

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Ecublens, recourant, représenté par Me Patrick Mangold,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représenté par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 8 et 16 LPGA; 18 LAA

E n f a i t :

A. a) H. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1977, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien, a travaillé du 1^{er} juillet 2000 au 29 février 2004 pour le compte de l'atelier mécanique E. _____, en qualité de fraiseur CNC. A ce titre, il était assuré en cas d'accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA).

b) Le 13 septembre 2003, l'assuré s'est blessé aux vertèbres cervicales et dorsales ainsi qu'au poignet droit, à la suite d'un accident de la route survenu alors qu'il circulait, sous le coup d'une mesure de retrait du permis de conduire et en état d'ébriété (taux d'alcoolémie de 2.04 g/kg), sur le motorcycle de son père, à l'insu de ce dernier. Pris en charge tout d'abord à l'Hôpital de T. _____ puis au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier K. _____), l'intéressé a bénéficié, le 24 septembre 2003, d'une ostéosynthèse D3-D9 et d'une spondylodèse D5-D7 avec greffe osseuse. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 6 octobre 2004.

B. a) Cet événement a été annoncé à la CNA par déclaration d'accident LAA du 15 septembre 2003, complétée par l'employeur de l'assuré.

Par ordonnance pénale du 12 décembre 2003, l'Office du juge d'instruction du Valais central a condamné l'assuré à 40 jours d'emprisonnement avec sursis durant 2 ans et à une amende de 900 fr., pour circulation sans permis, vol d'usage et ivresse au guidon.

Par décision du 4 février 2004, la caisse a retenu que l'alcoolémie de l'intéressé était à l'origine de l'accident du 13 septembre 2003; partant, elle a prononcé la diminution des prestations en espèces de 50%, en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA - ce que l'assuré n'a pas contesté.

b) Dans un compte-rendu du 17 février 2004, le Dr Z._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier K._____, a diagnostiqué un status après entorse du poignet droit, un status après fracture facettaire droite de C6, et un status après fracture par compression rotation de D5 et D6 et impaction du plateau vertébral supérieur D7. Il a évoqué des risques de rachialgies chroniques post-traumatiques.

Par rapport du 15 mars 2004, le Dr N._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'accident du 13 septembre 2003 avait occasionné un traumatisme crânio-cérébral (TCC), une fracture facettaire droite de C6, une fracture par compression-rotation de D5 et de D6, une impaction du plateau vertébral de D7 et une entorse du poignet droit. Il a souligné qu'il n'y avait objectivement pas de troubles statiques importants, que la musculature para-vertébrale était souple et paraissait indolore à la palpation, que la mobilité rachidienne était assez limitée avec une raideur du segment dorsal, et que la mobilisation du rachis s'effectuait harmonieusement mais prudemment. En outre, il a constaté l'absence de signes de non-organicité évidents ou de franche auto-limitation. Cela étant, il a préconisé un séjour à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la Clinique P._____) en vue d'établir un bilan global incluant notamment une évaluation professionnelle.

Aux termes d'un rapport du 31 mars 2004, le Dr Z._____ a relevé que l'état de santé de l'assuré suivait une évolution favorable du point de vue orthopédique, avec une bonne consolidation des fractures vertébrales. Il a précisé que du point de vue rachidien, l'exercice d'une profession permettant d'alterner les positions assise et debout mais évitant le port de lourdes charges (de plus de 20 kg) était envisageable.

L'assuré a séjourné à la Clinique P._____ du 21 avril au 19 mai 2004. Dans un rapport de synthèse 9 juin 2004, les Drs Y._____, chef de clinique en réadaptation neurologique, et B._____, médecin-assistant, ont principalement signalé des thérapies physiques et

fonctionnelles. Ils ont ajouté qu'à la suite du poly-traumatisme subi le 13 septembre 2003, l'assuré présentait les diagnostics secondaires suivants : fracture facettaire droite de D6, fracture par compression-rotation de D5-D6 avec impaction du plateau vertébral de D7, ostéosynthèse de D3-D9 et spondylodèse D5-D7 avec greffe osseuse le 24 septembre 2003, et fracture du pyramidal du poignet droit. Cela étant, ces médecins ont estimé que *«l'ensemble des constatations ne permet[tait] pas de fixer une capacité de travail avec un rendement dans la profession du patient»*.

Dans un rapport du 28 juillet 2004, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie de la main et chirurgie orthopédique, a indiqué qu'en dépit des signes radiologiques de la fracture du poignet droit de l'assuré, la fonction de ce poignet était excellente. Il a dès lors considéré qu'il n'y avait pas lieu de proposer des mesures thérapeutiques spécifiques, et que *«[l]'incapacité de travail persistante n'[était] sans doute pas due à l'état du poignet droit»*.

Le 4 octobre 2004, le Dr Z._____ a indiqué que radiologiquement, la consolidation des vertèbres et de la greffe paravertébrale D5-D7 était acquise sans déplacement secondaire du matériel. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse réalisée le 6 octobre 2004, ce médecin a relevé, dans un compte-rendu du 21 décembre 2004, que la reprise du travail était possible à 50% depuis le 15 novembre 2004 et à 100% depuis le 15 janvier 2005, étant précisé que tout port de charge excédant 10 ou 15 kg devait être évité, de même que les positions statiques prolongées. Ce point de vue a été confirmé aux termes d'un rapport du 7 février 2005 rédigé par le Dr D._____, chef de clinique adjoint remplaçant à la Consultation d'orthopédie et de traumatologie du Centre hospitalier K._____.

Dans un rapport d'examen final du 25 février 2005, le Dr N._____ a exposé en substance que l'assuré présentait une cyphose dorsale un peu accentuée, qu'il n'y avait pas de troubles statiques majeurs, que la mobilité rachidienne était bien récupérée malgré une raideur du segment dorsal, que la mobilisation s'effectuait

harmonieusement et sans douleur, et qu'il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs; en outre, les radiographies effectuées montraient que les fractures étaient stables et que la statique rachidienne était bien restaurée. Le Dr N._____ en a déduit que le traitement de l'intéressé était terminé. Par ailleurs, il a estimé que l'assuré était «*sûrement*» à même de travailler à temps complet comme mécanicien de précision.

c) Par décision du 1^{er} mars 2005, la CNA a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, réduite de 50% en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA, eu égard à la décision du 4 février 2004 (cf. let. B.a supra). L'intéressé a formé opposition contre cette décision par acte du 13 avril 2005, rédigé par son mandataire.

d) L'assuré a été engagé le 5 avril 2005 en tant que mécanicien de précision auprès de l'entreprise W._____ SA, par le biais d'une agence de placement. Il a toutefois dû interrompre son activité dès le 9 mai suivant, en raison de troubles dorsaux ayant conduit à une incapacité de travail de 100%. Par déclaration d'accident LAA du 26 mai 2005, l'agence de placement en question a annoncé à la CNA une «*[r]echute de l'accident du 13.09.03*».

Dans un rapport du 6 juin 2005 adressé au médecin conseil de la CNA, les Drs C._____ et L._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier K._____, ont relevé que le bilan radiologique n'indiquait pas de péjoration des fractures vertébrales, qui étaient consolidées. Ils ont ajouté que l'assuré présentait de fortes dorso-lombalgies dans son travail actuel, et qu'ils avaient évoqué avec ce dernier une éventuelle réinsertion professionnelle.

Par rapport du 13 juin 2005, le Dr J._____, médecin généraliste, a informé la CNA que l'assuré présentait «*depuis quelques jours*» une rechute douloureuse de lombo-dorsalgies dues à l'accident du 13 septembre 2003. A cet égard, il a évoqué une raideur du rachis, une

scoliose antalgique à convexité dorsale gauche et une douleur à la palpation de la région lombaire et dorsale. Il a mentionné qu'une reprise du travail à 100% était possible depuis le 16 mai 2005.

Dans un constat du 14 juin 2005, le Dr C._____ a exposé qu'une reprise du travail à 50% était possible depuis le 13 juin 2005, mais que l'on ne pouvait exclure des dommages permanents sous forme de lombo-dorso-lombalgies suite à des efforts.

Par courrier du 15 juin 2005, l'assuré a invité la CNA à se prononcer sur son droit à une rente d'invalidité.

Lors d'un entretien avec un inspecteur de la CNA le 17 juin 2005, l'intéressé a exposé les circonstances de l'incident du 9 mai 2005, à savoir qu'il s'était bloqué le bas du dos en portant une pièce de 3 ou 4 kg légèrement penché en avant, les bras tendus. En outre, il a déclaré maintenir son opposition du 13 avril 2005.

Dans un rapport du 29 juin 2005, la Dresse F._____, médecin d'arrondissement remplaçant de la CNA, a considéré qu'il n'existait pas de lien de causalité entre l'accident du 13 septembre 2003 et l'incapacité de travail à 100% survenue en mai 2005; à cet égard, elle a en particulier souligné que l'assuré avait mentionné s'être bloqué le bas du dos, alors que l'événement du 13 septembre 2003 concernait la région dorsale. Par ailleurs, elle a précisé qu'un traitement intensif à l'Hôpital [...] était prévu.

Par écrit du 21 juillet 2005 adressé à la Dresse Q._____, de l'Hôpital orthopédique, le Dr N._____ a observé une certaine aggravation de la situation de l'assuré - lequel se plaignait de dorso-lombalgies un peu diffuses - depuis son précédent rapport du 25 février 2005, évoquant l'apparition de contractures musculaires et d'une mobilité rachidienne limitée, alors que l'intéressé donnait l'impression de fournir toute la mesure de ses possibilités.

Dans un compte-rendu du 3 août 2005, la Dresse Q. _____ a souligné l'existence de limitations fonctionnelles et de dysbalances musculaires évidentes.

Le 16 août 2005, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge le traitement médical consécutif à la rechute de l'accident du 13 septembre 2003, ainsi que le versement d'indemnités journalières - ces prestations étant réduites de 50% conformément à la décision du 4 février 2004 (cf. let. B.a supra). La caisse a par ailleurs relevé que l'opposition à la décision du 1^{er} mars 2005 ne serait traitée qu'après la stabilisation de l'état actuel de l'intéressé.

Du 29 août au 16 septembre 2005, l'intéressé a bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire à l'Unité du rachis de l'Hôpital orthopédique. Dans une «*lettre de sortie centre de jour*» du 3 octobre 2005, la Dresse Q. _____ a signalé une diminution des douleurs lombaires, tout en indiquant une augmentation de l'intensité des dorsalgies. En outre, elle a considéré que le port de charges et les mouvements répétitifs limitaient de façon évidente la capacité de travail de l'assuré, lequel pouvait toutefois travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le travail en zone basse, avec obligation de porter occasionnellement des charges minimales. A teneur d'un rapport du 27 octobre 2005, cette praticienne a confirmé que l'intéressé était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charges, avec possibilité de changer fréquemment de posture.

Aux termes d'un rapport d'examen médical du 9 décembre 2005, le Dr N. _____ a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré depuis son précédent examen du 21 juillet 2005, et que la situation n'appelait pas la mise en œuvre de nouvelles démarches du point de vue thérapeutique.

C. a) Dans l'intervalle, soit le 17 août 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en raison de

fractures et de lésions de la colonne vertébrale ainsi que de lésions du poignet droit.

b) Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr Z._____ a considéré, dans un rapport du 4 octobre 2004, que les suites de l'accident du 13 septembre 2003 se répercutaient sur la capacité de travail de l'assuré. Constatant que ce dernier présentait des limitations fonctionnelles sous forme *«douleurs dorso-lombaires suite à un port de charges dépassant 10kg, position en inclinaison du tronc prolongé»*, ce médecin a relevé que l'activité habituelle de l'intéressé était théoriquement exigible à 100%, *«sous réserve d'une adaptation aux ports de charges et à la position [sic]»*, à défaut de quoi le rendement serait diminué. Cela étant, le Dr Z._____ a considéré que l'intéressé pouvait travailler à 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg, évitant les porte-à-faux et les positions vicieuses du rachis, et permettant d'alterner les positions assise et debout.

Par rapport du 14 octobre 2005, le spécialiste précité a confirmé que le port de charge et les mouvements répétitifs limitaient la capacité de travail de l'intéressé, lequel demeurerait toutefois en mesure d'exercer à 100% un poste adapté évitant le travail en zone basse et comprenant un port de charge minime.

D. **a)** Par écrit du 21 décembre 2005, la CNA a informé l'assuré de la mise en œuvre d'un stage auprès de l'entreprise W._____ SA, tout en précisant ce stage avait pour but la réintégration progressive de l'intéressé dans un processus de travail, si bien que l'effet thérapeutique de l'occupation devait dans un premier temps primer sur le rendement.

L'assuré a débuté son stage le 3 janvier 2006, en qualité de monteur d'instruments de mesure de haute précision. Dans le cadre de cette activité, exercée tout d'abord à 100%, puis à 50% - avec un rendement de 90% - dès le 12 janvier 2006, l'intéressé a bénéficié d'un aménagement de sa place de travail (établi rehaussé) et a donné entière

satisfaction. Le 7 février 2006, il s'est vu proposé un poste temporaire auprès de W. _____ SA. Le 9 février suivant, il a toutefois interrompu son stage tout en déclinant l'offre d'emploi qui lui était faite, motif pris que son médecin lui avait défendu d'exercer une activité lucrative (cf. rapport d'entretien de la CNA du 24 janvier 2006 et notes téléphoniques de la CNA des 7 et 9 février 2006).

Cela étant, par prononcé du 10 février 2006, la caisse a suspendu avec effet immédiat l'octroi de toutes prestations d'assurance.

Après s'être entretenue avec deux collaborateurs de l'entreprise W. _____ SA, la CNA a rédigé un rapport d'entretien du 17 février 2006 (ultérieurement contresigné par l'entreprise susmentionnée), dont il ressortait qu'invité par cette société à justifier sa défection, l'assuré avait fait valoir *«qu'il ne voulait pas faire cela toute sa vie, qu'il s'agissait d'une place temporaire et non pas stable et qu'il préférait voir avec l'AI pour une reconversion professionnelle, comme dessinateur sur machines par exemple. Il n'a[vait] absolument pas mis en cause son état de santé ou une éventuelle pénibilité du travail»*.

Par courrier du 23 février 2006 adressé à l'atelier mécanique E. _____ et se référant à un entretien téléphonique du même jour, la CNA a indiqué prendre note de ce que la rémunération de l'assuré, s'il avait poursuivi son activité au sein de cette entreprise, aurait été de 5'182 fr. 40 x 13 pour les années 2004, 2005 et 2006.

Dans un constat du 24 février 2006, le Dr N. _____ a retenu que l'assuré avait occupé un poste médicalement exigible à 100% auprès l'entreprise W. _____ SA, et qu'il avait quitté ce travail pour des motifs non orthopédiques, voire non médicaux.

Par correspondance du 28 février 2006 adressée au nouveau conseil de l'assuré, la CNA a prononcé la levée de la suspension des prestations d'assurances. En outre, se fondant sur un gain annuel sans accident de 67'371 fr. 20 (5'182 fr. 40 x 13) et sur un revenu avec atteinte

à la santé de 48'682 fr. (correspondant au salaire annuel présumé auprès de l'entreprise W. _____ SA [26 fr./heure x 40 h x 52 semaines], moins une diminution de rendement de 10%), la caisse a fixé le taux d'incapacité de travail de l'intéressé à 28%, avec effet au 20 février 2006.

b) Dans un rapport intermédiaire du 13 mars 2006, la Division administrative de l'OAI a notamment considéré qu'il y avait lieu de mettre en œuvre un stage d'observation et d'évaluation au Centre de formation professionnelle de [...] (ci-après : le centre ORIPH), Unité d'évaluation et d'orientation professionnelle (UEOP). L'intéressé a débuté le stage en question en date du 20 mars 2006, pour une durée de 3 mois; il a perçu des indemnités journalières de l'AI durant la période en cause.

Le 6 juin 2006, la CNA a annulé sa décision du 1^{er} mars 2005, précisant qu'il serait statué sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'issue de la réadaptation professionnelle instituée par l'AI. En outre, la caisse a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% - et non de 28% - entre le 20 février et le 19 mars 2006.

Dans un rapport établi le 20 juin 2006, le directeur du centre ORIPH a expliqué que le stage d'observation professionnelle de l'assuré avait été prématurément interrompu le 12 juin 2006. A cet égard, il a exposé que l'intéressé avait considéré que toutes les activités proposées en atelier (mécanique [CNC], gestion en logistique-magasinier, dessin machine-constructeur, informatique, chimie) comme en entreprise (opérateur sur machine automatisée) étaient incompatibles avec son état de santé, se plaignant en particulier de douleurs lombaires et cervicales.

Sur la base d'informations fournies par le directeur de production de W. _____ SA, l'OAI a rédigé une note d'entretien le 11 juillet 2006, dont il ressortait notamment que l'assuré avait quitté cette société au motif que le poste proposé (monteur) ne correspondait pas à son niveau de compétence; il apparaissait par ailleurs qu'au sein de cette entreprise, l'intéressé aurait réalisé un salaire initial de 26 fr./h, puis de 30

fr./h après un temps d'adaptation, et enfin de 32 fr. ou 33 fr./h avec des responsabilités de chef d'équipe.

E. **a)** Sur mandat de la CNA, l'assuré a fait l'objet d'une expertise médicale réalisée le 11 janvier 2007 par le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie et en orthopédie. Dans un rapport du 23 février 2007, ce dernier a notamment fait état de ce qui suit :

"Status

[...]

En raison de l'absence de soudure osseuse des corps vertébraux D5, D6 et D7, que les greffes iliaques complémentaires de l'opération du 24.09.2003 n'ont pas réussi à générer, j'ai recherché "le Schober" D3-D9, qui atteignait 2 à 3 mm [...] ; mais entre D5 et D7, je n'ai pas réussi à trouver le moindre écart, en répétant l'épreuve, pour ne pas tester que la zone des fractures de ces 3 vertèbres superposées... ; ce qui veut dire qu'en lieu et place du pontage osseux espéré, qui devait ne faire qu'un bloc de ces trois vertèbres et assurer durablement l'indolence de ce segment rachidien, on n'a obtenu qu'une rigidité d'amar[r]age réciproque des 3 vertèbres en cause, par contracture de leurs articulations intermédiaires comme des tissus cicatriciels environnants.

[...]

Discussion

[...]

[...] les médecins responsables [du traitement de l'assuré] ont très rapidement cru que la partie était gagnée ; et, tant pour sa rééducation complémentaire obligatoire, que pour les multiples tentatives qui ont été faites de lui retrouver un travail adéquat [...], ils ont constamment flirté avec un certain excès d'optimisme, se traduisant par la conviction que les processus de guérison étaient suffisamment avancés pour que toute activité physique serve simultanément au réentraînement musculaire du blessé... ; et c'est ainsi qu'avec de légers excès dans la durée initiale d'activités professionnelles à peu près adéquates qu'on a abouti à la réduction de moitié de multiples horaires de travail, proposés à l'essai.

Ailleurs, c'est ainsi qu'en milieu officiellement averti de ces dangers, on a également complété une rééducation calculée très exactement à la mesure de l'intéressé, par des exercices d'endurance et des tests de performance au levage de poids.

[...]

En l'absence de ces incidences délétères, nul ne peut cependant prétendre que M. H._____ aurait pleinement développé

l'ossification réparatrice du sommet de sa cyphose dorsale, au point que ce segment rachidien devenu monolithique le mette à l'abri de ses dorsalgies d'effort, qui perturbent toutes ses tentatives de réadaptation professionnelle. Mais il est pratiquement certain que les troubles résiduels, auxquels nous sommes confrontés, seraient moins accusés et que sa recherche d'un travail rigoureusement adapté en serait largement simplifiée.

[...]

En ce qui concerne l'atteinte à l'intégrité corporelle, dont le taux est apparu, récemment, comme sous-évalué, il convient de remettre cette évaluation dans le contexte qui est le sien, c'est-à-dire une époque où les médecins de M. H. _____ le considéraient comme guéri, fractures consolidées, bloc osseux [D]5-[D]7 réalisé, stabilité complète des lésions et pas d'extension d'une pathologie quelconque, ce qu'on n'a pas atteint jusqu'ici. Ce n'est donc pas le taux de 10% qui a été mal évalué, mais l'apparente guérison du malade ; et, si on lui avait trouvé un métier idéal, répondant à toutes les exigences d'un travail adapté à la situation du moment, le chiffre énoncé de son atteinte à l'intégrité pourrait être parfaitement défendable.

Par contre, avec tout ce que nous venons de voir, c-à-d. une absence de fusion osseuse D5-D7, une dégénérescence discale D5-D6 et D6-D7, ainsi que de sérieuses contractures articulaires d'origine cicatricielle et des troubles de surcharge s'étendant vers le haut, jusqu'à la charnière cervico-dorsale, et vers le bas, jusqu'au relais dorso-lombaire, je considère que l'atteinte à l'intégrité est probablement 2 à 3 fois supérieure, quitte à redescendre éventuellement un peu, au bout de 18 à 24 mois, si les troubles actuels ont pu être minimisés.

Avec un métier rigoureusement adapté, aujourd'hui comme hier, M. H. _____ pourrait avoir une capacité de travail entière; mais tant qu'on n'a pas trouvé la solution miracle d'une adéquation parfaite de ses occupations professionnelles avec les handicaps résiduels dont il souffre, cette capacité garde une connotation purement théorique [...].

[...]

2. -- Diagnostic :

-- Séquelles de fractures comminutives des corps vertébraux D5, D6 et D7, cisailées en oblique, avec escalier diagonal et légère torsion, incomplètement réduites par ostéosynthèse de détraction longitudinale D3 - D9 (maintenue un an), mais pas complètement consolidées au retrait de ce matériel et très vite réangulées de 20°, en dépit d'un semis d'autogreffes iliaques qui n'a pas abouti à la constitution prévue de 2 tuteurs osseux latéraux, qu'elles auraient dû faire naître, ainsi qu'avec le concours d'une rééducation musculaire surdosée.

-- Dégénérescence et quasi-élimination des disques intervertébraux, entre D5, D6 et D7 + atteintes discopathiques des espaces intersomatiques sus- et sous-jacents, jusqu'à D3, respectivement D9.

-- Status d'apparente consolidation de plusieurs petites fractures complémentaires d'apophyses de ces vertèbres et de leurs voisines.

-- Absence de toute atteinte médullaire symptomatique et absence de toute lésion viscérale, thoracique ou abdominale.

-- Absence, également, tout signe accréditant le postulat d'un traumatisme cranio-cérébral, quand la dysmnésie du blessé sur les circonstances exactes de son accident relevait de son taux d'alcoolémie et que ses réponses étaient, par ailleurs, parfaitement claires sur tout autre sujet.

-- Fracture du pyramidal du poignet droit, longtemps méconnue, traitée comme une distorsion du poignet et consolidée spontanément, sans trouble résiduel.
[...]

4.-- Capacité de travail exigible.

Au terme de la présente expertise, on ne peut malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. H._____, en raison de l'évanouissement de tous les a priori concernant la guérison de ses fractures, respectivement celle des autres lésions traumatiques qu'il s'est faites le 13.09.03. et qui n'ont pas non plus disparu. Pour y parvenir, il faut d'abord que ces lésions soient toutes "stabilisées", c-à-d. sans évolution ni reprise potentielle, sous l'influence de facteurs mineurs, ce qui veut dire qu'on ne peut rien gagner à être pressé, respectivement qu'il faut avoir atteint le stade d'une bonne accoutumance aux dysesthésies qui persisteront, mais qui ne sont pas des signes prémonitoires de surcharge, et celui de la tolérance aux exigences posturales du travail exécuté durant la période d'activité quotidienne envisagée.

Ensuite, il faut qu'on ait dépassé le stade des hésitations, dans le choix du travail considéré suffisamment adéquat et auquel le malade ait donné son plein accord.

Pour le choix de nouvelles occupations professionnelles de Monsieur H._____, des voix se sont élevées, qui voudraient savoir dans quelle mesure les tentatives de l'ORIPH de le remettre au travail avaient un[e] adéquation correcte, par rapport aux servitudes physiques post-traumatiques qui sont les siennes. Et, là, [...] le blessé a toujours été jusqu'au bout de la tâche du jour qu'on lui avait donnée et que, par conséquent, il a démontré par là que le secteur d'activité dans lequel on l'avait immergé n'était pas incompatible avec son état physique. Simplement, les tâches à accomplir ont été définies avec des marges suffisantes, pour que la tentative de réinsertion n'apparaisse pas d'emblées comme une voie conduisant à l'échec, sans que cela ne soit le moins du monde démontré.

D'autre part, en matière de réorientation professionnelle, la pratique a démontré [...] que plus le nouveau travail est proche de l'ancien, plus le transfert peut facilement se faire, si bien que laisser M. H._____ dans un domaine proche de la mécanique qu'il a pratiquée ne peut que lui simplifier les choses en le laissant "jouer sur le même clavier" [...].

Quoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. H. _____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est c'est en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu'on fait et tout ce qu'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir.

Une fois encore, notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se sera choisie [...]."

Par écrit du 22 mars 2007, l'assuré a déduit de l'avis du Dr M. _____ que les médecins précédemment consultés avaient retenu à tort que son état de santé était stabilisé, et que les mesures de rééducation entreprises par le passé avaient eu des conséquences négatives sur l'évolution de sa situation médicale. Il en a conclu que son dossier devait être intégralement réexaminé.

b) Le 10 décembre 2007, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. L'assuré a communiqué ses objections le 22 janvier 2008.

c) Sur mandat de la CNA, le Dr V. _____, médecin adjoint auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier K. _____, a fait part de ses déterminations dans un rapport du 18 mars 2008. Il a diagnostiqué des douleurs séquellaires dorsales sur status post-fracture D5-D6 instable (type C), un status post-ostéosynthèse D3-D9 avec spondylodèse D5-D6, et un status post-ablation du matériel d'ostéosynthèse une année plus tard. Il a considéré que l'on ne pouvait parler d'instabilité et d'ablation hâtive du matériel d'ostéosynthèse chez l'intéressé, dont la cyphose totale s'était toutefois légèrement aggravée, suite à une perte de hauteur discale. Il a ajouté qu'un CT-scan effectué en été 2007 ne montrait pas de signes de pseudoarthrose. Considérant que la chronicité des douleurs séquellaires de l'assuré laissait soupçonner d'éventuels éléments comportementaux, ce médecin a préconisé un nouveau séjour à la Clinique P. _____, afin de mieux observer et mesurer les limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Par courrier du 18 mars 2008 adressé au Dr N._____, l'assuré a conclu au versement d'indemnités journalières non réduites et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, tout en se prévalant des conclusions de l'expert M._____. Prenant position le 23 avril suivant, le Dr N._____ a retenu qu'au vu des critiques - du reste infondées - émises par l'assuré, un séjour à la Clinique P._____ apparaissait désormais contre-indiqué. Ce médecin a par ailleurs qualifié de polémique le ton de l'expertise du Dr M._____, laquelle ne contenait aucune précision quant à l'exigibilité, aux limitations fonctionnelles, et au taux de l'atteinte à l'intégrité de l'intéressé.

Le dossier médical de l'assuré ayant été transmis pour avis au Dr G._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique de la division médicale de la CNA à Lucerne, ce dernier a exposé, par avis du 19 août 2008, que des incertitudes demeuraient quant aux diagnostics à retenir, aux conséquences cliniques d'une éventuelle pseudoarthrose et au traitement qu'une telle atteinte pourrait nécessiter. Il a dès lors considéré qu'il convenait de soumettre le cas au Dr R._____, médecin-chef du Service de chirurgie du rachis à l'Hôpital X._____ à Berne.

Par rapport du 12 janvier 2009 (rédigé en allemand, mais ayant ultérieurement fait l'objet d'une traduction française) établi sur la base d'un examen clinique du 1^{er} décembre 2008, les Drs O._____ et U._____, respectivement médecin assistant et directeur suppléant du Service de chirurgie de la colonne vertébrale de l'Hôpital X._____, ont diagnostiqué des douleurs chroniques du milieu de la colonne vertébrale thoracique 63 mois après l'accident de l'assuré, avec présence d'une fracture de compression/torsion de D5 et D6 et un enfoncement du plateau de D7. Ils ont relevé que les fractures en D6 et D7 étaient consolidées, situation que traduisait notamment un scanner rachidien réalisé le 18 juin 2007. En outre, ils ont considéré que l'intéressé ne présentait pas de pseudoarthrose au niveau de la colonne fracturée ou de la spondylodèse.

Dans un courrier du 31 mars 2009, l'assuré a relevé que l'analyse lacunaire et peu motivée des Drs O._____ et U._____ divergeait des conclusions du Dr M._____, de sorte qu'il y avait lieu de compléter l'instruction de la cause en requérant l'avis Dr G._____, respectivement en demandant un complément d'expertise aux médecins de l'Hôpital X._____. Parallèlement, l'intéressé a invité la CNA à procéder au calcul de son indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Par avis du 16 avril 2009, le Dr G._____ s'est déterminé comme suit sur le cas de l'assuré :

"[...] Si l'on tente de tirer un synthèse de [l'expertise du 12 janvier 2009], on peut en retenir que l'examen radio-clinique est réconfortant et qu'il ne permet guère de motiver les plaintes qui ressortent de l'anamnèse recueillie auprès de M. H._____ dont le caractère invalidant est important. Autrement dit, les déficiences constatées, soit le status post-fracture et ostéosynthèse du rachis ne permettent pas d'expliquer les incapacités décrites par M. H._____ comme l'impossibilité à adopter des positions statiques assise ou debout de façon prolongée, ou l'apparition de dorsalgies lors de la pratique de gestes répétitifs, voire la limitation majeure du port de charges.

[suit une étude de la littérature médicale topique]

Capacité de travail exigible chez M. H._____

[...]

Chez M. H._____, les déficiences présentes s'expriment sous forme d'un état post-fracture D5 à D7 et spondylodèse de la colonne médio-thoracique. On peut concevoir comme séquelles de cette fracture et de l'intervention chirurgicale des douleurs résiduelles et une certaine fatigabilité du rachis. On l'a vu dans la discussion générale : une reprise du travail dans le contexte post-traumatique présenté par M. H._____, et ce même dans une activité physique astreignante, est sans autre envisageable, à condition que l'on ait pu écarter toute cause mécanique et traitable d'une dorsalgie résiduelle, à savoir une instabilité ou une pseudarthrose. Tel a été le cas en l'occurrence chez M. H._____.

Prenant en compte les incapacités qu'il a décrites et qu'on peut en partie rattacher aux déficiences observées et à mettre sur le compte de la spondylodèse, il est licite d'estimer que M. H._____ est en mesure d'exercer une activité physiquement peu astreignante permettant l'alternance des positions du corps, ne requérant que des ports de charges légères (jusqu'à 10 kg), et dans la mesure du possible, que de façon occasionnelle, et évitant la position penchée en avant en station debout, ceci pouvant générer à la longue

sensation de fatigue du dos et douleurs musculaires. Si l'alternance des positions du corps, garante d'une indolence relative, est possible, il n'est pas nécessaire d'inclure des pauses régulières dans le cycle du travail.

Atteinte à l'intégrité

Il convient dès lors de chiffrer encore l'atteinte à l'intégrité :

[...]

Suite à une fracture de localisation cervicale, dorsale ou lombaire, un taux d'atteinte à l'intégrité de 15 à 20 % est prévu si la cyphose résultant de la fracture excède 21°. En cas de douleurs permanentes, même au repos et accentuées par les efforts, contexte que l'on peut admettre présent chez M. H. _____, la fourchette se situe entre 15 et 20 %. Prenant en compte la limitation fonctionnelle de peu d'importance, vu la localisation de spondylodèse au niveau thoracique, il apparaît licite de retenir le taux inférieur de 15 %.

En conclusion il n'y a pas nécessité chez M. H. _____ de réaliser une intervention supplémentaire au niveau du rachis dorsal, puisque l'hypothèse de la présence d'une éventuelle instabilité résiduelle ou d'une pseudarthrose que j'avais évoquée a pu être écartée par les experts de la consultation du rachis de l'Hôpital X. _____ à Berne. Les douleurs éprouvées par le patient ont un fondement organique, ceci est indiscutable. Cependant, l'impact qu'elles génèrent sur la capacité de travail doit être relativisé, au vu des renseignements qui ressortent de l'étude de la littérature médicale traitant du sujet. Une activité légère, exercée en position alternée du corps, ne requérant ni position en porte-à-faux, ni ports de charges lourdes, est exigible sur l'arc de toute la journée.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant des fractures thoraciques et de la spondylodèse se chiffre à 15%. Elle prend en compte la cyphose résiduelle, la limitation fonctionnelle légère à modérée et les douleurs accentuées aux efforts."

d) En date du 13 août 2009, la CNA a informé l'assuré que l'appréciation médicale avait révélé qu'il n'avait plus besoin de traitement, et qu'elle allait dès lors mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 septembre 2009.

Par décision du 2 septembre 2009, la caisse a alloué à l'intéressé une rente fondée sur un degré d'invalidité de 18% avec effet au 1^{er} octobre 2009, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% - prestations toutes deux réduites de moitié en vertu de l'art. 37 al. 3 LAA. S'agissant plus particulièrement du calcul de la diminution de la capacité de gain, la CNA a souligné que l'assuré était à même d'exercer une

activité légère dans différents secteurs de l'industrie à condition de pouvoir travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un salaire annuel d'environ 59'000 fr (selon cinq descriptions de postes de travail [DPT] dans des activités telles que caissier, collaborateur de production et polymécanicien). Comparé au gain de 72'000 fr. réalisable sans l'accident, il résultait une perte de l'ordre de 18%.

L'intéressé a fait opposition à cette décision par acte du 5 octobre 2009, contestant pour l'essentiel le taux d'occupation dans une activité adaptée, le revenu d'invalidité et le degré d'atteinte à l'intégrité fixés par la CNA. Par écritures complémentaires du 18 novembre suivant, l'assuré a critiqué les DPT retenues par la caisse pour établir le revenu avec invalidité, motif pris que ces dernières n'étaient pas compatibles avec ses limitations fonctionnelles et que, partant, le revenu d'invalidité, le préjudice économique et le taux d'invalidité avancés par la CNA étaient erronés.

e) Entre-temps, soit le 13 octobre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité et de reclassement professionnel, compte tenu d'un taux d'invalidité de 8%.

L'assuré a contesté ce projet par écrit du 18 novembre 2009.

F. Par décision sur opposition du 11 décembre 2009, la CNA a partiellement admis l'opposition du 5 octobre 2009 en ce sens que le taux de la rente devait être fixé à 23% au lieu de 18%. En particulier, la caisse a considéré que le revenu avec invalidité ne devait pas être calculé à l'aune des DPT précédemment retenues, mais en fonction des données statistiques fondées sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Sur la base de ces dernières, compte tenu d'un salaire mensuel de 4'806 fr. (part au 13^e salaire comprise), d'un horaire hebdomadaire de travail de 41,6 heures durant l'année de référence, d'une indexation à l'évolution des salaires nominaux de 2.2% de 2008 à 2009, et d'une

déduction de 10% au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, la caisse a retenu un revenu exigible de 55'160 fr., lequel, comparé avec le revenu sans accident de 72'000 fr., mettait en évidence un préjudice économique de 23%. Pour le surplus, la CNA a considéré que son prononcé du 2 septembre 2009 échappait à la critique, et qu'il n'avait pas lieu de procéder à un complément d'instruction.

G. Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assuré a recouru le 26 janvier 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité fixée à dire de justice mais en tous les cas supérieure à 23%, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction dans le sens des considérants. S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail, l'intéressé estime qu'une expertise médicale complémentaire s'impose. A cet égard, il fait valoir que l'appréciation du Dr G._____ n'est pas déterminante puisque ce dernier ne l'a pas personnellement ausculté, que le Dr M._____ a considéré qu'il était prématuré de discuter l'exigibilité d'une activité lucrative dès lors que la situation médicale n'était pas stabilisée, et que le Dr V._____ a quant à lui préconisé un nouveau stage d'observation à la Clinique P._____; il relève en outre que le directeur du centre ORPIH a observé un rendement ne se situant qu'entre 15% et 25%. Par ailleurs, se prévalant de sa longue absence du circuit économique ainsi que d'un taux partiel d'occupation, le recourant soutient que la caisse intimée aurait dû procéder à une déduction de 20% et non de 10% sur le revenu d'invalidité. Enfin, l'intéressé produit diverses pièces à l'appui de ses allégués.

Par réponse du 10 juin 2010 rédigée par son conseil, la CNA a conclu au rejet du recours. En substance, la caisse considère qu'il y a lieu de suivre l'appréciation du Dr G._____ reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela étant, elle estime que le dossier de la cause est suffisamment complet pour qu'il ne soit pas nécessaire de procéder à de nouvelles mesures d'instruction sur le plan médical. Par ailleurs, l'intimée retient que l'abattement de 10%

opéré sur le revenu d'invalidité s'avère justifié au vu de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce.

Le dossier AI a été versé dans le dossier AA.

H. Dans l'intervalle, soit le 12 mars 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations AI identique à son projet du 13 octobre 2009.

Par arrêt du 11 mai 2011, la Cour de céans a rejeté le recours introduit le 15 avril 2010 par l'assuré à l'encontre cette décision (AI 143/10 - 407/2011).

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA) – auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les

formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

2. a) 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 (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c ; 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité du recourant, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de celui-ci dans une activité adaptée, ainsi que sur l'abattement de 10% opéré par la CNA sur le revenu d'invalidité.

En revanche, l'intéressé ne conteste pas le degré de l'atteinte à l'intégrité fixé à 15% par l'autorité intimée.

3. a) Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 20 al. 1 LAA, la rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (cf. art. 15 LAA), en cas d'invalidité totale; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence.

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_1051/2008 du 6 février 2009, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

4. Se fondant sur l'avis du Dr G._____, la décision querellée retient que l'assuré dispose d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant, de son côté, conteste être en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée.

a) Afin de pouvoir trancher la question de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, il convient d'examiner les divers avis médicaux prenant position sur cette problématique.

Dans son rapport du 4 octobre 2004, le Dr Z._____ a indiqué que l'assuré pourrait travailler à 100% dans toute activité ne nécessitant pas le port de charges de plus de 10 kg, évitant les porte-à-faux et les positions vicieuses du rachis, et permettant l'alternance des positions assise et debout. Un an plus tard, par compte-rendu du 3 octobre 2005, la Dresse Q._____ a retenu que l'assuré pouvait travailler à 100% dans une activité adaptée, évitant le travail en zone basse, avec obligation de porter occasionnellement des charges minimales. Le 14 octobre 2005, le Dr

Z._____ confirmé que la capacité de travail de l'intéressé était de 100% dans toute activité évitant le travail en zone basse et comprenant un port de charge minime. Quelques jours plus tard, le 27 octobre 2005, la Dresse Q._____ a maintenu que le recourant était apte à travailler à 100% dans une activité adaptée sans port de charges, avec possibilité de changer fréquemment de posture. Ultérieurement, aux termes d'une expertise du 23 février 2007, le Dr M._____ a considéré qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, attendu qu'à l'inverse de l'opinion retenue jusqu'alors par le corps médical, les fractures vertébrales de l'intéressé n'étaient toujours pas consolidées. Suite à ce rapport d'expertise, il a été fait appel au Dr V._____, lequel ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, estimant qu'un séjour à la Clinique P._____ s'imposait pour définir les limitations fonctionnelles de celui-ci. Le 19 août 2008, le Dr G._____ a observé qu'en l'état du dossier, des lacunes persistaient sur plusieurs questions médicales. C'est pourquoi les Drs O._____ et U._____ ont procédé le 1^{er} décembre 2008 à un examen complémentaire de l'assuré, et ont fait part de leurs conclusions dans un rapport du 12 janvier 2009, observant que les fractures vertébrales du recourant étaient consolidées et que ce dernier ne présentait pas de pseudoarthrose. Sur la base de ce rapport, le Dr G._____ a retenu, le 16 avril 2009, que l'intéressé était pleinement en mesure d'exercer une activité physiquement peu astreignante permettant l'alternance des positions du corps (auquel cas il ne serait pas nécessaire d'inclure des pauses régulières dans le cycle de travail) et ne requérant que des ports de charges légères (jusqu'à 10 kg) préférablement de façon occasionnelle, et évitant la position penchée en avant en station debout.

b) De l'avis du Dr G._____, l'assuré présente donc une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Contrairement aux allégations du recourant (cf. mémoire de recours du 26 janvier 2010 p. 3), on ne saurait critiquer l'appréciation de ce médecin du seul fait que celui-ci n'a jamais personnellement ausculté l'assuré. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante si ce dossier contient suffisamment

d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (cf. TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, le Dr G._____ ayant notamment pu consulter les avis des Drs O._____ et U._____, M._____, et V._____ (cf. constats du Dr G._____ des 19 août 2008 [p. 1] et 16 avril 2009 [p. 1]), tous établis sur la base d'un examen personnel du recourant. Aussi le rapport de ce médecin doit-il se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, et que ses conclusions apparaissent convaincantes (cf. consid. 3b supra).

L'appréciation de ce praticien est du reste corroborée par les avis des Drs Z._____ et Q._____, dans la mesure où ces derniers ont également retenu que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

c) Il reste à déterminer si l'appréciation du Dr G._____ est remise en doute par un avis médical contraire probant versé au dossier.

aa) Il est vrai que dans son compte-rendu du 18 mars 2008, le Dr V._____ a considéré que les limitations fonctionnelles de l'assuré ne pourraient être définies qu'au terme d'un séjour à la CLINIQUE P._____, lequel n'a cependant pas été mis en œuvre – et pour cause, au vu des griefs invoqués le 18 avril 2008 par l'assuré à l'encontre de cet établissement (cf. let. E.c supra). A ce propos, il importe de relever que de l'avis du Dr N._____ (cf. écrit du 23 avril 2008, let. E.c supra), ces critiques étaient totalement dénuées de fondement. Quoi qu'il en soit, on ne saurait voir dans les seules réserves du Dr V._____ – qui plus est, très succinctement motivées – un élément concret pouvant entamer la valeur probante de l'appréciation dûment étayée du Dr G._____.

bb) A l'inverse du Dr G._____, le Dr M._____ a retenu, ainsi qu'exposé ci-avant (cf. consid. 4a supra), que les fractures vertébrales de l'assuré n'étaient pas encore consolidées, si bien qu'il était prématuré d'évaluer la capacité de travail exigible de ce dernier.

A cet égard, la Cour de céans constate tout d'abord avec le Dr N._____ (cf. courrier du 23 avril 2008, let. E.c supra), que le rapport d'expertise du Dr M._____ du 23 février 2007 présente un ton polémique, incompatible avec les garanties d'objectivité et d'impartialité exigées d'un expert. Plus particulièrement, ce médecin s'est laissé aller à des jugements de valeurs qui sortent du cadre de l'appréciation strictement médicale que l'on est en droit d'attendre d'un spécialiste en orthopédie appelé à se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré. Il en va ainsi, entre autres, des propos de cet expert selon lesquels *«la SUVA doit admettre qu'elle a, plus ou moins, été menée en petit bateau, par l'assuré qui n'a cessé de se dérober à toutes les tentatives qu'elle a faites de lui faire retrouver des occupations professionnelles adéquates, proches du métier qui était le sien [...]»* (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 13), ou à teneur desquels *«l'assuré s'est comporté avec une désinvolture impressionnante, comme si tous les égard lui étaient dus [...] pour moi, cette attitude est plus proche de celle d'un amateur de voitures qui se rend dans une foire automobile, pour y avoir tout vu, tout essayé, tout compris, quoique bien décidé à ne rien acheté, que de celle d'un accidenté spolié de quelques uns de ses moyens, qui voudrait qu'on l'aide à retrouver une occupation professionnelle fiable, pour redevenir un homme libre [...]»* (cf. ibid. p. 23).

A cela s'ajoute que ce médecin est le seul à avoir retenu que les fractures vertébrales du recourant n'étaient pas consolidées. Appelés à trancher cette question, les Drs O._____ et U._____ - rejoints en cela par le Dr G._____ (cf. rapport du 16 avril 2009 p. 1) - ont rejeté le diagnostic de l'expert M._____, au terme d'une analyse complémentaire détaillée et dûment motivée, en se référant notamment à un scanner effectué le 18 juin 2007 (cf. let. E.c supra), soit à une date postérieure à l'examen pratiqué par l'expert précité. Dans ces conditions, la Cour de céans ne voit pas de raison de préférer de l'appréciation du Dr M._____ à l'avis des spécialistes de l'Hôpital X._____, repris par le Dr G._____.

Par ailleurs, il apparaît que le rapport d'expertise du Dr M. _____ comporte des indications pour le moins contradictoires quant à l'évaluation de la capacité de travail du recourant. En effet, l'expert a tout d'abord considéré que, d'un point de vue certes théorique, avec *«un métier adapté, aujourd'hui comme hier, M. H. _____ pourrait avoir une capacité de travail entière»* (cf. rapport d'expertise du 23 février 2007 p. 23), avant de conclure qu'au *«terme de la présente expertise, on ne p[ouvait] malheureusement rien dire de la capacité de travail de M. H. _____»* (cf. ibid. p. 27). Force est d'admettre que cette contradiction dans le corps même du rapport d'expertise incite à faire preuve d'une certaine circonspection quant aux conclusions de ce spécialiste.

Il s'avère enfin que le Dr M. _____ a largement pris position quant à la manière dont la réadaptation professionnelle de l'assuré devait être envisagée, indiquant que *«[q]uoi qu'il en soit, on ne fera pas reprendre à M. H. _____ une activité professionnelle qu'il n'aurait pas agréée; est c'est en le considérant comme le juge le plus haut placé, de tout ce qu l'on fait et tout ce qu l'on doit encore faire pour le réhabiliter qu'on ira le plus vite et le plus sûrement pour lui et son avenir. [...] notre blessé devra être testé, dans 2 ou 3 des 4 ou 5 métiers qui lui ont paru les moins inadaptés à sa situation; et, cette fois-ci, ce sera à lui de dire, chaque fois son appréciation, ses critiques et ses commentaires [...] afin que finalement on le soutienne au mieux, dans la voie qu'il se serai choisie [...]»* (cf. ibid. p. 28 s.). Or, 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 elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1), et non pas à dicter aux autorités compétentes la manière de procéder pour inciter à un assuré à réintégrer le circuit économique.

Il résulte de ce qui précède que le rapport d'expertise du Dr M. _____ du 23 février 2007 ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. consid. 3b supra), et qu'il ne peut dès lors l'emporter sur l'appréciation du Dr G. _____.

cc) Dans son mémoire de recours du 26 janvier 2010 (p. 4), l'assuré se prévaut par ailleurs du rendement de 15% à 25% évoqué par le directeur du centre ORIPH dans son rapport de synthèse du 20 juin 2006 (p. 6), lequel précisait toutefois que l'intéressé ne se trouvait à sa place de travail qu'entre 30% et 50% du temps (cf. rapport précité, loc. cit.), ce qui pourrait expliquer un rendement relativement bas. Ce point s'avère toutefois dénué de pertinence pour l'issue de la présente affaire, attendu que les données médicales l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, l'évaluation de l'invalidité de l'assuré ne pouvant reposer valablement sur les seules conclusions contenues dans le rapport d'experts en matière professionnelle (cf. TF 8C_776/2009 du 19 juillet 2010 consid. 5.2 et réf. cit.).

d) Il s'avère donc que c'est à juste titre que la CNA a retenu - conformément à l'avis du Dr G. _____ - que le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Cela étant, il reste à se pencher sur la question du taux d'invalidité du recourant.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010, consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus

et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010, consid. 6.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010, consid. 4.2).

Pour fixer le revenu d'invalidé - second terme de la comparaison de l'art. 16 LPGa -, il convient de se fonder sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas à profit sa capacité de travail après l'accident (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 170 p. 899). Dans ce cas, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 171 s. p. 900), ou en fonction des données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration - ou l'assureur - de son pouvoir d'appréciation, le juge des assurances sociales ne pouvant substituer sa

propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_269/2010 du 7 octobre 2010, consid. 1.2). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès ou un abus de son pouvoir d'appréciation, ou n'a pas appliqué le taux adéquat, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 137 V 71 consid. 5.2 et ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; TF 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010, consid. 4.3).

b) En l'occurrence, l'assuré critique le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'intimée sur le revenu d'invalidé. Plus particulièrement, il prétend qu'une déduction de 20% s'impose, dès lors qu'il ne peut désormais travailler qu'à temps partiel et qu'il se trouve en marge du circuit économique depuis de nombreuses années. En revanche, l'intéressé ne conteste pas les autres éléments du calcul retenus par la CNA pour établir le taux d'invalidité - lesquels échappent, du reste, à toute critique; ainsi, c'est à juste titre que la caisse s'est fondée sur un revenu de valide de 72'000 fr., et sur un revenu d'invalidé avant abattement de 61'298 fr. établi en vertu des données statistiques de l'ESS.

L'abattement de 10% opéré par l'intimée tient exclusivement compte des limitations fonctionnelles somatiques présentées par le recourant (cf. décision sur opposition du 11 décembre 2009 p. 5 s.). Cela étant, il appert que le taux d'occupation ne constitue pas un critère pertinent en l'espèce, au vu de la capacité entière de travail retenue dans une activité adaptée (cf. consid. 4d supra). Par ailleurs, le fait que le recourant n'ait plus travaillé depuis plusieurs années n'est pas déterminant dans le présent contexte, l'intéressé ne pouvant tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité. A cela s'ajoute que l'assuré - qui ne saurait pâtir de sa nationalité dans ses recherches d'emploi, dès lors qu'il est citoyen helvétique - est encore

jeune (32 ans lors du prononcé de la décision entreprise et de l'ouverture du droit à la rente), et qu'il bénéficie d'une formation et d'expérience professionnelles. Dès lors, force est de constater qu'à l'exception de ses limitations fonctionnelles, l'intéressé ne peut se prévaloir d'aucune circonstance particulière susceptible de limiter ses perspectives salariales auprès d'employeurs potentiels. A cet égard, il faut rappeler que l'assuré s'était vu proposer un emploi – tout d'abord temporaire, mais qui aurait pu déboucher sur un engagement de durée indéterminée cf. rapport d'entretien de la CNA du 17 février 2006 p. 2) – par l'entreprise W. _____ SA, poste dans le cadre duquel son salaire aurait pu atteindre jusqu'à 33 fr./h en fonction de l'augmentation de ses responsabilités (cf. note d'entretien de l'OAI du 11 juillet 2006).

Il s'ensuit que le taux d'abattement de 10% retenu par la CNA apparaît pleinement justifié, si bien que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une comparaison entre le revenu de valide (72'000 fr.) et le revenu d'invalidé (55'160 fr.), un degré d'invalidité de 23,3%, arrondi à 23%, et qu'elle alloue au recourant une rente d'invalidité correspondant à ce taux (cf. consid. 3a supra).

6. Compte tenu des griefs invoqués et de l'état du dossier, la mise en œuvre d'un examen médical complémentaire visant à déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressé n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle expertise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La caisse intimée obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel mais agissant

comme autorité chargée de tâches de droit public, elle ne peut se voir allouer des dépens à la charge du recourant. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pour sa part pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours formé par H. _____ le 26 janvier 2010 est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 décembre 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas alloué de dépens, ni perçu de frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Patrick Mangold (pour le recourant),
- Me Didier Elsig (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :