

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2012

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Thalmann
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 14 LPGA; 18, 19 al. 1, 24, 25 LAA; 3, 30 al. 1 OLAA

E n f a i t :

A. R._____, né le 21 février 1961, a travaillé depuis 1990 en qualité d'employé de voirie au service de la Commune de Lausanne et était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) contre les suites d'accidents.

Le 28 novembre 2004, alors qu'il se trouvait en vacances au Portugal, R._____ a été victime d'un accident de la circulation, dont il n'a conservé aucun souvenir. Les médecins de l'Hôpital de [...] (Portugal) ont diagnostiqué, outre un traumatisme crânien et une lésion dentaire, diverses contusions à la colonne vertébrale. De retour en Suisse, l'assuré a consulté dès le 6 décembre 2004 son médecin traitant, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, lequel a fait effectuer des radiographies. Celles-ci ont révélé l'existence d'une fracture-tassement de la vertèbre D11. Par l'intermédiaire de son employeur, l'assuré a fait annoncer cet événement accidentel à la CNA, qui l'a pris en charge.

Après un premier séjour du 25 octobre au 23 novembre 2005 à la Clinique romande de réadaptation de Sion, une tentative de reprise du travail au réfectoire à un taux de 50% dès le 27 décembre 2005 s'est révélée un échec en raison des douleurs dorsales invoquées par l'assuré. Une incapacité de travail totale a été attestée à compter du 16 février 2006. En date du 14 mars 2006, les médecins du CHUV ont procédé à une vertébroplastie de D11. Un second séjour du 19 avril au 17 mai 2006 dans la clinique précitée n'a pas apporté d'amélioration à sa symptomatologie douloureuse à la colonne dorso-lombaire.

Dans une lettre du 19 décembre 2006 adressée au Dr K._____, la Dresse W._____, médecin associée à l'Hôpital orthopédique, Unité Réadaptation et Rachis du CHUV, et spécialiste FMH en rhumatologie et rééducation, a établi le compte rendu des consultations des 10 octobre et 12 décembre 2006 en écrivant notamment :

« Le patient semble très fiable lorsqu'il décrit ses symptômes et ses limitations fonctionnelles semblent majeures. Il a essayé de reprendre son travail à la mi-journée, ce printemps, mais malheureusement il n'a pas pu donner suite plus de 3 jours.

(...)

(...) Sans aucun doute la fracture dorsale est responsable de la symptomatologie douloureuse, mais l'intensité douloureuse et le handicap fonctionnel qu'il décrit dépassent largement l'origine purement somatique. Il me semble évident que le modèle biomédical ne suffit pas pour expliquer la situation de ce patient, et que nous nous trouvons d'emblée devant une situation très complexe **bio-psycho-sociale**.

En effet, le patient n'a jamais su dans quelles conditions il a eu l'accident. En plus, la fracture dorsale n'a été diagnostiquée que dans un deuxième temps. D'emblée, on se trouve donc devant des facteurs évidents de chronification. A ce jour, il présente pour moi des éléments d'un état dépressif moyen à sévère, en plus de l'anxiété. L'incapacité de rejoindre le circuit professionnel, les difficultés financières et la récente lettre de licenciement ne font qu'aggraver son état psychologique et le rendre de plus en plus victime, non seulement de l'accident, mais aussi du circuit social. (...) Sans formation professionnelle, les seules ressources de sa vie ont été sa force physique de travail, or l'accident a diminué de manière visible sa seule valeur ».

Le 10 janvier 2007, la Dresse T._____, psychiatre et cheffe de clinique adjointe au CHUV, a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère et a signalé l'existence d'un probable trouble somatoforme douloureux persistant.

Le 30 avril 2007, le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a procédé à l'examen final de l'assuré et formulé l'appréciation suivante :

"(...)

Objectivement, on note une certaine accentuation de la cyphose dorsale et une longue scoliose dorso-lombaire. La musculature paravertébrale, qui est bien développée, est souple, douloureuse à la palpation dans la région dorsale moyenne, avec des réactions de retrait. La mobilité rachidienne est assez bien conservée mais la mobilisation est très prudente. (...)

En résumé, chez un patient à la thymie maintenant nettement abaissée, l'examen clinique retrouve, comme en 2005, essentiellement des signes de non organicité et une certaine

autolimitation, bien plus qu'un syndrome vertébral vraiment significatif.

(...)

Du point de vue thérapeutique, je ne vois pas bien ce qu'on peut faire de plus pour ce patient.

Compte tenu d'une co-morbidité psychiatrique assez évidente, les chances de réadaptation professionnelle me paraissent très faibles.

A moins que la Suva ne veuille investiguer plus avant la composante psychique, elle devrait clore le cas pour ce qui la concerne.

Du strict point de vue somatique, le patient conserve une pleine capacité de travail dans une activité légère et autorisant de fréquents changements de positions."

Compte tenu du fait que sur le plan somatique, l'état de santé de l'assuré devait être considéré comme stabilisé, la CNA l'a avisé par courrier du 23 mai 2007 qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux et au versement de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2007, tout en signalant qu'elle procéderait à l'examen des conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

Un stage organisé par l'Organisation Romande pour l'Intégration Professionnelle (ORIPH), sous l'égide de l'AI, s'est terminé sur un échec à cause du fort taux d'absentéisme de l'intéressé. La CNA a donc repris le versement de ses indemnités à compter du 6 octobre 2007.

En janvier 2008, le Dr P._____, neurochirurgien, à Lausanne, a procédé à une vertébroplastie de D12. Cette intervention n'a pas été assumée par la CNA, au motif qu'elle n'était pas en relation avec les suites de l'accident subi.

A la requête du médecin d'arrondissement, qui l'a examiné le 17 février 2009, l'assuré s'est à nouveau rendu les 27 avril et 8 mai 2009 à la consultation de la Dresse W._____, laquelle a écrit notamment ce qui suit dans son rapport du 11 mai 2009 :

"L'examen clinique et l'examen radiologique ne me semblent pas changés par rapport à ce que nous avons noté en 2006. Le patient a l'air "perdu" dans sa souffrance et la persistance des douleurs ne l'aide pas à accepter les changements que la vie lui impose. Il est donc dans le cercle vicieux douleurs-anxiété-insomnie-dépression-ressenti douloureux plus important.

Mis à part cet aspect psycho-social, il faut reconnaître que sur le plan mécanique il a subi d'importants changements et que la douleur qui irradie actuellement au long des côtes est très vraisemblablement en relation avec un problème costo-vertébral chez un patient qui a une attitude cyphotique et des dysbalances musculaires.

(...)

En ce qui concerne sa capacité de travail, elle me semble actuellement nulle, même dans une activité adaptée."

Dans un rapport adressé le 24 septembre 2009 au médecin conseil de la CNA, le Dr F._____, professeur associé, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et de la colonne vertébrale, de la Clinique du dos de Lausanne :

"La symptomatologie douloureuse de Monsieur R._____ est intense et invalidante malgré tous les traitements conservateurs et les deux vertébroplasties en D11 et D12 effectuées en 2005 et 2008. D'après mon examen, la symptomatologie est plutôt d'origine mécanique, aggravée par toute activité physique. L'étiologie pourrait bien trouver son origine dans une instabilité segmentaire D11-D12 résiduelle et un status après vertébroplastie de D11 avec fuite de ciment à l'intérieur du disque D11-D12. Ce type de traitement reste plutôt controversé, surtout mal indiqué, d'un côté chez un patient jeune et d'un autre côté sur un status de cyphose post-traumatique (l'accident ayant eu lieu en novembre 2004 et la vertébroplastie ayant été pratiquée en mars 2006). Dans le cas actuel, je ne vois hélas pas d'indication pour la poursuite d'un traitement conservateur, mis à part un traitement médicamenteux antalgique comme celui proposé par la Dresse W._____. A mon avis, Monsieur R._____ pourrait par contre faire l'objet d'un traitement chirurgical avec une spondylodèse rigide du segment D11-D12. Le patient semble, pour l'instant, peu motivé pour une telle prise en charge qui devrait de toute façon se faire dans le cadre de l'hôpital orthopédique chez le Dr N._____."

Dans un rapport adressé le 26 mars 2010 au Dr M._____, le Dr N._____, médecin chef au Service d'orthopédie et de traumatologie du CHUV, a indiqué notamment ce qui suit :

"Diagnostic:

► Dorsalgie sur :

- **Status post fracture / tassement D11 en novembre 2004**
- **Status post vertébroplastie D11 en mars 2006**
- **Status post vertébroplastie D12 en 2007**

(...)

Appréciation du cas :

Ce patient présente donc des dorsalgies dans le cadre d'un status post fracture tassement de D11 et d'un status post vertébroplastie de D11 et D12. Nous ne retenons pas pour ce patient d'indication chirurgicale, sachant qu'il y a peu de chance qu'une intervention qui consisterait éventuellement en une spondylodèse, apporte une amélioration quant à la symptomatologie douloureuse.

Nous proposons aux différents intervenants de poursuivre l'adaptation de l'antalgie ainsi que les traitements de physiothérapie qui semblent améliorer la symptomatologie."

Entre-temps, l'Al a, d'entente avec l'assuré, décidé d'organiser de nouvelles mesures dans le but de déterminer si une réadaptation apparaissait possible. Le 4 juin 2010, a eu lieu l'examen final à la CNA Lausanne.

B. La CNA Lausanne a rendu en date du 10 septembre 2010 une décision formelle, par laquelle elle a alloué à l'intéressé en raison de ses séquelles organiques résiduelles une rente d'invalidité transitoire d'un taux de 30% (fondée sur un gain assuré de 77'879 fr.) à partir du 1er octobre 2010, dans l'attente du résultat des mesures AI, tout en refusant la prise en charge de ses troubles psychiques, et lui a octroyé par ailleurs une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% (basée sur un revenu maximum assuré de 106'800 francs).

Par courrier recommandé du 11 octobre 2010, l'avocat de l'assuré a formé opposition contre cette décision, qu'il a complétée le 7 décembre 2010. Tout en contestant les taux de l'incapacité de gain et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ainsi que le refus de prise en charge de l'affection psychique de son client, il a requis la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire.

Par décision sur opposition du 28 février 2011, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré au motif que le litige à trancher était de nature essentiellement médicale et que l'assuré critiquait les appréciations du Dr M. _____ sans toutefois apporter aucun argument médical permettant de jeter un doute sur leur bien-fondé.

C. Par acte du 31 mars 2001, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition en concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1er octobre 2010 et qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI), dont le taux sera précisé en cours d'instance mais d'au moins 20 %, lui est allouée. Il a conclu subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Le recourant a également demandé la suspension de la cause pour permettre la production d'une expertise privée.

Le 24 mai 2011, le recourant a précisé sa conclusion III en ce sens qu'il requiert qu'une IPAI de 35% lui soit accordée. Il a confirmé pour le surplus les conclusions de son recours, relevé qu'il présente à dire d'expert une incapacité de travail totale sur le plan somatique ouvrant droit à une rente entière d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1er octobre 2010 et requis que le volet psychique de son dossier fasse l'objet d'une instruction.

Le recourant a produit une expertise privée effectuée le 17 avril 2011 par le Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale, à Lausanne, dont il ressort en substance ce qui suit :

« 2) a) SUR LA BASE DE VOS CONSTATATIONS, QUELLES SONT LES AFFECTIONS DONT SOUFFRE L'EXPERTISE EN RAPPORT AVEC L'ACCIDENT DU 28 NOVEMBRE 2004?

Ne sont fait ici mention que des diagnostics relevant de l'appareil locomoteur et dentaire.

- Etat après traumatisme crânien et cérébral avec perte de connaissance initiale d'une durée estimée à cinq heures ayant entraîné une amnésie des faits précédant immédiatement l'accident et des faits concernant l'accident du 28 novembre 2004.
- Etat après traumatisme facial avec plaie de la joue gauche suturée en urgence au centre hospitalier Portugais.
- Etat après traumatisme des pavillons des deux oreilles ayant nécessité des sutures en urgence.
- Etat après traumatisme de l'articulation temporo mandibulaire gauche avec limitation douloureuse de l'ouverture de bouche.

- Etat après fracture de la dent numéro 7 et état après traitement de cette fracture dentaire.
- Etat après fracture traumatique de la 11^{ème} vertèbre thoracique.
- Etat après diagnostic retardé de la fracture de la 11^{ème} vertèbre thoracique.
- Etat après lésion traumatique du disque intervertébral situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.
- Etat après issue de ciment dans le disque intervertébral situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.
- Etat après contusions multiples.
- Instabilité actuelle du disque situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.

b) DANS L'HYPOTHESE OU L'EXPERTISE N'EST PLUS CAPABLE DE TRAVAILLER DANS SON ANCIENNE ACTIVITE, QUEL EST SA CAPACITE DE TRAVAIL DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE? MERCI DE PRECISER LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES A PRENDRE EN COMPTE, CAS ECHEANT, EN DECRIVANT DEUX OU TROIS EXEMPLES D'ACTIVITES QUI POURRAIENT CONVENIR A L'EXPERTISE.

- L'ancienne activité lucrative de l'assuré était celle d'éboueur à la ville de Lausanne. Son emploi consistait au ramassage des ordures de tous types. La masse soulevée de façon quotidienne est évaluée à 10 tonnes par le responsable de l'assainissement de la ville de Lausanne.
- L'assuré n'est plus capable de travailler dans son ancienne activité lucrative.
- Justification de l'impossibilité d'exercer en tant qu'éboueur:

- L'instabilité discale entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques est une affection active très douloureuse qui proscrit toute activité physique même légère.
- L'instabilité discale est aggravée par la présence de ciment dans l'espace discal situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.
- L'instabilité est située entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques, endroit clé du rachis car situé immédiatement au-dessus de la jonction entre le rachis thoracique et le rachis lombaire.
- Déconditionnement musculaire paravertébral au travail, fonte musculaire ancienne associée à une perte des schémas de fonctionnement usuels lombopelviens.
- Le traitement médicamenteux actuel pris par l'assuré (médicaments antalgiques de classe III de l'Organisation Mondiale de la Santé) est totalement incompatible avec un travail de force.

- Activité adaptée:

L'expert ne connaît aucune activité adaptée à l'affection dont souffre actuellement l'assuré.

- Limitations fonctionnelles:

La lésion actuelle du rachis est telle qu'aucun emploi exercé en position assise ou debout n'est actuellement envisageable.

3) a) SUR LA BASE DE VOS CONSTATATIONS, QUELLES SONT LES AFFECTIONS DONT SOUFFRE L'EXPERTISE, SANS RAPPORT AVEC L'ACCIDENT DU 28 NOVEMBRE 2004?

Je ne constate aucune affection sans rapport avec l'accident du 28 novembre 2008.

Je discute ici la notion de trouble psychiatrique dont la mention est faite à de nombreuses reprises dans ce dossier. Bien que non qualifié en psychiatrie, il est licite que je donne ici mon opinion car il est admis selon un consensus international, que des troubles de la lignée psychiatrique font partie des signes et symptômes des troubles douloureux rachidiens chroniques.

J'y suis donc formé et, de plus, confronté de façon quotidienne dans ma prise en charge des affections chroniques du rachis. Ceci est d'ailleurs également le cas de la Dresse W._____ et du Dr. D._____ qui donnent également leur avis à plusieurs reprises dans ce dossier, tout comme le Dr. M._____, médecin d'arrondissement de la SUVA. Je constate que même madame J._____ lic. en droit, estime que la question de la causalité naturelle entre l'accident et les affections psychiatriques « peut rester ouverte ». (Page 8, décision sur opposition du 28 02 2011).

Il est reconnu dans la littérature internationale qu'une dépression secondaire à des douleurs chroniques du rachis peut apparaître. Certains travaux scientifiques évoquent la possibilité de lien chimique identique entre les médiateurs de la douleur et ceux intervenant dans les mécanismes de la dépression (Voir références infra).

Justification de l'affirmation de la notion de dépression chez M. R._____ :

La notion de dépression est clairement affirmée par la Dresse T._____, psychiatre. (Voir son évaluation du 10 janvier 2007). Le Dr. M._____, médecin d'arrondissement de la SUVA le reconnaît dans son appréciation du 30 janvier 2007: «comorbidité psychiatrique assez évidente». Les autres médecins traitants et en particulier le Dr. K._____, médecin de famille de l'assuré et qui le suit depuis son accident de 2004, ont également notés les signes de cette affection.

Justification du caractère secondaire de la dépression aux troubles rachidiens:

Dans le vocabulaire médical, le mot secondaire signifie «consécutif à». On ne retrouve pas d'antécédents de dépression anciens où récents à l'anamnèse de l'assuré. Ceci signifie que la dépression est bien apparue au décours de l'affection du rachis. Le terrain est favorable à l'apparition d'une dépression secondaire à un problème rachidien la perte de la force physique ne peut être que très dévalorisante chez un sujet chez qui elle représente la seule valeur de travail car il n'est au bénéfice d'aucun diplôme. Les signes cliniques de dépression

apparaissent au décours de l'affection de la colonne vertébrale. L'affection de la colonne vertébrale présente les éléments suffisants au déclenchement d'une dépression: affection grave, affection de longue durée, douleurs intenses, douleurs de longue durée, inefficacité des traitements médicaux, multiples interventions chirurgicales.

Toutes ces caractéristiques, par ailleurs notées à plusieurs reprises par les Dresses T._____ et W._____, prouvent que la dépression est bien secondaire aux troubles rachidiens.

On peut donc affirmer que les signes de la lignée psychiatrique à type de dépression secondaire à une affection douloureuse chronique de la colonne vertébrale existent chez R._____.

Si la causalité naturelle entre l'affection douloureuse chronique de la colonne vertébrale et la dépression secondaire est établie, reste à citer les critères objectifs permettant d'apprécier la causalité adéquate.

Classification de l'accident dans un groupe de gravité.

Je cite ici les critères objectifs qui peuvent être utilisés afin de ranger l'accident dans la classification recommandée en trois groupes: accident de peu de gravité, de gravité moyenne et grave.

1. Evaluation de la gravité médicale traumatologique de l'accident :

- Etat après traumatisme crânien et cérébral avec perte de connaissance initiale d'une durée estimée à cinq heures ayant entraîné une amnésie des faits précédant immédiatement l'accident et des faits concernant l'accident du 28 novembre 2004.
- Etat après traumatisme facial avec plaie de la joue gauche suturée en urgence au centre hospitalier Portugais; Etat après traumatisme des pavillons des deux oreilles ayant nécessité des sutures en urgence. Etat après contusions multiples.
- Etat après traumatisme de l'articulation temporo mandibulaire gauche avec limitation douloureuse de l'ouverture de bouche; Etat après fracture de la dent numéro 7.
- Etat après fracture traumatique de la 11^{ème} vertèbre thoracique.
- Etat après diagnostic retardé de la fracture 11^{ème} vertèbre thoracique.
- Etat après lésion traumatique du disque intervertébral situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.

Les lésions subies sont donc graves au sens médical du terme.

2. Evaluation des circonstances objectives concomitantes à l'accident:

L'accident a eu lieu en zone rurale. L'état de M. R._____ a nécessité son transfert en urgence d'un hôpital de zone à

l'hôpital de [...]. Le motif de transfert est manifestement la persistance du coma dans lequel il était plongé suite à son accident ainsi que les lésions de l'appareil locomoteur.

3. Caractère particulièrement impressionnant de l'accident:

- Etat du véhicule après l'accident.

Selon la compagnie de location du véhicule, celui-ci était détruit, ce qui montre la gravité de l'accident.

- Les pertes de mémoire consécutives à l'accident.

Celle-ci est de deux types. Il y a perte de mémoire des faits relatifs à l'accident. De plus, la perte des faits immédiatement antérieurs à l'accident est également totale. Ces deux pertes de mémoire sont, en ce mois d'avril 2011, encore totales. Si la perte de mémoire est un phénomène déjà fortement impressionnant en soi, elle ne peut l'être que plus chez une personne peu éduquée intellectuellement, ce qui est le cas de l'assuré.

- La limitation post traumatique douloureuse de l'ouverture de la bouche.

Celle-ci a duré plus d'un an après l'accident et a été marquée par une difficulté à s'alimenter pendant la même durée.

- La fracture vertébrale.

Si la gravité des lésions de la colonne vertébrale n'échappe à personne, celle-ci l'est encore plus dans le cas des patients dont la force physique est la seule ressource. Je rappelle que M. R._____ n'est au bénéfice que d'études primaires et ne possède aucun diplôme. Une fracture vertébrale représente à l'évidence un effondrement des valeurs de l'assuré.

4. Les lésions psychiques secondaires aux lésions somatiques:

Il est de consensus médical international que les affections psychiques à type de dépression secondaire et d'anxiété sont fréquemment retrouvées dans les affections douloureuses chroniques de la colonne vertébrale.

J'ai démontré ci-dessus la causalité naturelle dans ce dossier.

5. La durée anormalement longue du traitement médical:

L'accident a eu lieu le 28 novembre 2004. Ce jour, l'assuré doit encore prendre en association deux médicaments antalgiques majeurs, dérivés de la morphine. Ce qui prouve que le traitement n'est pas encore terminé. Je rappelle d'ailleurs que le Dr. M._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, dans son examen médical final daté du 4 juin 2010, demande «sous réserves de la médication antalgique et de consultations espacées».

Si le médecin d'arrondissement demande à l'administration la poursuite de la prise en charge du traitement médical, il est évident que le traitement n'est pas terminé.

La durée anormalement longue du traitement médical est donc attestée.

6. Les douleurs physiques de longue durée.

En ce mois d'avril 2011, le patient prend les médicaments suivants en association : Oxycontin, Oxynorm et Olfen. Il s'agit ici, respectivement, de deux antalgiques majeurs, associés à un anti-inflammatoire non stéroïdien à la dose maximale. Ceci prouve que l'intensité des douleurs est majeure.

Les douleurs ayant débuté au jour de l'accident, le 28 novembre 2004 et se poursuivant à ce jour, avril 2011, il est donc évident qu'il s'agit de douleurs de longue durée.

7. Les difficultés apparues au cours de la guérison.

Celles-ci sont multiples. Il y a eu, malgré la volonté évidente de l'assuré de réduire les dommages, une succession d'échecs des différents traitements médicaux entrepris. Ce qui se caractérise par des diminutions transitoires et partielles de douleurs, marquées par les multiples tentatives de reprises de travail et même d'un stage ORIPH. Les rechutes, caractérisées par le retour des douleurs, sont le type même de difficultés rencontrées au cours de la guérison. Ceci est également attesté par l'apparition du syndrome dépressif secondaire attesté par la psychiatre, la Dresse. T._____.

De plus, la guérison n'est pas actuellement acquise, comme l'atteste la demande de prise en charge du traitement médicamenteux par le médecin d'arrondissement. Il s'agit sans doute ici de la plus grande difficulté rencontrée au cours de cette affection.

Les difficultés apparues au cours de la guérison sont donc attestées et surtout non encore terminées puisque la guérison n'est pas acquise.

8. Les complications importantes.

L'échec de la prise en charge médicale est la complication la plus importante de ce dossier. Elle a d'évidentes conséquences tant sur le plan physique par la persistance des douleurs, que sur le plan psychique où la chronicisation des douleurs a entraîné l'apparition d'un syndrome dépressif secondaire. La conséquence sociale de l'accident la plus importante est la perte de l'emploi (licenciement avec effet au 31 mars 2007) et l'apparition de la notion d'invalidité, toujours mal vécue chez un travailleur manuel.

Les complications de cet accident sont donc importantes, tant sur le plan biologique, que psychique que social.

9. Le degré et l'incapacité de travail de l'assuré.

Si l'on examine la capacité de travail de l'assuré depuis l'accident du 28 novembre 2004, on peut résumer celle-ci par une capacité nulle la plupart du temps, émaillée par des tentatives multiples de reprise de son travail antérieur ou d'un emploi adapté.

Depuis le 28 novembre 2004, jusqu'à ce jour, avril 2011, la capacité de travail de l'assuré est donc quasi nulle.

b) QUELLE EST L'INCAPACITE DE TRAVAIL DE L'EXPERTISE DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE, EN TENANT COMPTE DE TOUTES SES AFFECTIONS (DECOULANT OU NON DE L'ACCIDENT)? MERCI CAS ECHEANT DE PRECISER LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES A PRENDRE EN COMPTE.

La lésion somatique, à la fois vertébrale et discale n'étant pas guérie à ce jour, l'expert ne peut pas décrire une activité adaptée. De plus, la pathologie psychiatrique obère la recherche d'un poste de travail adapté. Enfin les lourdes médications antalgiques prises par le patient actuellement ne sont pas compatibles avec un emploi.

La capacité de travail actuelle est nulle, même dans un emploi adapté.

4) DANS L'HYPOTHESE OU VOTRE AVIS DIVERGERAIT DE CELUI DE LA SUVA OU D'UN MEDECIN AYANT EXAMINE L'EXPERTISE SUR L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS POSEE CI DESSUS, MERCI DE PRECISER EN QUOI PUIS DE MOTIVER LES RAI SONS DE VOTRE DIVERGENCE.

Oui, mon avis diverge avec celui du médecin d'arrondissement, le Dr. M. _____.

J'examine ici l'appréciation qui est faite de la réalité des plaintes du patient.

Le Dr. M. _____ note le 27 09 2005 «au total, l'examen clinique retrouve plutôt des signes de non organicité et une certaine autolimitation, bien plus qu'un syndrome vertébral vraiment significatif». La même phrase est recopiée in extenso dans son appréciation du 30 04 2007. Il réaffirme cette position (« j'ai globalement l'impression que la situation est inchangée par rapport à celle qui prévalait lors de mon examen à l'agence du 30 04 2007 qui remonte à bientôt 2 ans ») lors de son compte rendu du 17 02 2009. Enfin, la conclusion du rapport de l'examen médical final du 04 06 2010 est, mot pour mot, strictement identique.

Il faut savoir que la notion médicale de «signes de non organicité» signifie que le médecin recherche des causes non organiques à un problème. En particulier il cherche des origines psychiques et non physiques à un syndrome douloureux. Il est de plus affirmé que le patient présente une «certaine autolimitation». Ceci fait donc sous-

entendre que le patient amplifierait ses douleurs sans motif physique réel.

Dans les pathologies de la colonne vertébrale, il est usuel d'utiliser les critères de WADDELL. Il s'agit d'une liste de critères dont la sommation selon un barème permet d'évoquer, ou non, une possible origine non organique à des douleurs.

J'avoue, à la lecture des rapports des médecins traitants du patient, ne pas comprendre l'affirmation réitérée du Dr. M._____. Celle-ci s'oppose totalement avec les rapports des médecins traitants. Je cite en particulier le rapport du Professeur [...], chef de service de rééducation de médecine physique et rhumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois : «Pas de signes comportementaux de Waddell», en date du 22 mars 2006. De façon plus précise, je relève au total à dix reprises l'opinion contraire à celle du Dr. M._____, en particulier de la part des docteurs D._____ (« pas de signes comportementaux de Waddell», le 16 février 2006), [...] (signes de Waddell à 0/5 le 18 01 2006), [...] (signes de Waddell à 2/5 le 20 06 2005). De plus, l'opinion du Dr. M._____ n'est pas étayée, que ce soit par l'utilisation des critères de Waddell ou par une autre échelle usuelle.

De la même façon est utilisé le terme de «certaine autolimitation». J'avoue que cette association de mots reste, pour moi, pour le moins abstrus.

Je me permets d'insister sur ces phrases et sur le contexte d'appréciation juridique qu'elles induisent car elles sont utilisées par madame J._____, lic. en droit, pour son argumentaire dans sa décision sur opposition de la SUVA datée du 28.02.2011.

Point 1 Page 7/13, paragraphe 5.

«A l'issue de son examen du 30 avril 2007, le Dr. M._____ a retenu que le syndrome vertébral constaté n'était pas vraiment significatif, en présence de signes sortant de la sphère organique et d'une certaine limitation».

Nous retrouvons donc les termes du médecin d'arrondissement. A la lumière de la discordance expliquée ci-dessus, cette assertion qui sert de base à l'évaluation réalisée par madame J._____ doit donc être remise en cause.

Point 2 paragraphe intitulé « FAITS » (page 2/13).

Page 2/13, madame J._____ écrit: « ...consultation de la Dresse W._____ laquelle après examen, a notamment retenu que l'intensité des douleurs invoquées et le handicap fonctionnel dépassaient largement l'origine purement somatique des plaintes et a partant évoqué l'existence d'un état dépressif moyen à sévère ».

Reprenons donc le texte de la Dresse W._____

Courrier du 19 décembre 2006 de la Dresse W._____, rhumatologie et rééducation FMH, Unité Réadaptation et Rachis du CHUV au Dr K._____. Ce courrier est le compte rendu des consultations des 10 octobre et 12 décembre 2006. «*Le patient semble très fiable lorsqu'il décrit ses symptômes et ses limitations fonctionnelles semblent majeures*». «*Sans aucun doute la fracture dorsale est responsable de la symptomatologie douloureuse, mais l'intensité douloureuse et le handicap fonctionnel qu'il décrit dépassent largement l'origine purement somatique. Il me semble évident que le modèle biomédical ne suffit pas pour expliquer la situation de ce patient, et que nous nous trouvons d'emblée devant une situation très complexe **bio-psycho-sociale***». «*D'emblée on se trouve donc devant des éléments évidents de chronification. A ce jour, il présente pour moi des éléments d'un état dépressif moyen à sévère, en plus de l'anxiété* ».

Force est de constater, en reprenant le texte original de cette spécialiste en rhumatologie et réadaptation de l'unité Réhabilitation et Rachis du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, que la phrase d'appréciation globale a disparue «le patient semble très fiable lorsqu'il décrit ses symptômes et ses limitations fonctionnelles semblent majeures». Cet oubli ne me semble pas admissible du point de vue médical.

Force est, à nouveau, de constater que la phrase suivante disparaît également sous la plume de madame J._____: «Il me semble évident que le modèle biomédical ne suffit pas pour expliquer la situation de ce patient, et que nous nous trouvons d'emblée devant une situation très complexe **bio-psycho-sociale**». Or, cette phrase est essentielle car nécessaire à la compréhension de la phrase précédente. Elliptique, elle peut l'être pour le non initié au langage médical. Pour le médecin auquel ce texte est destiné, le sens est parfaitement clair. La Dresse W._____ explique ainsi, par le raisonnement bio-psycho-social, le mode de présentation de la situation par le patient.

Ce modèle fait référence au modèle de raisonnement pour les expertises préconisé par l'académie Suisse de médecine des assurances (SIM).

« Et a partant évoqué l'existence d'un état dépressif moyen à sévère».

Là encore, la perte de la première partie de la phrase est bien malheureuse. La Dresse W._____ utilise à dessein le néo-anglicisme de chronification, terme utilisé par les spécialistes des douleurs chroniques. La phrase suivante de la Dresse W._____ est modifiée par madame J._____. En effet, la Dresse W._____ poursuit en utilisant le terme «il présente pour moi des éléments d'un état dépressif moyen à sévère». Ceci signifie qu'elle étaye son jugement de chronification par la constatation d'éléments de dépression chez le patient.

La Dresse W. _____ ne retient pas par ces phrases le diagnostic de dépression. La Dresse W. _____ relève des « éléments d'un état dépressif moyen à sévère ». Elle n'affirme ni n'évoque d'aucune manière, contrairement à l'écrit de madame J. _____, la présence d'un état dépressif moyen à sévère. Elle relève la présence d'éléments de dépression, ce qui, en langage médical n'a pas du tout la même signification.

Plus grave, à mon sens de médecin, est l'utilisation dévoyée de l'expression « et a partant ». Je ne retrouve, dans le texte de la Dresse W. _____ aucun mot ni dans ce paragraphe cité, ni dans l'ensemble du rapport, de terme évoquant une relation de cause à effet.

Au total, madame J. _____, prélève, dans son texte du 28 février 2011, un certain nombre de mots du courrier de la Dresse W. _____ en date du 19 décembre 2006. Ces mots ne sont pas cités. Ces prélèvements sont tronqués, il manque les phrases essentielles à la simple compréhension du texte. Il est enfin ajouté une relation de cause à effet, non utilisée par la Dresse W. _____. La conclusion de madame J. _____, « et a partant évoqué l'existence d'un état dépressif moyen à sévère » est fausse.

La plupart des erreurs faites par Me J. _____ sont dues, sans doute, à l'incompréhension d'un texte écrit par et destiné à un médecin. Réjection me sera le terme a partant.

Remarque.

J'analyse, à la lumière de ce qui précède, la phrase suivante de madame J. _____. « Ledit diagnostic a été confirmé le 10 janvier 2007 par le Dresse T. _____ ». Il pourrait paraître, pour le non initié au langage médical, une contradiction avec mes propos. Il n'en est rien. Le diagnostic de dépression est retenu par la Dresse T. _____. C'est un fait. A l'inverse, le Dresse W. _____ n'a noté dans son rapport, et non comme diagnostic, que la présence d'éléments d'un état dépressif » et non un état dépressif. A nouveau, la Dresse W. _____ étaye simplement son diagnostic de chronification par des éléments de la lignée dépressive. Je fais enfin remarquer que la Dresse T. _____ ne fait pas la classification de la dépression constatée.

Néanmoins, cette phrase, placée en exergue dans le début du texte "FAITS", ne peut en aucun cas être admise, pour les raisons ci-dessus décrites.

(...)

Conclusion :

La lésion traumatique de la colonne vertébrale subie le 28 novembre 2004 par l'assuré est double. Elle associe:

1. Une fracture de la 11^{ème} vertèbre thoracique, au niveau de la partie antérieure du corps vertébral ainsi que du plateau inférieur.
2. Une lésion traumatique du disque situé entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques.

Il est important de comprendre qu'il s'agit ici d'une lésion grave car elle associe des lésions osseuses à des lésions discales.

Cette association lésionnelle est grave car elle entraîne de vives douleurs. Celles-ci sont exacerbées lors de la moindre sollicitation de la colonne vertébrale car la lésion est proche de la charnière entre la région dorsale et la région lombaire. Toute activité qu'elle soit de loisir ou de travail, en position debout ou couchée, entraîne la mobilisation de cette région et donc des douleurs.

Cette association lésionnelle est grave car elle est susceptible d'évoluer. L'histoire de l'assuré nous le confirme ici. La lésion osseuse s'est aggravée avec une diminution de la hauteur de la partie antérieure du corps vertébral de D11. On a tenté par la vertébroplastie de D11 d'enrayer cette aggravation. Le ciment chirurgical a atteint son but et le versant osseux de la lésion ne montre plus d'aggravation. La lésion discale initiale a, elle aussi, évoluée.

Au jour de l'expertise, l'instabilité discale les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres thoraciques est majeure. Cette instabilité est la source principale des douleurs de l'assuré. Ces douleurs sont d'une grande intensité comme le prouve le recours à une association double de médicaments antalgiques majeurs associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien à dose maximale.

Cette instabilité discale représente surtout un problème qui n'est pas réglé et qui continuera à faire souffrir Monsieur R. _____ dans les années à venir.

L'expert rejoint en cela les conclusions du Pr. Dr. F. _____.

5) LE TAUX D'IPAI RETENU PAR LE DR M. _____ ET LA SUVA, SOIT 10%, VOUS PARAÎT T'IL CORRECT? SI NON, QUEL EST LE TAUX D'IPAI APPLICABLE ET POUR QUELLE RAISON VOTRE AVIS DIVERGE T'IL DE CELUI DE LA SUVA?

Le taux retenu pour l'Indemnité Pour Atteinte à l'Intégrité retenu par le Dr. M. _____ et la SUVA est de 10%.

La table retenue pour cette évaluation est celle qui découle de l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36, al. 2), détail N°2870/7.f, selon les art.24, 25 et 36 de l'ordonnance sur la loi sur l'Assurance- Accidents.

Reprenons les quatre points de l'art. 36.

- «Une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie».

La notion d'atteinte à l'intégrité est remplie en raison de la lésion discale persistante entre les 11^{ème} et 12^{ème} vertèbres dorsales d'une

part et, d'autre part, par la lésion osseuse de la 11^{ème} vertèbre dorsale. L'atteinte à l'intégrité est réputée durable car les lésions ci-dessus citées ne sont pas susceptibles de guérison spontanée. Ceci est admis de consensus scientifique international.

L'atteinte à l'intégrité psychique n'est pas évaluée. Voir ci-dessous.

- «Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave».

- L'altération importante de l'intégrité physique est attestée par la nature décrite ci-dessus des lésions osseuses et discale.
- L'altération de l'intégrité psychique, dans le cadre des douleurs chroniques du rachis est également attestée par le rapport de la Dresse T._____.

Ce point n'a pas été pris en compte par le Dr. M._____ lors de son évaluation du 30 04 2007. Il est en effet noté à la page 2 « dans le cas particulier de M. R._____, si on fait abstraction de la comorbidité psychiatrique, on peut raisonnablement penser que... ». Ce point demande donc examen et évaluation médico-théorique puisque la pathologie psychiatrique est induite par les douleurs chroniques dues aux lésions vertébrales post traumatiques.

- « L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 ». (Voir infra).

Selon l'OLAA, l'appréciation de l'atteinte à l'intégrité en cas d'affection vertébrale doit se fonder principalement sur les limitations fonctionnelles, les altérations anatomo-pathologiques. (radiographies) n'étant qu'un critère secondaire.

Il y a donc deux critères usuels à examiner, les douleurs fonctionnelles et l'angle de cyphose locale en D11, puis on analyse les limitations fonctionnelles, coeur de l'évaluation.

(...)

Nous sommes donc ici face à un important traitement antalgique.

Néanmoins, il est évident que les douleurs restent importantes, et ce, malgré la prise de ce traitement. (Le Dr M._____ recommande lui-même la poursuite de ce traitement et sa prise en charge ainsi que son suivi médical dans son rapport médical final).

(...)

- Reste donc à évaluer les limitations fonctionnelles, coeur de l'estimation.

Je reprends l'évaluation objective faite par le Dr. M._____ dans son évaluation de l'IPAI du 30 04 2007. Je cite: « le patient s'aide des mains pour se relever de la flexion antérieure du tronc et la projection postérieure est vite interrompue en raison des douleurs qu'elle provoque». La description faite par mon confrère est donc très précise car elle évoque deux gestes tout à fait usuels de la vie

courante, à savoir se relever d'une position penchée en avant et revenir vers l'avant après s'être penché en arrière. Il est clair, à la lecture de la description du confrère, que ces gestes sont très difficiles à réaliser. Les limitations fonctionnelles sont donc majeures.

(...)

Enfin, Il faut souligner que la situation physique n'est pas stabilisée, en raison du caractère évolutif de la lésion discale. (Voir point 4 de l'art.36).

e) Appréciation finale de l'IPAI

Ceci fait choisir à l'expert dans une valeur d'atteinte à l'intégrité physique de 35%.

Remarque:

En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi.

Je ne suis pas compétent pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité psychique, conséquence des douleurs chroniques rachidiennes.

Je recommande un avis d'expert dans ce cadre.

- Il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité. Une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible. Il faut souligner que la situation physique n'est pas stabilisée, en raison du caractère évolutif de la lésion discale. Voir point précédent dans l'évaluation de l'IPAI.

6) UNE AUTRE EXPERTISE, PAR EXEMPLE PSYCHIATRIQUE, VOUS PARAÎT ELLE INDICQUÉE POUR ETABLIR, LE CAS ECHEANT, UNE INCAPACITE DE TRAVAIL?

Oui, une expertise psychiatrique me paraît indiquée dans ce dossier. Elle permettrait de compléter l'évaluation de la capacité de travail et également d'éclairer de façon chiffrée l'atteinte à l'intégrité en ce qui concerne la composante psychique. »

Dans sa réponse du 5 octobre 2011, l'intimée a adhéré partiellement aux conclusions du recours en ce sens qu'elle a accepté de reprendre l'instruction du cas en ce qui concerne les questions de l'exigibilité et de l'IPAI. L'intimée a dès lors accepté la nécessité d'une réévaluation de la situation médicale.

A l'appui de sa réponse, elle a produit un rapport du Dr L._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 21 septembre 2011, dont il ressort en substance ce qui suit :

« **Appréciation médicale**

(...)

Discussion

(...)

Je reviendrai plus tard sur les arguments portés respectivement par les Drs M._____ et X._____ pour aboutir à leurs propres conclusions, que l'on doit admettre contradictoires.

Le bref résumé du cas ci-dessus reflète avant tout mon impression générale du cas de M. R._____, à savoir que, malgré une prise en charge médicale abondante par des intervenants compétents, on doit pourtant oser dire que le résultat de cette prise en charge est médiocre, voire mauvais, et que ce résultat est la conséquence d'une évaluation à mon avis insuffisante du problème fracturaire présenté par M. R._____ et de l'application de mesures thérapeutiques non adaptées en conséquence.

Sans oublier que la critique est aisée et que l'art est difficile, ce jugement sévère a posteriori a ses raisons d'être, puisqu'à sept ans d'une fracture vertébrale, on est confronté à un assuré présentant certainement des troubles invalidants persistants, quelle que soit la capacité de travail au demeurant considérée.

Naturellement, ma critique repose sur des éléments concrets que je me propose d'exposer ici :

Au jour de l'accident subi par M. R._____, accident que l'on ne peut pas qualifier de mineur selon les données à disposition, un bilan radiologique du rachis a été effectué.

Même en connaissance du diagnostic a posteriori, l'analyse de ces premières radiographies ne permet pas de conclure de manière tranchée à la présence d'une fracture, en présence d'une légère déformation, respectivement d'une cunéiformisation minimale du corps de Th11.

En effet, même une analyse approfondie du cliché ne permet pas de mettre en évidence de manière décisive des signes de traumatisme récent et cette légère déformation vertébrale pouvait être interprétée soit comme un status séquellaire fracturaire minimale ancien, soit comme des séquelles d'un trouble de croissance localisé.

Vu cependant cette petite déformation et apparemment la présence d'une clinique localisée spécifique, on aurait sans doute pu trouver adapté d'effectuer un complément par CT-scan.

Lorsque l'assuré a été rapatrié, malgré des plaintes localisées spécifiques et, selon toute apparence, un comportement adéquat

(interview à l'agence Suva du 22 décembre 2004) de sa part face à ses problèmes douloureux, il aura malheureusement fallu tout de même deux mois pour que fût effectué un contrôle radiologique. On aura égard naturellement au fait qu'il s'est agi malheureusement de la période des fêtes de fin d'année mais, en présence d'une image radiologique au moment de l'accident non parfaitement physiologique et en présence d'une symptomatologie spécifique, on aurait pu espérer que ce contrôle advînt plus précocement.

À la découverte de la fracture, il est dit à maintes reprises dans les actes qu'un traitement conservateur a été instauré.

Selon les renseignements à disposition, le terme de conservateur est abusif puisqu'il n'y a pas eu prescription de moyens d'immobilisation ou de contention. En fait, considérant le temps passé depuis la fracture, il a été retenu que celle-ci devait être consolidée et il a été appliqué un traitement fonctionnel. Pour rappel, lors de traitements conservateurs de fracture vertébrale - attitude tout à fait acceptable selon le type fracturaire - le temps de contention moyen, respectivement d'immobilisation par corset, varie de six semaines à trois mois, selon l'évolution radiologique. Considérer à deux mois de la fracture de ne pas appliquer de corset et se contenter d'un traitement fonctionnel, à savoir probablement de la physiothérapie de renforcement musculaire hors charge et d'épargne fonctionnelle, était tout à fait admissible, pour autant qu'on ait spécifié de manière certaine le type de fracture et confirmé que ce type de fracture était compatible avec le traitement proposé. Or, on ne compte bientôt plus les études ayant démontré que les examens radiologiques standards sont nettement insuffisants pour typiser une fracture et évaluer son degré de stabilité.

Ainsi, à découverte de la fracture, surtout de manière tardive, je retiens qu'il était nécessaire d'effectuer des examens complémentaires, en particulier un CT-scan, examen qui reste le gold standard pour l'évaluation des atteintes traumatiques osseuses, l'IRM apportant quant à elle plus d'informations sur la biologie fracturaire et sur les atteintes disco-ligamentaires. Pourtant, cet examen CT-scan n'a apparemment jamais été effectué, ce qui se traduit par le fait que jamais cette fracture n'a été typisée de manière précise, respectivement selon des classifications reconnues.

À ce propos, à constatation d'une évidente évolution de la fracture entre l'accident et le contrôle à deux mois, on devait d'emblée considérer qu'il ne s'agissait pas d'une banale fracture-tassement avec bonne stabilité primaire.

Relativement aux investigations complémentaires, ce n'est qu'à la fin du mois de juillet 2005 qu'on a retenu indiqué d'effectuer une IRM, lequel examen ne permet clairement pas une évaluation adéquate du type fracturaire, ce qui sera confirmé à travers le traitement ensuite proposé et instauré.

En effet, en mars 2006, soit une année et demi après la fracture, il est décidé d'effectuer une vertébroplastie de Th11. Disons-le d'emblée, il s'agissait d'une mauvaise option thérapeutique et cette mauvaise

option thérapeutique est, comme déjà dit, le résultat d'une mauvaise évaluation de la fracture.

Il s'agit d'un traitement non adéquat pour plusieurs motifs.

Premièrement, considérant une origine organique des douleurs, donc un problème de type mécanique, soit sur consolidation fracturaire insuffisante, soit sur instabilité segmentaire persistante après consolidation, soit finalement sur cal vicieux, il n'existait aucun argument valable pour imaginer que l'introduction d'un matériel inerte comme du ciment dans la fracture puisse résoudre le problème.

Deuxièmement, s'agissant d'un patient âgé à l'époque de 46 ans, en l'absence d'ostéoporose généralisée avérée mais seulement après constatation d'une légère déminéralisation localisée au rachis lombaire, empêcher toute évolution biologique naturelle en introduisant un ciment acrylique non susceptible de se dégrader par la suite m'apparaît pour le moins discutable.

Troisièmement, on rappellera que l'efficacité à moyen et long terme des méthodes de vertébroplastie et de cyphoplastie sont sujettes à caution. Elles doivent être généralement réservées aux fractures pathologiques, soit sur ostéoporose, soit dans des situations tumorales bénignes ou malignes. Il s'agit avant tout d'une mesure palliative, lorsqu'aucun traitement alternatif résolutif n'est proposable.

Dans le cas précis de M. R._____, j'avoue ne pas comprendre le raisonnement suivi pour retenir indiquée une vertébroplastie, chez un patient jeune, actif, présentant un problème vertébral de type purement traumatique avec un problème séquellaire visiblement mécanique en fin de traitement fonctionnel.

Au risque de passer pour réactionnaire voire même un peu sectaire, je retiens malgré tout qu'une indication chirurgicale reste l'apanage du chirurgien, condition qui ne met naturellement pas le patient à l'abri de complications mais qui lui donne malgré tout une certaine assurance que des interventions inutiles voire délétères, même quand il s'agit d'interventions considérées comme mini-invasives, ne seront pas effectuées.

En l'occurrence, chez M. R._____, l'évolution aura malheureusement confirmé le caractère inutile du geste proposé, voire même son caractère délétère. La migration de ciment au niveau de l'espace interdiscal a prouvé que le type de fracture n'avait pas été évalué de manière correcte et n'a certainement pas eu un effet favorable sur les caractéristiques biomécaniques d'un disque intervertébral déjà endommagé par la fracture subie.

Quant à la seconde vertébroplastie, même en l'absence d'informations complémentaires (celle-ci n'ayant pas été fournie par le chirurgien l'ayant accomplie), on aura tendance à conclure qu'il n'existait strictement aucune indication à effectuer ce geste, mais qu'au moins l'intervention n'aura pas entraîné de complications, pour

autant qu'on admette qu'introduire un matériel inerte non biologique dans une vertèbre soit sans conséquences.

Sur base de la documentation à disposition, je ne peux, comme déjà dit, typiser de manière certaine la fracture présentée par M. R._____.

Cependant, il apparaît du décours qu'il ne s'agit pas d'une simple fracture-tassement, puisqu'aussi bien il existait une claire infraction corticale au niveau du plateau inférieur. En prenant comme référence la classification AO des fractures vertébrales, il s'agit très certainement d'une fracture de type A, c'est-à-dire résultant d'un mécanisme en flexion-compression. Vu la présence de l'atteinte corticale de milieu du plateau inférieur, je retiens qu'il s'agit sans doute d'une fracture de type A2, plus précisément A2.2, c'est-à-dire une fracture du corps vertébral avec un trait de fracture dans le plan frontal. Je n'ai pas réussi cependant à voir si cette fracture était complète, à savoir s'il existait également un prolongement du trait fracturaire sur les corticales latérales et la corticale du plateau supérieur.

Quoi qu'il en soit, considérant la possibilité d'une fracture de ce type, le traitement conservateur est acceptable mais certains auteurs considèrent une évolution vers la pseudarthrose dans 50 % des cas. On aura donc compris qu'en conséquence d'une prise en charge non idéale avec un diagnostic insuffisant et une intervention non adaptée, l'assuré a présenté une évolution tout à fait défavorable de sa fracture vertébrale Th11.

Reste maintenant à savoir s'il existe encore des possibilités d'améliorer l'état de santé et les troubles douloureux au dos de l'assuré ou si l'on doit malheureusement considérer une situation sans retour.

Personnellement, je partage l'avis du Prof. F._____ et du Dr X._____ qui retiennent comme diagnostic pouvant être à l'origine des troubles, une instabilité en Th11-Th12. On notera toutefois qu'aucunes investigations permettant d'étayer cette instabilité n'ont été pratiquées, tels des clichés fonctionnels en flexion-extension de profil de la colonne thoraco-lombaire. Il est donc difficile de prouver vraiment l'existence de cette instabilité.

On notera également qu'il n'a pas été répété d'examen IRM, afin de savoir s'il existait une évolution de la discopathie ou une altération de la biologie osseuse persistante au niveau du corps vertébral.

La prise de position du Dr N._____ est tout à fait compréhensible mais je ne la partage pas. En proposant une abstention thérapeutique, le Dr N._____ va naturellement dans le sens de l'assuré qui ne désire pas d'intervention complémentaire. L'abstention thérapeutique n'apparaît pas très logique si l'on admet que le problème est mécanique mais apparaît tout à fait adaptée si l'on considère un état de *failed back surgery syndrome*, diagnostic qui doit normalement faire considérer une abstention chirurgicale.

Sur bases des informations à disposition, je ne retiens pas pleinement ce diagnostic, même s'il est clair que la chronicisation des douleurs et les troubles dépressifs surajoutés doivent faire considérer un effet limité d'une intervention chirurgicale corrigeant un très probable problème mécanique.

Il est de plus bien clair que l'intervention de spondylodèse proposée à l'assuré, laquelle serait susceptible d'améliorer au moins partiellement les troubles douloureux, n'est pas d'une intervention exigible.

En conséquence, puisque l'intervention n'est pas exigible et que l'assuré a exprimé son souhait de ne pas effectuer cette intervention, on peut naturellement, comme l'a considéré le Dr M._____, retenir que le cas est stabilisé, ce qui ne signifie pas un état de guérison, comme semble le sous-entendre le Dr X._____ à la page 14 de son expertise (point 5), avec suspension des traitements en cours, mais seulement un état non susceptible de se modifier de manière importante, permet tant l'établissement d'une exigibilité et la définition du dommage permanent donnant droit à une IpAI.

Relativement à cette exigibilité, deux médecins se sont formellement prononcés, à savoir le Dr M._____ et le Dr X._____.

Le Dr M._____, pour établir son exigibilité, s'est basé sur des évaluations cliniques répétées et sur l'avis des spécialistes ayant pris en charge l'assuré.

Quant au Dr X._____, il s'est déterminé en se basant sur une analyse approfondie du dossier.

Si je partage l'avis du Dr X._____, qui considère une origine organique probable de la majorité des troubles présentés par l'assuré, et si j'admets que l'assuré puisse être gêné par cet état et par les traitements assumés en conséquence, je ne comprends cependant pas quels arguments - s'agissant selon ses conclusions d'un problème mécanique vertébral - lui font conclure qu'aucune activité ne peut plus être envisagée, cela de manière diamétralement opposée au Dr M._____ qui retenait quant à lui une pleine capacité dans un cadre adapté.

S'agissant toutefois de l'évaluation du Dr M._____, il n'apparaît pas clairement quels facteurs sont considérés comme non organiques et donc non pris en considération dans la définition de l'exigibilité, respectivement il apparaît difficile de comprendre pourquoi, alors que l'assuré référait lors de la dernière évaluation une aggravation notable de la symptomatologie par rapport aux évaluations précédentes, il a été considéré l'absence de motifs pour modifier l'exigibilité définie presque quatre ans auparavant.

D'autre part, l'absence de modification des examens radiologiques standards m'apparaît dans la circonstance particulière un argument insuffisant pour conclure à une stabilité de la situation.

Relativement à l'IpAI, je rejoins également le Dr X._____ quand il signale qu'en status après fracture, il est nécessaire de mesurer le

degré de cyphose vertébrale résiduelle pour définir le taux. Ceci n'ayant pas été effectué lors de la définition du taux, on est dès lors en droit de remettre en doute au moins partiellement la validité du taux défini.

Je ne me prononcerai cependant pas pour l'heure sur le taux d'IpAI ou la capacité de travail que j'estimerai quant à moi adéquats. En effet, à lecture de cette appréciation, on aura compris qu'il existe, pour le cas de M. R._____, matière à reprendre l'instruction, respectivement à réévaluer sa situation médicale.

Comme première mesure, avec l'accord des parties, je sollicite la possibilité d'évaluer personnellement l'assuré, afin de coordonner d'éventuelles mesures médicales complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques.

Conclusions

L'analyse des actes médicaux du dossier de M. R._____ ne permet pas de convalider entièrement les décisions administratives émises par la Suva le concernant et il apparaît ainsi indiqué une reprise de l'instruction avec réévaluation de la situation médicale. »

Par déterminations du 5 décembre 2011, le recourant a relevé les points suivants :

- Il a mis en oeuvre, à ses frais, une expertise privée, qu'il a confiée au Dr X._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialiste de la colonne vertébrale. Cette expertise, datée du 17 avril 2011 et d'un coût de 4'000 fr. (la note d'honoraires étant produite en annexe), expose de manière détaillée la pathologie dont souffre le recourant, puis les raisons pour lesquelles l'avis du Dr M._____ ne doit pas être retenu.

- L'expertise privée du Dr X._____ se fonde sur des examens complets, qui ont été réalisés en présence du recourant. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport prend en considération les plaintes de la personne examinée et a été établi en pleine connaissance du dossier. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires; les conclusions de l'expert sont circonstanciées et motivées. En d'autres

termes, le rapport médical du Dr X._____ remplit tous les critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante.

- L'appréciation médicale du Dr L._____ a été soumise au Dr X._____, lequel a confirmé le contenu et les conclusions de son expertise. Son diagnostic concorde du reste avec ceux posés d'abord par le Prof. F._____, puis le Dr N._____. L'expert a également indiqué que la reprise de l'instruction proposée par la SUVA était inutile, dès lors qu'elle n'amènerait aucun élément utile supplémentaire dans cette problématique à son avis simple et claire.

- Dans ces conditions, il s'oppose à la proposition de l'autorité intimée de reprendre l'instruction, dès lors qu'il estime que les éléments médicaux produits au dossier, en particulier l'expertise du Dr X._____, sont suffisants pour rendre une décision, soit l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35%. Il confirme ainsi les conclusions principales II et III en réforme prises dans son recours du 31 mars 2011 et dans ses déterminations du 24 mars 2011. Subsidiairement, dans l'hypothèse où la décision serait annulée et la reprise de l'instruction ordonnée, le recourant augmente ses conclusions en ce sens qu'il requiert que l'autorité intimée soit condamnée à lui rembourser la somme de 4'000 fr. au titre de l'expertise réalisée le 17 avril 2011, laquelle a permis au recourant de faire reconnaître le bien-fondé de sa position par la SUVA.

Par déterminations du 6 janvier 2012, la CNA a rappelé qu'il était nécessaire en présence d'avis médicaux divergents de réévaluer la situation médicale de l'assuré, ce qui nécessite la reprise de l'instruction du cas. En ce qui concerne les dépens réclamés par le recourant à titre de remboursement de ses frais d'expertise privée, l'intimée s'en remet à justice.

Ces déterminations ont été communiquées au recourant, par son conseil.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (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 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 respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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. 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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).

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.

Selon l'art. 30 al. 1 OLAA, lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a), avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b), avec la fixation de la rente définitive (let. c).

b) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, de par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2).

Selon l'art. 36 al. 1 OLAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2 p. 227).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une "règle générale" (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1; TF 8C_365/2007 du 15 mai 2008, consid. 7.2; ATF 124 V 211 consid. 4a/cc) et permettent de

procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

3. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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 256 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. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

4. A teneur de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours.

a) En l'espèce, l'intimée a fait partiellement usage de cette faculté en acceptant de reprendre l'instruction du cas en ce qui concerne les questions de l'exigibilité et de l'IPAI. Le recourant s'est opposé à la proposition de l'autorité intimée de reprendre l'instruction, dès lors qu'il estime que les éléments médicaux produits au dossier, en particulier l'expertise du Dr X._____, sont suffisants pour rendre une décision, soit l'octroi d'une rente entière d'invalidité, ainsi qu'une indemnité pour

atteinte à l'intégrité de 35%, de sorte que le recours a toujours un objet. A relever que le recourant a déclaré que le Dr X._____, interpellé à la suite des déterminations du Dr L._____, ne souhaiterait plus le complément d'instruction tel que préconisé dans son expertise. Cet élément n'est toutefois pas déterminant comme il sera exposé ci-dessous.

b) Dans son expertise, le Dr X._____ a constaté que la capacité de travail de recourant était actuellement nulle, même dans une activité adaptée pour les motifs suivants : le recourant présente une fracture de la 11ème vertèbre thoracique, au niveau de la partie antérieure du corps vertébral ainsi que du plateau inférieur, une lésion traumatique du disque situé entre les 11ème et 12ème vertèbres thoraciques. Il s'agit d'une lésion grave car elles associent des lésions osseuses à des lésions discales, ce qui entraîne de vives douleurs, susceptibles d'évoluer. Celles-ci sont exacerbées lors de la moindre sollicitation de la colonne vertébrale car la lésion est proche de la charnière entre la région dorsale et la région lombaire. Toute activité qu'elle soit de loisir ou de travail, en position debout ou couchée, entraîne la mobilisation de cette région et donc des douleurs. L'expert précise toutefois que la lésion somatique, à la fois vertébrale et discale n'étant pas guérie à ce jour, l'expert ne peut pas décrire une activité adaptée. De plus, la pathologie psychiatrique obère la recherche d'un poste de travail adapté. En ce qui concerne l'appréciation de l'IPAI, l'expert privé relève qu'en cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un l'accident, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage et qu'il n'est pas compétent pour l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité psychique, qui est la conséquence des douleurs chroniques rachidiennes, de sorte qu'il recommande l'avis d'un expert psychiatre. Il souligne également que la situation physique n'est pas stabilisée, en raison du caractère évolutif de la lésion discale et conclut notamment qu'une expertise psychiatrique permettrait de compléter l'évaluation de la capacité de travail et également d'éclairer de façon chiffrée l'atteinte à l'intégrité en ce qui concerne la composante psychique.

Quant au Dr L._____, il relève que le Dr M._____, pour établir son exigibilité, s'est basé sur les évaluations cliniques répétées et sur l'avis des spécialistes ayant pris en charge l'assuré et que le Dr X._____ s'est déterminé en se basant sur une analyse approfondie du dossier. S'il partage l'avis du Dr X._____ - qui considère une origine organique probable de la majorité des troubles présentés par l'assuré -, et s'il admet que l'assuré puisse être gêné par cet état et par les traitements assumés en conséquence, le Dr L._____ ne comprend cependant pas quels arguments - s'agissant selon ses conclusions d'un problème mécanique vertébral - font conclure à l'expert privé qu'aucune activité ne peut plus être envisagée, cela de manière diamétralement opposée au Dr M._____ qui retenait quant à lui une pleine capacité dans un cadre adapté. De même, le Dr L._____ déclare ignorer quelle part de l'atteinte pourrait être due à des éléments non organiques. Relativement à l'IPAI, il rejoint également le Dr M._____ quand il signale un status après fracture, de sorte qu'il est nécessaire de mesurer le degré de cyphose vertébrale résiduelle pour définir le taux. D'autre part, le Dr L._____, rejoignant en ce sens l'avis du Dr X._____, relève que l'absence de modification des examens radiologiques standards constatée par le Dr M._____ ne permet pas de conclure à une stabilité de la situation, de sorte qu'il recommande une réévaluation médicale de la situation du recourant.

Compte tenu de tous ces points de divergence qui séparent les considérations des médecins conseils de la CNA de celles de l'expert privé et des médecins traitants de l'assuré - sans que l'on puisse dénier une valeur probante à leurs avis respectifs -, et compte tenu du fait que la Cour de céans ignore les conséquences des douleurs chroniques rachidiennes sur l'atteinte à l'intégrité psychique tant sur le plan de l'exigibilité que sur le taux de l'IPAI, qu'elle ignore également l'évolution de la lésion somatique, à la fois vertébrale et discale, qu'elle ignore si celle-ci est stabilisée ou non, ainsi que son effet sur la capacité de travail dans une activité adaptée et sur le taux de l'IPAI, il appartient à un expert de départager et de compléter ces opinions conformément à la jurisprudence (ATF 135 V 465).

Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la CNA pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (en tous les cas orthopédique et psychiatrique), conformément à l'art. 44 LPGA, puis rende une nouvelle décision. En l'occurrence, le renvoi est justifié si l'on considère les lacunes du dossier et l'ampleur de l'instruction complémentaire encore nécessaire (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62). Le juge peut également mettre ces frais d'expertise privée à la charge de l'assureur social dont les conclusions sont finalement admises, lorsque celui-ci a violé son obligation d'instruire la cause d'office (arrêt M. du 21 octobre 2003 [U 282/00] consid. 5.1).

Tel est le cas en l'espèce. En effet, l'instruction à laquelle a procédé l'intimée est incomplète. Dès lors que l'expertise privée du Dr X._____ s'est révélée nécessaire à l'instruction de la cause et que ce rapport a permis d'aboutir à la constatation que l'intimée avait violé son obligation d'instruire, les frais y afférents, par 4'000 fr., doivent être mis à la charge de l'assureur social. Par conséquent, la conclusion du recourant tendant à la prise en charge des frais de l'expertise privée par l'intimée doit être admise.

6. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée, la cause étant renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA ; art. 45 LPA-VD). En revanche, le recourant qui obtient gain de cause a droit au

remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le Tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, applicable en vertu de l'art. 1 LAA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu de fixer la participation aux honoraires du conseil du recourant à 2'000 fr., TVA incluse, qui sont mis à la charge de l'intimée qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). A ce montant, il faut ajouter la prise en charge de l'expertise privée, par 4'000 fr. (consid. 5 ci-dessus), ce qui représente la somme de 6'000 fr. pour les dépens en faveur du recourant.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 28 février 2011 est annulée et la cause renvoyée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- IV. Une indemnité de 6'000 fr. (six mille francs), à verser au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Claudio Venturelli, avocat (pour R. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA),
- 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 :