

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 octobre 2012

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : M. Neu, juge, et Mme Magnin, juge suppléante  
Greffier : M. d'Eggis

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Daniel Pache, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le 23 octobre 1973, a travaillé comme coffreur auprès de l'entreprise [...] AG à [...]. Il était assuré à ce titre obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : l'assurance ou la CNA).

Le 1er octobre 2007, l'assuré a été victime sur un chantier d'une chute d'environ 3 mètres avec réception sur le dos. Il a indiqué avoir heurté une poutre dans sa chute. De retour à son domicile, il s'est rendu aux Urgences du Centre X.\_\_\_\_\_ (ou Centre X.\_\_\_\_\_). Une fracture-tassement du plateau supérieur de L1 y a été diagnostiquée.

Un traitement conservateur, par corset partiellement rigide, a été mis en place jusqu'en décembre 2007. En raison de la persistance des douleurs dorsolombaires signalées par le Dr J.\_\_\_\_\_, généraliste au Centre médical de Vidy et médecin traitant de l'assuré, une prise en charge stationnaire a été ordonnée.

Dans ce cadre, l'assuré a séjourné du 20 mai au 18 juin 2008 à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), à Sion, pour un complément de rééducation.

L'examen psychiatrique du 23 mai 2008 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à la CRR, a indiqué que l'assuré « n'a pas d'anxiété pour un trouble spécifique. Le statut psychiatrique est considéré comme normal. On ne retient pas de pathologie psychique. Il n'existe pas de conflit émotionnel ni d'autres problèmes psychosociaux [...] du point de vue psychique, il n'a pas de plaintes particulières et il réfute toute problématique psychiatrique ».

Sous l'angle neurologique, le Dr T.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la CRR et spécialiste en neurologie, a indiqué dans son rapport du 30 mai 2008 qu' « on ne relève pas [...] de symptôme laissant évoquer une

atteinte périphérique, radiculaire, médullaire ou centrale. L'apparition isolée graduelle sur plusieurs mois d'une héli-hypoesthésie est très inhabituelle et ne peut pas s'expliquer avec le reste de l'examen neurologique qui est strictement normal ».

G.\_\_\_\_\_, physiothérapeute à la CRR, a relevé dans son rapport de physiothérapie du 17 juin 2008 que l'assuré déclarait « se sentir beaucoup moins bien qu'à l'entrée et avoir plus de douleurs qu'avant ». La physiothérapeute a constaté en fin de séjour que le patient était indépendant pour les actes de la vie quotidienne.

Dans le rapport de sortie du CRR du 30 juin 2008, les Drs Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu le diagnostic primaire de "thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)" et les diagnostics secondaires suivant :

- dorsolombalgies chroniques (M 54.65)
- fracture-tassement de L1 le 1er octobre 2007 (T91.1)
- discopathies dégénératives débutantes L4-L5 et L5-S1 (M 51.3)
- discrets troubles statiques avec scoliose dorsale (M 50.1)
- hémisyndrome sensitif droit d'origine non lésionnelle (F 44.6).

Ces médecins ont retenu une incapacité de travail de 100% pour une durée prolongée dans la profession de maçon-coffreur, mais une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, en relevant notamment :

« En résumé, M. R.\_\_\_\_\_ nous est adressé 8 mois après une discrète fracture-tassement du plateau supérieur de L1 en raison de la persistance de dorsolombalgies. Le bilan d'imagerie comprenant une IRM dorsolombaire et une scintigraphie osseuse triphasique, met en évidence une discopathie dégénérative débutante de L4-L5, et L5-S1, une zone hyperintense en T2 dans l'anneau fibreux des mêmes disques pouvant correspondre à de petites déchirures dégénératives, un discret trouble statique sous la forme de scoliose dorsale dextroconvexe. Aucune de ces discrètes anomalies ne peut expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité.

Au total, il y a une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives. Aucune des discrètes anomalies mises en évidence ne peut expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité. On ne peut pas formellement exclure que les petites déchirures discales expliquent en partie la lombalgie, raison pour laquelle une incapacité de travail de longue durée peut, à la limite, se justifier dans une activité très contraignante pour le dos. Dans une activité n'imposant pas l'adoption prolongée de posture très contraignante pour le dos ou le port de charges lourdes, il n'y a pas d'affection médicale qui puisse justifier de limiter la capacité de travail. ».

L'assuré a été examiné par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, à Berne, lequel a confirmé dans son rapport du 12 novembre 2008 la discordance entre les plaintes et les anomalies objectives. Il a également indiqué que la fracture-tassement était manifestement consolidée et il s'est demandé si cette fracture provenait de l'événement d'octobre 2007.

Dans un rapport du 2 décembre 2008, les Drs S.\_\_\_\_\_, médecin associé, et F.\_\_\_\_\_, chef de clinique, du Service d'anesthésiologie du CHUV, ont indiqué suivre l'assuré depuis le 25 septembre 2008 et exposé :

"A l'examen clinique, on est frappé par un patient de 35 ans, marchant à tous petits pas. Il ne présente pas de boiterie, et tous les mouvements sont extrêmement douloureux. La distance doigts-sol n'est pas réalisable. Tous les mouvements sont douloureux, de même que la palpation rachidienne diffusément.

(...)

**Plan de traitement**

Nous n'avons pas prévu d'effectuer de nouveaux gestes infiltratifs chez M. R.\_\_\_\_\_, une thérapie pratiquée jusqu'alors n'ayant pas permis d'amender la symptomatologie, mais au contraire de la péjorer avec des céphalées post-brèche."

A la demande du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste de l'assuré, la Dresse C.\_\_\_\_\_, médecin-associée du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV a évalué l'assuré. Elle a retenu dans son rapport du 16 mars 2009 les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques invalidantes post-accident (chute du 1<sup>er</sup> octobre 2007), de fracture-tassement L1, de scoliose dorsale haute, de dysbalances

musculaires et important déconditionnement physique, enfin de conflit asséurologique. Elle a en outre indiqué :

« L'examen neurologique sommaire au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs ne montre pas de syndrome irritatif ou déficitaire.

**Bilan radiologique :**

Sur les divers documents radiologiques apportés par le patient, on visualise la fracture-tassement de L1 qui semble consolidée lors du dernier contrôle du 10.06.2008. (...)  
(...)

**Appréciation, proposition :**

Sans aucun doute, l'accident d'octobre 2007 est responsable de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles de ce patient. Toutefois le modèle biomédical (lésions -> douleurs) ne suffit pas pour expliquer sa situation actuelle. En effet, des facteurs psychosociaux se sont ajoutés, expliquant ainsi l'importante ampleur de ses limitations. Le retour dans une vie active me semble actuellement impossible (...) ».

Le 26 mai 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à l'examen médical de l'assuré; ce dernier lui avait déclaré qu'il avait des douleurs sur tout le corps, estimées à 10 sur une échelle d'intensité de 1 à 10, que son bras et sa jambe du côté droit étaient comme paralysés et que cela s'étendait également au côté gauche.

Au terme de son examen médical et sur la base des rapports médicaux en sa possession, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué que la fracture était effectivement complètement consolidée et qu'il confirmait la discordance entre les plaintes de l'assuré et les anomalies objectives. Il a mentionné une très forte problématique douloureuse indépendante, avec amplification des symptômes ne pouvant s'expliquer par le modèle biomédical. Ce médecin a estimé que l'atteinte à l'intégrité de l'assuré était de 5% en raison d'une situation stabilisée sans limitation

fonctionnelle en découlant. Le spécialiste a considéré que l'assuré était à même de travailler et avait une capacité de travail entière dans des activités physiques sans impacts et vibrations, ne requérant pas de mouvements de rotation et/ou d'inclinaison du haut du corps, ni le port de charges près du corps au-delà de 20 kg ou éloignées du corps au-delà de 5 kg. Il a considéré qu'une pleine exigibilité médicale était avérée.

A la demande de la Dresse C.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du rachis, médecin-chef du Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a reçu l'assuré le 13 août 2009, dans le but d'exclure une pathologie chirurgicale et constaté notamment ce qui suit :

**"Diagnostic(s) :**

- Status post-fracture tassement L1
- Cervico-dorso-lombalgies chroniques
- Scoliose de la jonction cervico-dorsale
- Discopathies L4-L5, L5-S1 avec déchirures annulaires postérieures (HIZ)

(...)

**Appréciation du cas :**

Il s'agit malheureusement d'un patient qui présente des douleurs chroniques. Les irradiations dans le membre supérieur droit sont probablement à mettre en relation avec un traumatisme équivalent à un whiplash (le patient a subi un choc à la partie arrière de la tête pendant la chute) chez un patient qui présentait déjà une scoliose de la jonction cervico-dorsale. Une irritation passagère initiale radiculaire peut donc être expliquée. En ce qui concerne les douleurs du membre inférieur, elles pourraient être liées aux déchirures annulaires postérieures. Malheureusement, toutes ces affections ne sont pas susceptibles d'être améliorées par un traitement chirurgical (...).

Comme tu le sais, malheureusement, très peu de spécialistes ont des connaissances approfondies de la douleur chronique et l'explication simpliste de certains de nos confrères ne font qu'aggraver le tableau clinique (manque de connaissance de causalité, manque de reconnaissance du diagnostic en vue de l'examen clinique peu rassurant, etc ... etc...).".

**B.** Le 26 juin 2008, l'assuré avait déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Selon le rapport d'examen d'orientation professionnelle du 26 novembre 2008 de l'OAI, l'assuré était apte à exercer des activités dans l'industrie légère permettant d'alterner les positions assise et debout, étant précisé que l'assuré avait des connaissances très faibles en français et en mathématiques, mais qu'il maîtrisait les quatre opérations de base. L'OAI a remarqué une discordance entre les plaintes subjectives de l'assuré et l'avis médical de la CRR.

Par décision du 27 avril 2009, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles aux motifs que l'assuré conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles et que, compte tenu du revenu qu'il pourrait réaliser dans une telle activité, il ne présentait pas un taux ouvrant droit à la rente ni à des mesures professionnelles. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 20 kg; alternance des positions assis et debout; pas de porte à faux. L'OAI a retenu un degré d'invalidité de 14,65% en comparant le revenu sans invalidité, par rapport à celui exigible avec invalidité.

Le 26 mai 2009, l'OAI a transmis le dossier de l'assuré à la CNA.

Par arrêt du 22 décembre 2010, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision de l'OAI en considérant notamment ce qui suit :

**"4.** Sur le plan médical, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité de maçon coffreur et a reconnu que le recourant présentait des dorso-lombalgies chroniques après fracture de L1.

**a)** La principale divergence entre le SMR et les médecins consultés par l'intéressé concerne l'évaluation de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, compte tenu des

limitations fonctionnelles. Pour résoudre cette question, l'OAI s'est fondé sur l'analyse effectuée le 30 janvier 2009 par le SMR, lequel s'est essentiellement référé aux pièces du dossier CNA, particulièrement à l'expertise pluridisciplinaire du 30 juin 2008 établie par les Drs Z.\_\_\_\_\_, chef de service à la Clinique romande de réadaptation (ci-après: CRR), spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie, et Q.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la CRR.

**b)** Les experts ont rédigé leur rapport après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier, notamment les pièces radiologiques, analysé les consiliams psychiatrique et neurologique réalisés par leurs confrères ainsi que les résultats de l'examen des capacités fonctionnelles, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. A l'issue de leur étude approfondie, ils ont estimé que, sur le plan somatique, le recourant présentait une discopathie dégénérative débutante en L4-L5 et L5-S1, une zone hyperintense en T2 dans l'anneau fibreux des mêmes disques pouvant correspondre à des petites déchirures dégénératives, un discret trouble statique sous la forme de scoliose dorsale dextroconvexe; l'ensemble de ces discrètes anomalies ne pouvait cependant expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité. Sur le plan psychologique, ils ont relevé qu'aucun diagnostic n'était retenu chez un patient centré sur ses douleurs. Ils ont rappelé l'avis de la Dresse B.\_\_\_\_\_, chef de clinique psychosomatique de la CRR, selon laquelle les plaintes du recourant sont des dorso-lombalgies chroniques décrites comme invalidantes et insomniantes et qu'aucune pathologie psychique ne peut être retenue. Ils ont également rappelé l'avis du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, selon lequel l'assuré ne présente pas de signe laissant évoquer une atteinte périphérique, radiculaire, médullaire ou centrale. Ainsi, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont conclu qu'il existait une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives du patient et que ce dernier était parfaitement apte à œuvrer dans une activité n'imposant pas l'adoption prolongée de postures très contraignantes pour le dos ou le port de charges lourdes. Ils ont attesté que, dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations indiquées ci-dessus, la capacité de travail de l'assuré était entière.

**c)** Les conclusions des Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. En particulier, la Cour ne saurait écarter l'avis des experts aux profits de celui du Dr J.\_\_\_\_\_. En effet, le médecin traitant à un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait confiance à son patient - ce qui est souhaitable - et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci - louable en soi - d'être le plus utile possible à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; 122 V 157 consid. 1c et les références). La

règle est d'ailleurs qu'il se récusé pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; RCC 1988, 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

L'appréciation du SMR, et corollairement le rapport de la CRR, doivent d'autant plus être privilégiés que le Dr J. \_\_\_\_\_ n'a fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi l'expertise serait erronée (oubli d'une atteinte, contradictions,...); au contraire, force est de constater que le diagnostic retenu par le médecin traitant (cf. certificats des 26 juin et 7 août 2009) ne diffère guère des conclusions figurant dans le rapport du SMR du 30 juin 2009 (persistance des douleurs dorso-lombaires, syndrome algique et limitations fonctionnelles). En outre, ce médecin estime qu'une incapacité de travail existe depuis le 2 octobre 2007, date de l'événement assuré par la CNA, et se poursuit à ce jour; cet avis est partagé par l'OAI, lequel reconnaît une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'assuré, mais relève la capacité totale de ce dernier dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

De même, la Dresse C. \_\_\_\_\_ ne vient nullement mettre en doute l'avis du SMR et l'expertise de la CRR. En effet, elle rappelle les diagnostics déjà connus, retrace l'anamnèse et rapporte les plaintes de l'assuré. Elle a, au demeurant, indiqué que si l'accident du 1er octobre 2007 était responsable de la symptomatologie douloureuse et des limitations fonctionnelles, le modèle biomédical ne suffisait pas à expliquer la situation actuelle; des facteurs psychosociaux s'étaient ajoutés, expliquant l'ampleur des limitations. Or, des facteurs psychosociaux influençant négativement la capacité de travail de l'assuré ne sauraient être admis au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. En effet, comme le souligne la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 127 V 294 consid. 5a; TF 9C\_741/2007), il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail qu'un médecin attribue essentiellement à des facteurs psychosociaux. D'ailleurs, dans son avis du 23 septembre 2009, le SMR a relevé, lors de sa détermination sur le rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_, que l'assurance-invalidité ne tenait compte que des facteurs strictement médicaux.

Au demeurant, la cour relève que le recourant a été examiné par un psychiatre dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la CRR qui n'a pas retenu de pathologie psychique. Elle a indiqué que les plaintes actuelles du patient étaient des dorso-lombalgies chroniques décrites comme invalidantes et insomniantes, et qu'il n'existait pas de conflit émotionnel ni d'autres problèmes psychosociaux. Ainsi, si l'on comprend que le recourant invoque des douleurs chroniques, il n'en reste pas moins qu'il ne fait état d'aucune consultation psychiatrique qui pourrait attester ces douleurs. Partant, ne figure au dossier de la

cause aucun élément pouvant faire penser à un trouble douloureux chronique, justifiant, à ce titre, une incapacité de travail.

Quant à l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_, consignée dans son rapport médical du 13 août 2009, elle ne saurait remettre en cause l'avis du SMR ni celui de la CRR. Son rapport a été établi à la demande de la Dresse C. \_\_\_\_\_ aux fins d'exclure une pathologie chirurgicale. Ce médecin se fonde sur le dossier radiologique réalisé le 1er octobre 2007 et relève une légère asymétrie des épaules et des membres inférieurs, une diminution de la mobilité lombaire ainsi que des troubles diffus et peu systématisés de la sensibilité des membres supérieurs et inférieurs. Cependant, le Dr W. \_\_\_\_\_ ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant et ne fournit aucun élément tendant à démontrer en quoi les avis du SMR et de la CRR seraient erronés.

Dans son avis du 23 septembre 2009, le SMR a analysé les rapports de la Dresse C. \_\_\_\_\_ et du Dr W. \_\_\_\_\_ et a conclu, à juste titre, que ces rapports ne contenaient aucun élément nouveau de nature à modifier sa position. Aucune péjoration de l'état de santé n'est décrite, les diagnostics et plaintes du patient se recoupent. Par ailleurs, seuls les médecins du SMR et de la CRR indiquent dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travail, précisant les travaux que l'on peut encore raisonnablement exiger de sa part. A contrario, les médecins sollicités par le recourant se limitent à porter un jugement sur son état de santé, arguant que leur patient n'est plus apte à travailler.

Convaincant, l'on doit dès lors admettre que l'expertise de la CRR du 30 juin 2008 répond aux réquisits posés par la jurisprudence relative à la fiabilité et la valeur probante des documents médicaux (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a). Leur exposé du contexte médical est cohérent, leur appréciation de la situation médicale est claire et leurs conclusions sont dûment motivées. Ainsi, on ne saurait s'écarter de l'avis médical du SMR du 30 janvier 2009 qui en reprend substantiellement les conclusions, précisant au surplus les limitations fonctionnelles. En tout état de cause, aucun autre spécialiste n'a mis en exergue des éléments fonctionnels ou organiques pouvant justifier une incapacité de travail, se limitant à faire état d'un syndrome douloureux.

**d)** S'agissant des douleurs alléguées par le recourant, il appartient aux médecins de confirmer ou d'infirmier ses plaintes au vu de leurs observations médicales et de leur expérience. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient en effet suffire à justifier une invalidité (entière ou partielle) au sens de la loi, raison pour laquelle, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit encore être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). Or, en l'occurrence, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont précisément considéré qu'aucune des discrètes anomalies mises en évidence ne pouvait expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité, et qu'il existait une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives. En outre, la Dresse C.\_\_\_\_\_, consultée sur requête du médecin traitant du recourant, a relevé que le modèle biomédical ne suffisait pas à expliquer la situation actuelle de l'intéressé et que des facteurs psychosociaux s'étaient ajoutés, ces derniers expliquant ainsi l'importante ampleur des limitations. Pour sa part, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a considéré que l'assuré ne souffrait pas de maladie psychiatrique invalidante.

**5.** Au vu de l'ensemble des pièces médicales, force est de constater que l'intimé s'est à juste titre fondé sur l'avis du SMR du 30 janvier 2009, lequel découle essentiellement de l'expertise pluridisciplinaire, probante et convaincante, des Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, et a arrêté que dès le 19 juin 2008 (lendemain de la fin du séjour auprès de la CRR), l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La Cour relève en outre que tous les rapports médicaux figurant au dossier AI, ainsi que ceux déposés au cours de la procédure, ont été analysés par le SMR. Dans ces conditions, aucune raison suffisante ne justifie de s'écarter des conclusions du SMR.

Partant, l'expertise demandée par le recourant, à titre de moyen de preuve, et l'audition de témoins n'ont pas à être ordonnées dans la mesure où le dossier médical est suffisamment instruit et permet une bonne intelligence de la cause et où les juges ne voient pas en quoi de nouveaux examens pourraient leur permettre de mieux apprécier les faits pertinents de cette affaire. Une telle mesure ne serait nécessaire que si les conclusions des rapports médicaux au dossier étaient entachées d'erreurs, de contradictions ou de lacunes, ou encore si un spécialiste avait émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions du premier expert (ATF 122 V 28 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101; SVR 2001 IV n. 10 consid. 4), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1b et la référence).

Il y a dès lors lieu de retenir que les douleurs dorso-lombaires chroniques et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part du recourant. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, soit le port de charges n'excédant pas 20 kg, l'alternance des positions assis-debout

et l'absence de porte-à-faux, ne restreignent pas, dans une mesure excessive, le choix d'une nouvelle profession. Aussi, convient-il de nier une incapacité de travail et de considérer que l'assuré est encore capable d'exercer à temps complet dans une activité adaptée."

L'assuré n'a pas recouru contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral.

**C.** Par décision du 10 novembre 2009, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle lui allouait pour ses séquelles accidentelles une rente d'invalidité de 13% à compter du 1er décembre 2009, chiffre basé sur la comparaison entre, d'une part, un salaire de coffreur (64'977 fr.) et, d'autre part, le revenu d'invalidité exigible de l'assuré, soit 56'236 francs. Pour déterminer ce montant, la CNA s'est basée sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, qui prévoit notamment un salaire de référence auquel peuvent prétendre des hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services). La CNA a également octroyé à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5% correspondant à 5'340 francs. L'assurance a exclu sa responsabilité pour les troubles psychogènes de l'assuré.

Le 4 décembre 2009, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a contesté le degré de l'incapacité retenu dans la décision attaquée ainsi que le degré de l'atteinte à l'intégrité. Il a invoqué le fait que ses limitations fonctionnelles avaient été très largement sous-évaluées et que les documents médicaux étaient anciens et ne tenaient pas compte de la détérioration de son état de santé. Il a dès lors estimé un salaire hypothétique sur la base d'une activité légère de substitution de 30% à 16'871 fr., avec un abattement sur ledit salaire de 15%. Finalement, il a demandé la prise en compte de ses troubles psychogènes pour calculer la rente d'invalidité et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimées respectivement à 78% et 60%.

Par décision sur opposition du 12 mars 2010, la CNA a confirmé sa décision du 10 novembre 2009. Elle a repris les chiffres

retenus dans sa décision pour le calcul du taux d'invalidité et de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité. Elle a rejeté l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident de 2007 et les troubles psychogènes allégués par l'assuré.

**D.** Par acte du 15 avril 2010, R. \_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition et a requis une expertise. En reprenant les motifs de son opposition du 4 décembre 2009, le recourant a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir. Subsidiairement, il a conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité arrêtée à 60%, soit un montant de 64'080 fr., et à l'attribution d'une rente LAA au taux de 78%, soit de 50'682 fr. 06 par an, dès le 1er octobre 2007.

Dans sa réponse du 21 juin 2010, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que l'exigibilité médicale avait été instruite et examinée d'une manière complète, notamment lors d'un séjour de quatre semaines au CRR, mais aussi par divers examens complémentaires au CHUV et auprès de deux médecins d'arrondissement de la CNA. De plus, le recourant assimilait déjà en 2008 sa situation comme celle d'un grabataire, faisant état de douleurs estimées à 10 sur 10, si bien qu'il ne saurait se prévaloir d'une détérioration de son état de santé ou considérer les documents médicaux comme trop anciens. Quant à la problématique psychique, plus proche du diagnostic de conflit assécurologique ou de celui de névrose de conversion, mise en évidence par la Dresse C. \_\_\_\_\_, elle ne repose sur aucun véritable diagnostic et n'est pas en relation de causalité avec l'accident du 1<sup>er</sup> octobre 2007. Dès lors, sur le plan organique, il convient de se rallier aux médecins spécialisés mis en œuvre par la CNA pour reconnaître une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. La CNA a confirmé le calcul du revenu théorique sans invalidité (62'485 fr. 46) et admis un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles du recourant (56'236 francs). Elle a relevé que la naturalisation du recourant

le 25 février 2009 impliquait la connaissance de la langue française et que l'assuré maîtrisait au moins les quatre opérations de base; il s'était même destiné à des études à Belgrade avant la guerre, ce qui attestait d'indéniables capacités intellectuelles. Enfin, le tableau A1 de l'ESS concerne les hommes occupés à des tâches dites simples (niveau de compétence 4), et ce dans le secteur privé; or, dans la catégorie statistique 4, la nécessité de maîtriser les langues est moindre que dans les activités plus qualifiées et mieux rémunérées (arrêt U 11/07 du 27 février 2008). Il en découle que le préjudice économique s'élève bien à 13,45% et que la rente d'invalidité de 13% est justifiée au regard des séquelles accidentelles.

Dans sa réplique du 16 août 2010, le recourant a confirmé les conclusions de son recours. Il a renouvelé sa requête tendant à l'exécution d'une expertise, justifiée notamment par les avis médicaux contradictoires et par l'impact psychologique de l'accident sur la névrose qu'il a développée consécutivement. En cas de refus de l'expertise, il a requis que les Drs J. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ soient entendus en qualité de témoin.

Dans sa duplique du 11 octobre 2010, l'intimée a maintenu sa position, en contestant en particulier la nécessité d'exécuter une expertise et en niant l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychologiques dont le recourant pourrait souffrir.

Le 29 juillet 2011, le recourant a produit trois photographies de son corset, ainsi que les documents médicaux suivants :

- Un rapport du 21 décembre 2010 dans lequel la Dresse C. \_\_\_\_\_ a indiqué que "sur le plan subjectif, le patient annonce une aggravation des douleurs. Objectivement, on ne trouve par contre pas de changement par rapport aux évaluations antérieures. Je mentionne qu'il n'a pas d'atrophie musculaire, ni d'autre élément neurologique parlant en faveur d'une pathologie radiculaire."

- Un rapport établi le 16 juin 2011 par la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui a exposé que le recourant "a développé par la suite un syndrome douloureux chronique s'étendant au niveau de tout le rachis, mais également dans l'hémicorps droit. [...] Cet hémisyndrome entraîne des limitations fonctionnelles sévères chez un patient qui n'a plus aucune activité, qui est focalisé sur sa symptomatologie douloureuse. [...] l'IRM lombaire montre le status post-fracture-tassement de L1 avec une bonne consolidation. Dans cette région, on constate également une largeur normale du canal lombaire sans aucun signe de hernie discale ou compression radiculaire. [...] Certainement le traumatisme représente le facteur majeur dans l'origine de ses douleurs, traumatisme physique, mais aussi psychologique vu l'importante composante somatoforme. Monsieur R.\_\_\_\_\_ se met toujours en position de victime d'une part vis-à-vis de son ancien employeur et d'autre part victime des assurances qui ne reconnaissent pas son invalidité."

- Une attestation du 21 juillet 2010 établie par le Dr J.\_\_\_\_\_ dont il ressort que le recourant porte un corset et un appareil stens.

Dans ses déterminations du 10 octobre 2011, l'intimée a relevé qu'objectivement, aucun changement dans l'état du recourant ne ressortait des nouveaux documents médicaux par rapport aux évaluations antérieures et que, sur le plan psychologique, celui-ci était toujours très anxieux et sujet à des ruminations. L'intimée a encore relevé la bonne consolidation de la vertèbre L1 et la largeur normale du canal lombaire. Finalement, elle a mis en évidence la composante somatoforme des troubles du recourant.

### **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 (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et qui respecte les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr. en présence d'une rente de durée indéterminée.

**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'espèce, le présent litige porte, d'une part, sur la quotité du gain d'invalidé intervenant dans le calcul de la rente d'invalidité octroyée au recourant (13%) et, d'autre part, sur la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (5%).

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de

preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, c. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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).

Les consultations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admises avec réserve, il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid 4.2).

Si l'administration ou le juge, 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 (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder (appréciation anticipée des preuves) ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**b)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 consid. 3.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, elle est généralement admise dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références).

En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

**4.** En l'espèce, le recourant soutient, se référant aux rapports médicaux versés au dossier, que ses limitations fonctionnelles ont été très largement sous-évaluées. Il conteste la valeur probante des rapports médicaux établis à la demande de la CNA. Il invoque également le fait que ses troubles psychogènes n'auraient pas été pris en compte. Il estime n'être capable d'exercer une activité de substitution qu'à 30%.

**a)** Sur le plan médical, l'ensemble des praticiens a exclu la reprise de l'activité de maçon coffreur et a reconnu que le recourant présentait des dorso-lombalgies chroniques après fracture de L1. Lors de son séjour à la CRR en mai-juin 2008, les médecins ont constaté que la

discrète fracture-tassement du plateau supérieur de L1 était consolidée et que le plateau sus-jacent était bien conservé.

Le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a rédigé son rapport après avoir examiné le recourant et après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier. Il s'est basé notamment sur l'examen pluridisciplinaire de la CRR du 30 juin 2008 établie par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_.

Lesdits médecins ont rédigé leur rapport après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier, notamment les pièces radiologiques, analysé les consiliums psychiatrique et neurologique réalisés par leurs confrères ainsi que les résultats de l'examen des capacités fonctionnelles, pris note des plaintes du recourant et procédé à un examen clinique. Ils ont constaté que l'ensemble des discrètes anomalies précitées ne pouvait expliquer l'intégralité des plaintes et leur intensité. Sur le plan psychique, ils ont relevé qu'aucun diagnostic n'était retenu chez un patient centré sur ses douleurs. Sous l'angle neurologique, l'examen était strictement normal. Ainsi, les Drs Z.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont conclu qu'il existait une nette discordance entre les plaintes et les anomalies objectives du patient et que ce dernier était parfaitement apte à œuvrer dans une activité n'imposant pas l'adoption prolongée de postures très contraignantes pour le dos ou le port de charges lourdes. Ils ont attesté que, dans une activité professionnelle adaptée, respectant les limitations indiquées ci-dessus, la capacité de travail de l'assuré était entière. Le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, après avoir examiné le recourant, a confirmé le 12 novembre 2008 la discordance constatée par les médecins du CRR.

Les conclusions des Drs Z.\_\_\_\_\_, Q.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. Tel est en particulier le cas des rapports des médecins mandatés par le médecin traitant du recourant.

En effet, la Dresse C.\_\_\_\_\_ ne met pas en doute l'avis des spécialistes de la CRR : tout en constatant en mars 2009 la bonne consolidation de la fracture et l'absence de signe de hernie discale ou de compression radiculaire, elle fait état de la composante psychologique et somatoforme à l'origine des douleurs du recourant et du fait que des facteurs psycho-sociaux se sont ajoutés à la problématique du recourant. La Dresse C.\_\_\_\_\_ confirme cette analyse dans son rapport de décembre 2011, soit plus d'un an et demi plus tard.

Quant à l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ du 13 août 2009, elle ne saurait remettre en cause ni l'avis des médecins de la CRR, ni celui des Dr V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. Etabli à la demande de la Dresse C.\_\_\_\_\_ aux fins d'exclure une pathologie chirurgicale, ce rapport ne se prononce ni sur les limitations fonctionnelles ni sur la capacité de travail du recourant; de plus, il ne fournit aucun élément démontrant que l'avis des médecins de la CRR serait erroné.

Dès lors, les rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ n'apportent pas d'éléments susceptibles de contredire les conclusions des médecins de la CRR et des médecins d'arrondissement de la CNA; lesdits rapports ne motivent pas l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 1er octobre 2007 et les douleurs alléguées par le recourant et n'évoquent pas non plus les limitations fonctionnelles d'une manière circonstanciée.

En revanche, il faut admettre que l'expertise interdisciplinaire des médecins de la CRR sous l'angle neurologique, psychiatrique et physiothérapeutique répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour avoir pleine valeur probante. Il en va de même s'agissant des rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui ont une valeur probante tout aussi élevée, établis notamment sur la base d'un examen sur la personne du recourant par ces praticiens. Les deux derniers médecins cités fondent leurs conclusions sur une étude circonstanciée et complète de l'évolution de l'état du patient sur le plan médical; en raison de leur contenu complet et satisfaisant aux exigences jurisprudentielles,

force est de reconnaître à leurs rapports une pleine valeur probante sur les points litigieux discutés par le recourant; enfin, leurs constatations ne font que corroborer celles des médecins de la CRR, qui emportent la conviction comme on l'a déjà dit ci-dessus.

Au surplus, contrairement à ce qu'affirme le recourant, les documents établis par les médecins de la CNA ne peuvent être qualifiés d'"anciens". En particulier, le Dr N. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant et établi son rapport en mai 2009. Par ailleurs, comme l'a relevé à juste titre l'intimée dans sa réponse, le recourant ne saurait se prévaloir d'une aggravation de son état de santé alors que l'intensité de ses douleurs étaient maximales, selon lui, en mai 2009 déjà et qu'aucun événement accidentel ou médical nouveau n'est intervenu depuis lors.

**b)** Le recourant invoque une symptomatologie douloureuse et des troubles psychogènes. S'agissant des douleurs alléguées par le recourant, il appartient aux médecins de confirmer ou d'infirmer ses plaintes au vu de leurs observations médicales et de leur expérience. Compte tenu des difficultés, du point de vue probatoire, à établir l'existence et l'intensité de douleurs, de simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire à justifier un trouble invalidant. Or, en ce qui concerne les douleurs physiques persistantes dont le recourant s'est toujours plaint, tant les médecins de la CRR que les Drs V. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont tous relevé la nette discordance entre les plaintes du recourant et les anomalies objectives observées sur le plan médical.

Demeurent réservés selon la jurisprudence, les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). Or, le recourant a été examiné par un psychiatre dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la CRR, laquelle n'a pas retenu de pathologie psychique. Elle a indiqué qu'il n'existait pas de conflit émotionnel ni

d'autres problèmes psychosociaux. Le recourant a d'ailleurs réfuté toute problématique psychiatrique lors de sa consultation chez ce médecin. Ainsi, si le recourant invoque des douleurs chroniques, il ne fait état d'aucune consultation psychiatrique qui pourrait attester de ces douleurs et même si une telle consultation existait, encore faudrait-il pouvoir retenir au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; 130 V 352), ce qui n'est à l'évidence pas le cas ici.

L'accident du 1er octobre 2007 doit être classé dans les accidents de catégorie moyenne (cf. arrêt du 28 mars 2006 U 154/05, où la personne assurée a fait une chute de 3 mètres). Néanmoins, on ne peut reconnaître à l'accident des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou un caractère particulièrement impressionnant. Il n'y a eu ni transport en ambulance, ni hospitalisation, ni intervention chirurgicale. Les lésions n'étaient pas graves au point d'être propres, selon l'expérience de la vie, à entraîner des troubles psychiques. Tous les médecins ont confirmé que la fracture-tassement était consolidée. Les médecins de la CRR ont par ailleurs relevé que l'ensemble des discrètes anomalies encore présentes ne pouvait expliquer l'intégralité des plaintes du recourant ainsi que leur intensité. En ce qui concerne la durée du traitement, elle n'apparaît pas anormalement longue pour le type de traumatisme subi. Il s'est du reste agi in casu d'un traitement conservateur sans aucune indication opératoire et ce sont les nombreuses investigations médicales qui en ont prolongé la durée. En outre, l'incapacité de travail du recourant pour les troubles organiques ne peut être considérée comme particulièrement longue, ce dernier ayant été reconnu pleinement capable d'exercer une activité adaptée à la sortie de la CRR en juin 2008, soit 8 mois après l'accident. Par ailleurs, la Dresse C.\_\_\_\_\_ indique que le modèle biomédical ne suffisait pas à expliquer la situation, des facteurs psycho-sociaux s'y étant ajouté. Or, des facteurs psychosociaux influençant négativement la capacité de travail de l'assuré ne sauraient être admis au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. En effet, comme le souligne la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 127 V 294 consid. 5a; TF

9C\_741/2007 du 28 août 2008), il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail qu'un médecin attribue essentiellement à des facteurs psychosociaux. Quant à l'aspect névrose de conversion évoqués par la Dresse C.\_\_\_\_\_ et par le recourant, il s'apparente au type de conflit que peut avoir un assuré avec son assurance lorsque cette dernière ne lui reconnaît pas de droit lorsqu'il n'est pas reconnu dans ce qu'il pense être son droit. Ces troubles n'ouvrent cependant pas la voie à une indemnisation de la part d'un assureur. On retiendra, pour le surplus, que le recourant ne peut rien tirer à ce sujet des affirmations de la Dresse C.\_\_\_\_\_, puisque la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre (ATF 130 V 396 consid. 5.3.2; TF 9C\_384/2012 du 31 août 2012 consid. 5.1.2).

Au vu de ce qui précède, on ne peut conclure, sur la base unique des plaintes alléguées par le recourant, que les critères nécessaires à la reconnaissance d'un lien de causalité adéquate soient réunis. C'est donc à juste titre que l'accident du 1er octobre 2007 n'a pas été reconnu comme la cause adéquate des troubles psychogènes allégués par le recourant. Par conséquent, dans le cadre des limites fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR et le Dr N.\_\_\_\_\_, soit le port de charges n'excédant pas 20 kg, l'alternance des positions assis-debout et l'absence de porte-à-faux, l'assuré est capable d'exercer une activité à temps complet.

Le dossier permet de statuer en l'état, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'administrer des preuves supplémentaires. Dans le cadre d'une administration anticipée des preuves (ATF 131 I 153 consid. 3 et les références citées; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées), il faut donc refuser la mise en œuvre d'une expertise médicale et l'audition par la Cour de céans des médecins déjà consultés.

On peut enfin aussi renvoyer aux considérants 4 et 5 de l'arrêt de la Cour de céans du 22 décembre 2010, dans l'affaire AI 239/09 du recourant, en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de

l'assuré par l'assurance-invalidité, celle-ci ayant aussi constaté que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**5. a)** Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 205).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible – la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après: ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TFA I 654/04 du 21 juillet 2005 consid. 5; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts

standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalide, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent jusqu'à 25% maximum.

**b)** Le recourant remet en cause sa capacité de travail dans une activité adaptée, considérée comme entière par la CNA, et qu'il estime lui à 30 %. Il critique dès lors le gain réalisable, qu'il évalue à 16'871 fr. (pour une capacité de travail de 30%), ainsi que l'abattement sur ledit salaire, qui devrait être fixé selon lui à 15%. Il en découle dès lors une rente d'invalidité à 78% - soit un montant de 50'682 fr. 05 par année dès le 1er octobre 2007 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité à 60% - soit un montant de 64'080 francs.

Se basant sur une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'intimée a fixé le revenu d'invalidé à 56'236 fr. par année, sur la base des données économiques statistiques, avec un abattement de 10%; en comparaison avec le revenu de 64'977 fr. par année qu'il aurait obtenu chez son ancien employeur - montant qui n'est pas contesté - le degré d'invalidité est de 13.45% à compter du 1er décembre 2009.

La Cour de céans doit examiner la capacité de travail objectivement déterminée par rapport à l'état de santé du recourant et se fonder sur les rapports médicaux dont la pleine valeur probante a été reconnue ci-dessus; elle ne peut pas tenir compte d'une capacité de travail découlant des seules déclarations du recourant, lesquelles ne sont pas étayées par des éléments concrets et objectifs au dossier. Partant, il faut se fonder sur les conclusions des médecins d'arrondissement de la CNA, des médecins de la CRR et du Dr N. \_\_\_\_\_, pour fixer la capacité de

travail. Il en ressort que, dans une activité légère et semi-sédentaire, la capacité de travail du recourant est entière même en tenant compte des limitations fonctionnelles. La décision attaquée est donc justifiée sur ce point.

Par ailleurs, le fait que le revenu d'invalidé a été déterminé en se référant au salaire mensuel brut (valeur centrale), tel qu'il résulte de l'ESS pour des activités simples et répétitives du secteur privé, ne permet pas de conclure que la situation effective du recourant n'a pas été convenablement élucidée. Les montants retenus par la CNA (4'732 fr. par mois, année de référence 2006; ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4) représentent le salaire mensuel brut pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières et qui peuvent servir de points de comparaison pour établir le revenu du recourant. On peut en effet admettre que la plupart de ces emplois sont conformes aux aptitudes de celui-ci : au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit admettre qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré.

Au revenu d'invalidé (62'485 fr. 46, montant annualisé et adapté à l'évolution des salaires nominaux), il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimée a retenu à cet égard un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Le recourant soutient qu'un abattement de 15% doit être pris en considération, au motif qu'en l'absence de connaissances suffisantes de la langue française et de connaissances mathématiques, seule une activité manuelle pouvait être envisagée, laquelle n'est au demeurant pas envisageable au vue des limitations fonctionnelles.

Comme on l'a relevé ci-dessus, le revenu avec invalidité tel que retenu par la CNA correspond au salaire de référence auquel peut prétendre un homme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (productions et services). Le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu des

limitations fonctionnelles pour les travaux lourds et une capacité totale de travail dans une activité légère et semi-sédentaire. Partant, la Cour ne saurait admettre une réduction de 15% dans la mesure où le revenu d'invalidé tel que retenu selon les données de l'ESS tient déjà compte des limitations fonctionnelles du recourant. Par ailleurs, l'absence alléguée de connaissances suffisantes en français et en mathématiques ne constitue pas un argument pertinent : le rapport d'examen d'orientation professionnelle de l'OAI atteste que le recourant maîtrise au moins les quatre opérations de base et sa naturalisation en février 2009, ce qui signifie qu'il a des connaissances suffisantes du français pour exercer au moins des activités simples et répétitives.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a fixé le revenu d'invalidé à 56'236 fr., en retenant une capacité de travail entière et un abattement de 10%, lequel tient raisonnablement compte de la situation du recourant. En comparaison du revenu de 64'977 fr. par année qu'il aurait obtenu chez son ancien employeur - montant qui n'est pas contesté - c'est également à juste titre que le degré d'invalidité de 13.45% à compter du 1er décembre 2009 a été fixé. Dès lors, le degré d'invalidité de 13% retenu par l'intimée est justifié.

Quant à la date du 1er octobre 2007 à laquelle le recourant prétend avoir droit à sa rente d'invalidité, il s'agit sans doute d'une inadvertance, puisque l'assuré a reçu, conformément à l'art. 16 LAA, une indemnité journalière dès le troisième jour qui suivait l'accident et ce, jusqu'à la date de l'octroi d'une rente, soit in casu le 1er décembre 2009.

**6.** En ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant n'a pas développé d'autres arguments que ceux déjà examinés pour le calcul de la rente d'invalidité pour en justifier la modification. Dans la mesure où l'atteinte à son intégrité physique (cf. consid. 4 et 5) a été correctement déterminée et que les atteintes psychiques ne sont pas en rapport de causalité adéquate avec l'accident assuré, la Cour de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, fixé à 5% par l'intimée.

**7.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition rendue par l'intimée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**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 12 mars 2010 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Daniel Pache (pour R. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :