'évolution se soldée par un lâchage des fils et réouverture de l'escarre. Néanmoins, l'excision de la partie atone des berges en association avec des soins topiques, aboutissent à une évolution favorable avec diminution nette de la taille de l'escarre, avec apparition d'un bourgeonnement du fond de la plaie. Il n'y a pas de signe patent de surinfection.

8. Sur le plan ophtalmologique : le patient a bénéficié d'une consultation de contrôle de l'ulcère cornéen par le Dr J. _____, le 25.07.2006.

9. Sur le plan cardiovasculaire : nous poursuivons le traitement par Beloc-Zok et Aspirine introduits au centre hospitalier L._____, en raison d'un syndrome coronarien aigu. Aucune plainte sur le plan cardiaque n'a été signalée par le patient en cours de séjour. Une dyslipidémie avec un taux de cholestérol total de 6,84 (normale inférieure à 5 mmol/L) dont la fraction HDL à 0,92 (normale supérieure à 1 mmol/L) et une fraction LDL à 5 (normale inférieure à 3,4 mmol/L) en association avec une hypertriglycéridémie à 2,51 mmol/L, pour une normale inférieure à 2 mmol/L du 02.01.2007 justifie introduction d'un traitement par Sortis 40 mg/jour. D'autant plus que les mesures hygiéno-diététiques durant 3 mois n'apportent pas d'amélioration.

10. Sur le plan biologique : il existe une choléstase-cytolyse à l'admission en mai 2006 à dix fois la normale pour ALAT et 7 x la normale pour ASAT, associée à une choléstase intrahépatique (gamma-GT 5 x la normale, phosphatases alcalines 2 x la normale supérieure) rapidement résolutive après la suspension du Dafalgan. A la sortie, le taux des leucocytes et de l'Hb est normal, et celui des plaquettes est à 382 g/L (normale de 150-350), la CRP et la fonction rénale demeurent normales, il n'y a pas de trouble électrolytique.

11. Lors du séjour, le patient bénéficie des soins dentaires (extraction d'une dent et adaptation de la prothèse dentaire).

En résumé, ce patient qui a eu un accident de travail le 21.11.2005, avec écrasement du bassin montre une stabilisation sur le plan orthopédique, avec d'importantes limitations fonctionnelles de la hanche droite et plexopathie droite sévère, constituant un handicap important dans la vie de tous les jours. Le sujet d'une chirurgie réparatrice pourrait être rediscuté à distance des épisodes infectieux, soit pas avant début de l'année prochaine. Sur le plan neurologique, le pronostic est réservé — une très discrète amélioration sensitivomotrice est notée sur le plan proximal, mais aucun progrès sur le plan moteur en distal et ceci corrobore avec l'étude électrophysiologique, qui ne montre que de très discrets signes de réinnervation au niveau du plexus sacré. Concernant les complications sur le plan digestif, l'évolution est globalement favorable mais étant donné l'étendue des adhérences postopératoires, une nouvelle récurrence d'iléus mécanique sur brides, ainsi qu'un nouvel épisode de pancréatite biliaire sur migration lithiasique ne sont pas exclus. Concernant les complications infectieuses une ostéite chronique de l'hémibassin droit n'est pas exclue, raison pour laquelle une antibiothérapie de longue durée a été entreprise. Il est possible que divers séquestres osseux soient infectés mais leur excision chirurgicale paraît délicate, d'après les chirurgiens viscéraux.

Sur le plan social, le patient est marié et père de deux enfants mariés et autonomes. Il habite dans un appartement avec son épouse. Une demande de prestations à l'Al pour prise en charge de moyens auxiliaires est formulée lors de son séjour au centre hospitalier L._____. Suite à l'évaluation du domicile par les ergothérapeutes, il a été procédé à un aménagement de la demeure (pose d'une poignée contre le mur dans la salle de bain, les seuils de portes sont enlevés). Les moyens auxiliaires suivants ont été mis à

disposition du patient : une chaise roulante avec repose-pieds et accoudoirs, un lit médicalisé avec potence et frein central, une planche-baignoire, un matelas anti-escarre, une chaise adaptée pour le domicile, deux cannes anglaises et un coussin anti-escarre ROHO.

Sur le plan professionnel, ce patient d'origine italienne est formé sur le tas comme maçon en Italie et a toujours exercé la même activité depuis son installation en Suisse en 1968. Il n'a pas de CFC. Son dernier employeur est la société [...] à [...] où le patient travaille avec un contrat fixe depuis 8 ans. Il est en incapacité totale de travail depuis la date de l'accident. Nous prolongeons son incapacité de travail comme maçon, de façon définitive. Au vu des limitations fonctionnelles séquellaires, aucune réadaptation professionnelle n'apparaît réaliste. D'après nos sources d'information, M. P. _____ aurait envisagé de prendre sa retraite à la fin de l'année 2006, en l'absence d'accident.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MAÇON
- 100 % définitivement. [...]"

Du 31 juillet au 10 août 2007, l'assuré a à nouveau séjourné au service de chirurgie viscérale du centre hospitalier L. _____ en raison de douleurs abdominales. Dans leur rapport du 13 août 2007, les Drs Q. _____, premier chef de clinique, et T. _____, médecin-assistant, ont posé le diagnostic principal de "cholécystite aiguë, 2^e épisode". Ils exposaient avoir procédé à une cholécystéctomie en date du 7 août 2007, opération dont les suites étaient simples. Ils notaient enfin que l'assuré avait pu regagner son domicile en bon état général, afébrile, les plaies étant calmes.

Dans un rapport médical intermédiaire du 13 septembre 2007 destiné à la CNA, le Dr Y. _____, spécialiste FMH en chirurgie, a posé le diagnostic de status après grave traumatisme du bassin en novembre 2005, notant une évolution actuelle favorable. Il signalait également que les suites de la cholécystectomie subie le 7 août 2007 étaient également favorables. Enfin, ce praticien relevait notamment que l'assuré bénéficiait de soins à domicile, prodigués par un centre médico-social, qu'il serait suivi par le service d'orthopédie du centre hospitalier L. _____ et que la durée probable du traitement demeurerait indéterminée.

c) La CNA a mandaté son médecin d'arrondissement, le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, afin qu'il procède à une évaluation du taux de l'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré.

Le Dr X._____ a examiné ce dernier le 11 octobre 2007, puis a déposé, ce même jour, un rapport dans lequel il note ce qui suit :

"On se trouve, chez cet assuré, à bientôt 2 ans d'un grave écrasement du bassin s'étant soldé par une fracture comminutive aboutissant à une hémipelvectomie droite ainsi que par une plexopathie lombo-sacrée avec une paralysie prédominant au territoire du nerf sciatique. L'accident a également occasionné des lésions périnéales et abdominales complexes nécessitant des interventions itératives dont la dernière, une cholécystectomie, date d'environ 2 mois et s'est déroulée sans complications.

A l'examen de ce jour, l'assuré ne signale plus de troubles du transit ni de douleurs abdominal autres que des picotements sur les cicatrices. Il subsiste des douleurs, vraisemblablement neurogènes, du pied droit, siège d'une paralysie des releveurs nécessitant le port d'une orthèse anti-steppage. Il est tributaire d'une chaise roulante pour ses déplacements mais est capable de faire quelques pas avec deux cannes sur des courtes distances. L'orthèse anti-steppage comporte également une compensation d'environ 7 cm, pour l'important raccourcissement du MID consécutif à l'hémipelvectomie.

Dans l'état et hormis des mesures purement symptomatiques ainsi que le renouvellement des moyens auxiliaires (orthèse avec compensation), nous ne voyons pas de traitement susceptible de modifier de façon notable la situation actuelle.

On admettra un suivi médical espacé à long terme.

Hormis une activité purement occupationnelle, le cas échéant en atelier protégé, l'exigibilité est nulle.

ESTIMATION:

80%.

JUSTIFICATION:

Notre estimation est fondée sur les tables 2, 5 et 9 des barèmes d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité selon la LAA.

Pour l'hémipelvectomie, nous avons retenu par analogie le taux maximal attribué à une résection articulaire pour coxarthrose par la table 5, soit 40%. Nous ajoutons un taux de 30% pour la paralysie sciatique après atteinte plexulaire. Nous ajoutons encore 10%, après pondération, des lésions viscérales ayant notamment abouti à une résection intestinale.

Nous obtenons ainsi un taux net de 80%."

Par courrier du 29 janvier 2008 adressé à la CNA, le conseil de l'assuré s'est notamment déterminé de la manière suivante :

"[...] Par ailleurs, je suis particulièrement étonné de constater que votre médecin d'arrondissement entend limiter l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 80 %. Même si les compétences professionnelles me font naturellement défaut pour apprécier très précisément la situation, je me permets les remarques suivantes :

- Sachant que la moitié du bassin ainsi que le col du fémur ont dû être retirés, et que M. P. _____ n'a plus aucun muscle dans la fesse gauche, je doute fort que l'on puisse comparer cette situation avec celle d'une coxarthrose grave. Bien au contraire, on se trouve à l'évidence en pareil cas plus proche de la perte totale d'une jambe, qui correspond à une atteinte à l'intégrité de 50 %.
- Par ailleurs, limiter à 10 % l'ensemble des lésions viscérales est parfaitement inadmissible. Je rappelle ici que M. P. _____ souffre d'incontinence urinaire totale, et qu'il doit en permanence porter des poches. Selon la table 9, une incontinence urinaire représente à elle seule une atteinte à l'intégrité de 30 %.
- En conséquence, ce serait en théorie une indemnité de 110 % qu'il conviendrait d'allouer à mon client. Celui-ci réclame donc une indemnité totale de 100 %, soit Fr. 106800.-.

Afin d'éviter que le dossier doive partir au siège de Lucerne dans le cadre d'une opposition, je vous invite à soumettre le dossier médical à un autre médecin d'arrondissement, pour un deuxième avis. [...]"

La CNA a soumis cette détermination au Dr X. _____, qui y a répondu en ces termes le 6 février 2008 :

"Complément à mon estimation de l'atteinte à l'intégrité et à la demande du mandataire de l'assuré qui estime à 110% l'atteinte à l'intégrité qu'il convient d'allouer à son client et réclame une indemnité totale de 100%.

Notre estimation du 11.12.2007 détaille les éléments qui nous ont conduits à un taux d'atteinte net de 80%.

Nous rappellerons en préambule que les atteintes multiples imposent une pondération des atteintes qui ne permet pas d'aboutir à un taux de 110% tel qu'évalué par le mandant juridique de l'assuré. Nous sommes pour notre part parvenus à un taux de 80% après la pondération usuelle pour atteintes multiples.

Nous ajouterons qu'un taux de 100% correspond à celui octroyé dans le cas d'une tétraplégie. Force nous est d'admettre que malgré l'importance des séquelles présentées par cet assuré, elles

n'atteignent pas en gravité celles qui seraient observées dans une tétraplégie.

Nous ajouterons également que cet assuré est capable de se déplacer avec deux cannes pour de courtes distances, ce qui ne serait pas le cas s'il présentait une paraplégie complète indemnisée à 90% selon l'article 36.

Nous rappellerons également que dans les estimations pour atteintes multiples, les taux d'atteinte successifs se calculent sur la base de l'intégrité résiduelle après déduction de chaque taux. Cette méthodologie d'usage nous conduit à un taux net de 80%, dans le cas qui nous concerne.

Je ne suis dès lors pas en mesure de recommander à la Suva de revenir sur ce taux."

Le conseil de l'assuré s'est à nouveau déterminé par un courrier du 9 avril 2008 ainsi libellé :

"[...] Mon client ne saurait accepter le raisonnement du Dr X._____, tel qu'exposé dans son courrier du 6 février 2008. Tout d'abord, je relève que votre médecin d'arrondissement n'expose aucunement les critères utilisés pour procéder à une pondération des différentes atteintes subies par M. P._____. Il semble en effet incontestable que, purement et simplement additionnées, ces atteintes dépassent largement le taux de 100%.

Le Dr X._____ fait par ailleurs état d'un calcul fondé sur l'intégrité résiduelle après déduction de chaque taux. En vertu de son droit d'être entendu, il appartient à la Suva d'exposer en détail à mon client en quoi consiste cette méthode, et comment elle a été concrètement appliquée dans son cas.

Le Dr X._____ fonde également son opinion sur une comparaison avec le taux de 90 % fixé par l'OLAA pour les cas de paraplégie complète. Implicitement, il estime que l'état de santé de mon client est légèrement meilleur que celui d'un paraplégique, ce qui justifierait un taux de 10 % inférieur. Je ne saurais adhérer à cette façon de faire, qui perd de vue les lésions extrêmement graves subies par mon client et qui ne se retrouvent pas nécessairement chez un paraplégique. Je vous renvoie à cet égard au commentaire du Dr DD._____ (Informations médicales n° 77, p. 127) qui précise que les troubles neurogènes viscéraux (vessie et intestins), les lésions rachidiennes traumatiques, les douleurs neurogènes, la spasticité, etc. sont associés/accompagnent de manière quasi obligatoire les traumatismes médullaires, si bien qu'elles sont déjà incluses dans les pourcentages. Selon le Dr DD._____, ces lésions doivent par contre être prises en compte de manière supplémentaire si elles sont particulièrement graves.

En l'espèce, je vous rappelle que mon client souffre sur le plan sexuel d'une impotence complète, ce qui constitue en soi une atteinte de 40 % (table 22), une telle atteinte n'est certainement pas automatiquement associée à une paraplégie.

Par ailleurs, on ne saurait parler de simples troubles des intestins et autres viscères dans le cas de mon client, lequel a subi une cholécystectomie, une résection intestinale ainsi qu'une cystectomie avec prostatectomie. Je relève par ailleurs que le Dr X. _____ fait complètement abstraction de cette dernière lésion.

Dès lors, on ne saurait soutenir déceimment que les lésions subies par M. P. _____ sont moins graves qu'une paraplégie. Certes, mon client est capable d'effectuer quelques pas avec l'aide de deux cannes, mais ce léger mieux est très largement compensé par les lésions gravissimes précitées. A cela s'ajoutent encore l'hémipectomie droite, qui est relativement invalidante et douloureuse pour mon client en cas de position assise prolongée.

Pour toutes ces raisons, M. P. _____ contestera avec la dernière énergie toute décision retenant une atteinte à l'intégrité inférieure à 90 %. Ce taux me paraît en effet constituer un strict minimum, qui pourrait être encore acceptable à titre transactionnel. Si mon client est contraint à porter cette affaire devant les tribunaux, il réclamera une indemnité de 100 %. En effet, la méthode comparative utilisée par le Dr X. _____ a ses limites. Celui-ci ne doit pas oublier que l'ordonnance prévoit une atteinte de 100 % en cas de cécité totale. Je ne suis pas certain que la situation actuelle de mon client soit plus enviable que celle d'un aveugle ! [...]"

Enfin, dans un avis du 15 avril 2008, le Dr X. _____ a ajouté ce qui suit :

"En complément à ma précédente appréciation concernant l'estimation de l'IPAI de M. P. _____ et pour faire suite au courrier du 9 avril 2008 du mandataire juridique de l'assuré, je peux me prononcer comme suit.

Il n'est pas nécessaire d'être médecin pour comprendre que sur le plan locomoteur, une paraplégie constitue une atteinte plus importante que celle subie par notre assuré : la lésion médullaire interdit la station debout verticale et rend un paraplégique entièrement tributaire d'une chaise roulante pour ses déplacements, ce qui n'est clairement pas le cas de notre assuré. Sur le plan moteur, l'atteinte à l'intégrité de M P. _____ est donc clairement moins sévère que celle d'un paraplégique.

Le mandataire juridique avance l'existence d'autres lésions subies par M. P. _____ pour justifier l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité égale voire supérieure à celle qui serait attribuée à un paraplégique. Est notamment avancée l'existence de troubles sexuels et de lésions viscérales qui selon l'avocat rendraient l'état de Monsieur P. _____ plus grave que celui d'un paraplégique.

L'atteinte d'un paraplégique ne se limite malheureusement pas à la perte totale de l'usage des membres inférieurs : la lésion médullaire d'un paraplégique s'accompagne en effet notamment de troubles viscéraux sévères touchant tant la fonction sexuelle, que les fonctions uro-dynamiques et à terme la fonction rénale. La

paraplégie est également grevée de troubles chroniques du transit intestinal, sans oublier une spasticité spécifique et ceci sans prétendre être exhaustif.

En conclusion et sans vouloir minimiser la gravité des séquelles de l'accident survenu à M. P._____, je ne peux que maintenir que ces séquelles n'atteignent pas un degré de gravité tel que ce qui est observé dans une paraplégie. A fortiori, il m'est impossible, sur le plan médical, de suivre le raisonnement de Me Guyaz lorsqu'il se réserve la possibilité de réclamer pour son client une indemnisation pour atteinte à l'intégrité de 100%, qui est celle octroyée à une tétraplégie !"

d) Du 6 au 20 mars 2008, l'assuré a été une nouvelle fois hospitalisé au service de chirurgie viscérale du centre hospitalier L._____, pour y subir (le 7 mars 2008) une adhésiolyse ainsi qu'une cure d'éventration par filet de Mersilène intra-péritonéal, par laparotomie. Dans leur rapport du 2 mai 2008, les Drs Z._____, médecin associé, et K._____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal d'éventration sur laparotomie médiane, ainsi que ceux, secondaires, d'erysipèle péri-cicatriciel, d'ileus paralytique post-opératoire, d'infarctus inférieur le 26 novembre 2005 et de tabagisme actif.

e) Par décision du 24 avril 2008, la CNA, se fondant sur les conclusions du Dr X._____, a notamment alloué à P._____, entre autres prestations, une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) calculée sur la base d'une atteinte évaluée à 80%.

L'assuré a formé opposition contre cette décision le 22 mai 2008, concluant en particulier au versement d'une IPAI d'au moins 90% et renvoyant sur ce point à ses précédentes déterminations.

Le 21 août 2008, la CNA a adressé à l'assuré une décision sur opposition confirmant l'octroi d'une indemnité fondée sur une atteinte de 80 %.

B. Par acte du 15 septembre 2008, P._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances, prenant les conclusions suivantes, avec suite de frais et dépens :

- "I. Le chiffre 1 de la décision sur opposition du 21 août 2008 est réformée en ce sens où l'indemnité pour atteinte à l'intégrité allouée à P._____ est calculée sur la base d'un taux de 100%.

Subsidiairement :

- II. Le taux d'atteinte à l'intégrité subi par P._____ est réévalué sur la base d'une expertise médicale à mettre sur pied par le tribunal."

Dans sa réponse du 21 octobre 2008, la CNA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition entreprise.

Par réplique du 11 novembre 2008, le recourant a requis, au titre de mesure d'instruction, la mise en oeuvre d'une expertise visant à :

- "- établir le taux d'atteinte à l'intégrité que représente séparément chacune des lésions qu'il a subies suite à son accident du 21 novembre 2005 ;
- exposer quelles sont en principe les lésions internes, les lésions rachidiennes, les douleurs ou l'atteinte en fonction sexuelle qu'implique généralement une paraplégie et qui doivent donc être incluses dans le taux de 80 % prévu par l'annexe 3 à l'OLAA ;
- exposer quels sont exactement les troubles neurogènes viscéraux, les lésions rachidiennes traumatiques, les douleurs neurogènes ou la spasticité qui peuvent parfois survenir chez un paraplégique et dans quelles conditions ces troubles peuvent être considérés comme particulièrement justifiant ainsi un taux d'atteinte à l'intégrité supérieur à 80 % ;
- déterminer si certaines lésions subies par le recourant peuvent être considérées comme particulièrement graves, ou à tout le moins plus graves que celles qui affectent en principe une personne paraplégique."

Il a pour le surplus retiré la conclusion subsidiaire II de son recours.

La CNA s'est déterminée dans une écriture du 9 décembre 2008, relevant en substance que l'expertise requise par le recourant s'avérerait inutile, le tribunal disposant d'ores et déjà de tous les éléments pertinents pour apprécier l'état de santé de ce dernier et la question du taux d'atteinte à l'intégrité.

E n d r o i t :

1. La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let a LPA-VD).

Interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours et respectant, au jour de son dépôt, les formes prescrites par les art. 60 et 61 al. 1 let. b LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) ainsi que les art. 7 al. 1 et 8 LTAs (loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, en vigueur au moment du dépôt du recours, abrogée au 1^{er} janvier 2009), le recours est recevable sur le plan formel.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, consid. 3b).

Est seule litigieuse en l'espèce la question du taux de l'atteinte à l'intégrité subie par le recourant. N'est en revanche pas contesté le principe du droit du recourant à une indemnité résultant de cette atteinte.

3. a) Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]).

D'après l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital ; elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Faisant notamment usage d'une délégation de compétence prévue à l'art. 25 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 OLAA. Selon l'al. 2 de cette disposition réglementaire, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 OLAA. Cette annexe comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb ; 113 V 218 consid. 2a) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). 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). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage ; l'indemnité totale ne peut toutefois dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art 36 al. 3 OLAA). Les différents taux résultant de ces atteintes doivent être additionnés puis leur total est éventuellement pondéré, dans une appréciation d'ensemble, au regard des autres taux d'atteintes figurant dans les barèmes (RAMA 1998, U 296, p. 235 [spéc. p. 236]).

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.

Toutefois, dans la mesure 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 OLAA et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF, 4 février 2009, 8C_459/2008, consid. 2.1).

Le Tribunal fédéral des assurances a consacré le caractère objectif ou égalitaire de l'IPAI, qui doit être fixée exclusivement en fonction de la gravité et de la durabilité de l'atteinte et non pas en fonction de la manière dont elle est vécue par l'assuré (ATF 113 V 218 consid. 4). La gravité de l'atteinte s'apprécie selon les constatations médicales. Elle doit être la même pour tous les assurés présentant le même status médical, sur la base des mêmes constatations médicales objectives. Elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous et il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné ou des effets particuliers ressentis par un assuré donné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b et les réf.).

Il incombe au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (Gilg/Zollinger, Die Integritätsentschädigung nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 1984 p. 100 ss ; Frei, die Integritätsentschädigung nach art. 24 und 25 des Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Fribourg 1998, p. 68). Cette appréciation a lieu sur le plan médico-théorique et les facteurs subjectifs doivent être mis à l'écart. Les circonstances particulières (handicap dans les loisirs, âge, etc.) de l'assuré ne sont pas prises en considération dans la fixation de l'IPAI, ni la manière dont ce dernier ressent les douleurs.

b) De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

S'agissant de la valeur probante d'un avis médical émis par un médecin "interne" à la CNA, il est de jurisprudence que cette dernière n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais plutôt comme organe administratif chargé d'exécuter la loi ; c'est la raison pour laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 209 ; TFA, 5 septembre 2000, U 71/00, consid. 2b).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

c) En l'espèce, la CNA a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 80%, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr X._____.

Le recourant admet les constatations médicales objectives faites par ce praticien. Il conteste en revanche le bien-fondé de l'appréciation qu'il en tire. Celle-ci ne tiendrait d'une part pas compte de la gravité réelle des troubles dont il souffre, ni en particulier de la réalité de certaines lésions viscérales. D'autre part, elle serait incomplète, insuffisamment motivée et arbitraire.

d) Dans ses rapports et avis médicaux des 11 octobre 2007, 6 février et 15 avril 2008, le Dr X._____ a procédé à une analyse objective et exhaustive de l'état de santé du recourant, ce dont ce dernier ne disconvient d'ailleurs pas. Ces constatations médicales correspondent au demeurant à celles faites auparavant par les médecins de la clinique de réadaptation M._____ dans leur rapport final du 27 août 2007. Ainsi, l'analyse de ce praticien peut-elle, s'agissant de ces données médicales, être tenue pour probante.

Sur cette base, le Dr X._____ a procédé ensuite à une évaluation du taux d'atteinte à l'intégrité, qu'il a arrêté à 80%. Il explique à cet égard s'être référé aux tables d'évaluation n° 2 (atteinte à l'intégrité résultant de troubles fonctionnels des membres inférieurs), 5 (atteinte à l'intégrité résultant d'arthroses) et 9 (atteinte à l'intégrité en cas de lésions d'organes internes par accident ou maladie professionnelle, à l'exclusion des lésions pulmonaires) établies par la CNA. Il détaille le raisonnement, notamment par analogie, qui l'a conduit à additionner un taux de 40% pour l'hémipectomie, de 30% pour la paralysie sciatique après atteinte plexulaire (par analogie avec la résection articulaire pour coxarthrose) et de 10%, après pondération, pour les lésions viscérales ayant notamment abouti à une résection intestinale.

Le Dr X._____ a encore précisé son raisonnement, en réponse aux critiques émises par le recourant. Il a notamment exposé

avoir procédé, face à des atteintes multiples, à une pondération des divers taux tout en comparant le résultat global obtenu avec les autres atteintes figurant dans les barèmes. C'est ainsi qu'il a estimé que les séquelles présentées par le recourant, bien que graves, n'atteignaient pas celles relatives à une tétraplégie, correspondant à un taux de 100%, et qu'elles ne justifiaient pas non plus de retenir le taux afférent à la paraplégie (90%), le recourant étant notamment capable de se déplacer avec deux cannes sur de courtes distances (fait que ce dernier admet). Enfin, ce médecin a encore rappelé que l'atteinte d'un paraplégique ne se limitait pas à la perte totale de l'usage des membres inférieurs, mais qu'elle s'accompagnait notamment de troubles viscéraux sévères touchant tant la fonction sexuelle que les fonctions uro-dynamiques et, à terme, la fonction rénale. La paraplégie était en outre grevée, entre autres maux, de troubles chroniques du transit intestinal sans oublier une spasticité spécifique.

Le recourant propose de son côté une appréciation alternative d'une même situation clinique de base, articulant notamment d'autres taux de référence à retenir par analogie, lesquels correspondraient mieux, selon lui, à la réalité de son état de santé. Son appréciation n'est toutefois étayée par aucun avis médical. Or, il appartient précisément en premier lieu aux médecins d'établir l'existence et le taux d'atteinte(s) à l'intégrité (cf. consid. 3a ci-dessus in fine) et non pas aux parties, ni même au juge.

Certes, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux fins d'élucider ces faits. Force est toutefois de constater que l'appréciation faite par le Dr X._____ est tout à fait probante et suffisante pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse du taux d'atteinte à l'intégrité, et que cette nouvelle expertise ne se justifie dès lors pas (cf. consid. 3b ci-dessus in fine). Ce médecin a en effet examiné l'état de santé du recourant de manière exhaustive. Le raisonnement qu'il a mené apparaît cohérent et, contrairement à ce que soutient le recourant, suffisamment motivé : il explique quels taux il a pris en considération, eu égard à quelles tables d'évaluation, et au regard de quelles autres atteintes il a pondéré son

appréciation. Cette manière de procéder est conforme au droit en tant qu'il s'agit, comme le rappelle la jurisprudence, de poser une appréciation strictement objective, laquelle ne tient par définition pas compte des éléments subjectifs que constituent les souffrances qui ont indubitablement été et sont encore endurées avec un courage remarquable par le recourant. Au demeurant, le Dr X. _____ s'est déterminé sur les divers griefs soulevés par le recourant, en particulier quant aux atteintes dont il n'aurait pas tenu compte, expliquant de quelle manière il les avait intégrées dans son raisonnement, notamment au stade de la comparaison globale avec d'autres atteintes (dont les lésions médullaires). Son analyse ne recèle pas de contradictions internes. Enfin, le fait que ce praticien soit intervenu en qualité de médecin d'arrondissement de la CNA ne suffit pas non plus en soi à remettre en cause cette appréciation (cf. consid. 3b ci-dessus). Dans ces circonstances, et en l'absence d'autres éléments médicaux probants qui mettraient en doute son bien-fondé, il convient de s'en tenir à ce raisonnement qui apparaît convainquant et qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant qu'on lui accorde force probante.

En définitive, c'est à bon droit que la CNA a retenu un taux d'atteinte à l'intégrité de 80%.

4. La décision sur opposition du 21 août 2008 doit donc être confirmée et le recours rejeté.

Le présent arrêt peut être rendu sans frais conformément à l'art. 61 let. a LPGA, le recourant n'ayant ni agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté. Ce dernier n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 août 2008 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour P._____),
- Me Olivier Derivaz (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :