

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juin 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffier : Mme Parel

* * * * *

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Michael Weissberg, avocat
à Bienne,

et

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

Art. 6 LAA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. Le 5 juillet 2000, P._____, né en 1965 (ci-après : l'assuré), a fait une chute de 15 mètres lors d'un exercice de pompier. Cet accident a eu pour conséquence la fracture de la vertèbre D12, qui a entraîné une paraplégie sensitivo-motrice incomplète, une fracture des processus transverses de L1-L5 avec lésion du sac dural et de la moëlle, une fracture multifragmentaire de la cheville gauche, une fracture du cotyle droit et un hémothorax. L'assuré a été opéré le 6 juillet 2000 (laminectomie D10-D12, suture du sac dural, spondylodèse D11-L1 avec autogreffe osseuse et ostéosynthèse de la cheville). L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a eu lieu le 15 octobre 2001.

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) a pris à sa charge les frais de traitement ainsi que les conséquences financières de l'incapacité de travail de l'assuré. Elle lui a notamment alloué une rente d'invalidité à 100 % à compter du 1^{er} mars 2003 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI); après la fixation de la rente, la CNA a pris en charge les frais de différents traitements en application de l'art. 21 LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20).

Le 26 avril 2010, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a fait part au Dr W._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré, du résultat de la consultation du 15 avril précédent en ces termes :

"Je vous remercie de m'avoir adressé le patient susmentionné que j'ai examiné le 15.04.2010 et chez lequel le bilan neurologique a été complété par une IRM lombaire effectuée le 21.04.2010 au [...].

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Il s'agit donc d'un sympathique patient victime lors d'un exercice pompier dans les falaises de [...] d'une chute avec fracture D12 et paraplégie sensitivo-motrice incomplète de niveau supérieur D12 en 2000.

Grâce à des efforts importants, M. P._____ a partiellement récupéré de ses atteintes et peut faire actuellement quelques pas sans cannes. Néanmoins, persiste encore un manque majeur de force et de sensibilité des 2 membres inférieurs s'accompagnant d'une hyperpathie ainsi que de troubles sphinctériens portant sur les

urines et les selles (auto-sondages et évacuation mécanique des selles).

Pour le problème des douleurs, M. P. _____ recourt à la prise de Lyrica 300 mg le matin et 150 mg le soir et de Rivotril 1 mg le soir. Il bénéficiait préalablement d'une pompe qui a été enlevée en raison d'un problème cutané au niveau du réservoir.

Motif de la présente appréciation, M. P. _____ se plaint de douleurs à caractère sciatalgique partant de la région lombaire et irradiant le long du membre inférieur droit jusqu'au niveau du petit orteil. Cette douleur est présente depuis l'accident. A la demande, M. P. _____ signale qu'il avait déjà souffert préalablement à l'accident de lombosciatalgies. Parallèlement aux douleurs du membre inférieur droit à caractère sciatalgique, comme mentionné plus haut, le patient présente des douleurs diffuses à type d'hyperpathie au niveau des 2 membres inférieurs avec un niveau supérieur sous-ombilical.

Vous m'adressez le patient afin que je tente de déterminer si possible l'origine mécanique ou neuropathique des douleurs irradiant le long du membre inférieur droit.

EXAMEN NEUROLOGIQUE :

En station debout et à la marche on note des troubles statiques vertébraux modérés avec une cicatrice d'intervention calme. La percussion des apophyses épineuses dorso-lombaires est indolore. Il n'y a pas de contracture de la musculature paravertébrale. Le tonus fessier est bilatéralement diminué. Les points de Valleix sont bilatéralement négatifs. La flexion latérale et antérieure lombaire est intestable. Le patient fait quelques pas avec appui. La station sur la pointe des pieds est impossible bilatéralement. La station sur les talons est ébauchée à droite et parétique à gauche.

En position couchée on note au niveau des membres inférieurs une manoeuvre de Lasègue entraînant de légers tiraillements lombaires en fin de mouvements ddc. L'étude de la trophicité révèle une hypotrophie globale modérée et des oedèmes malléolaires gauches. Les réflexes tendineux sont inobtenables. Le cutané plantaire est en flexion ddc. Le testing de la force musculaire révèle une faiblesse de l'extension du pied et des orteils et surtout une importante faiblesse de la flexion plantaire du pied et des orteils au niveau du membre inférieur droit. Au niveau du membre inférieur gauche, on note une bonne préservation globale de la force musculaire hormis une impossibilité de flexion plantaire de la plante et des orteils. L'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse globale en-dessous de D1 ddc avec des phénomènes d'hyperpathie de contact. La sensibilité posturale est nulle bilatéralement La pallesthesie est nulle à droite et est à 1-2/8 à gauche

EMG :

Description :

Membre inférieur droit :

Quadriceps : fibrillations et potentiels lents; aux mouvements, un tracé intermédiaire dissocié de 3-4 mV. Jambier antérieur : fibrillations et potentiels lents; aux mouvements, un tracé intermédiaire dissocié modérément polyphasique de 3-4 mV.

Extenseur commun des orteils : fibrillations et potentiels lents nombreux; aux mouvements, un tracé fortement dissocié de 1-2 mV.

Jumeau interne : aspect ligneux du muscle à l'insertion de l'aiguille; fibrillations et potentiels lents; aux mouvements, un tracé simple de 100-200 µV.

Membre inférieur gauche :

Jambier antérieur : quelques fibrillations et potentiels lents; aux mouvements, un tracé simple accéléré de 6-8 mV. Extenseur commun des orteils : quelques fibrillations à l'insertion de l'aiguille; aux mouvements, un tracé simple de 8 mV. Jumeau interne : aspect ligneux du muscle à l'insertion de l'aiguille; fibrillations et potentiels lents; aux mouvements, un tracé simple de 100 μ V.

Conclusion :

Examen mettant en évidence des signes d'atteinte neurogène périphérique d'aspect ancien dans la plupart des muscles examinés au niveau des 2 membres inférieurs prédominant sur les myotomes L5 et surtout S1 et du côté gauche.

IRM LOMBAIRE :

Cet examen met en évidence des remaniements post-traumatiques et post-opératoires de D12 ainsi que du cône médullaire avec un aspect de séparation du sac dural en regard.

On note en outre des protrusions discales diffuses postérieures L3-L4 et L4-L5 entraînant une ébauche de canal lombaire étroit et une discrète protrusion discale diffuse postéro-médiane L5-S1. Il n'y a pas d'évidence de compression radiculaire significative hormis bien entendu les remaniements post-traumatiques et post-opératoires de D12.

RESUME DU CAS ET APPRECIATION :

Il s'agit donc d'un patient se plaignant dans les suites d'une chute avec fracture de D12 et atteinte sensitivo-motrice incomplète de niveau supérieur D12 d'une part de douleurs diffuses des 2 membres inférieurs et d'autre part de douleurs à caractère sciatalgique irradiant le long du membre inférieur droit jusqu'au petit orteil. A cela s'ajoute bien entendu un déficit moteur et sensitif global des 2 membres inférieurs ainsi que des troubles sphinctériens persistants importants.

Le but du présent bilan est de déterminer si possible l'origine des «sciatalgies droites».

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué permet de retrouver un tableau d'atteinte sensitivo-motrice globale des 2 membres inférieurs de niveau supérieur D12/L1 prédominant sur les segments L5 et S1. Il n'y a pas de francs signes d'irritation radiculaire pour autant qu'on puisse en juger précisément.

L'examen clinique a été complété par un ENMG des 2 membres inférieurs. Cet examen met en évidence des signes d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des deux membres inférieurs d'aspect plutôt chronique et ancien prédominant sur les myotomes L5 et surtout S1 et du côté gauche. Il n'est pas possible sur la base de cet examen de mettre en évidence une atteinte indépendante des séquelles de l'atteinte de la queue de cheval.

Au vu de l'impossibilité de trancher clairement sur la base des éléments cliniques et électrophysiologiques, j'ai encore fait pratiquer une IRM lombaire afin d'écartier un éventuel processus compressif intrarachidien surajouté à l'atteinte de la queue de cheval notée préalablement. Cet examen confirme s'il était besoin l'existence de remaniements post-traumatiques et post-opératoires au niveau D12 ainsi que du cône médullaire. Cet examen met en évidence quelques altérations dégénératives disco-vertébrales sous-jacentes mais pas d'éléments clairement indicateurs d'une compression radiculaire indépendante du status post-traumatique.

Sur la base des éléments à notre disposition, j'estime n'avoir pas identifié de cause mécanique surajoutée aux séquelles du traumatisme du cône médullaire/queue de cheval.

Sur la base du présent bilan, je ne peux donc que proposer la poursuite du traitement actuellement en cours, sans autre, en adaptant si besoin les doses d'antalgiques à la situation."

Le 12 octobre 2010, l'assuré a fait l'objet d'une intervention chirurgicale par le Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie auprès de la Clinique B._____. Le compte rendu opératoire indique notamment ce qui suit :

- " - (...)
- Repérage radiologique avec radiographie de l'interligne L4-L5.
- On réalise alors une laminectomie centrale L4-L5, qui est un peu plus importante du côté droit et qui va permettre peu à peu de redonner un calibre normal au canal sur cet interligne.
- On obtient ainsi une bonne décompression du fourreau dural et des racines.
- Visiblement, il existe une petite contrainte d'origine discale, mais qui est en partie compensée par la décompression de ce canal.
- (...)"

Le 19 octobre 2010, le Dr C. _____ a notamment écrit au Dr W. _____ ce qui suit :

"Je rends à vos bons soins Monsieur P. _____ que vous connaissez bien et pour lequel l'intervention réalisée le 12.10.2010 s'est déroulée sans aucun problème.
Les suites immédiates ont été relativement simples, avec une discrète diminution des douleurs radiculaires, assez peu de douleurs lombaires malgré la chirurgie itérative et ses antécédents, et il a bien retrouvé tous ses transferts.
(...)"

Le 3 février 2011, la CNA a indiqué à la Clinique B. _____ que, selon les renseignements médicaux en sa possession, l'opération du 12 octobre 2010 ne pouvait pas être mise dans une relation de causalité, pour le moins probable, avec les suites de l'accident du 5 juillet 2000 de l'assuré et que le cas devait par conséquent être annoncé auprès de l'assurance-maladie compétente.

Par téléphone du 10 février 2011, l'assuré a déclaré s'opposer à l'avis de la CNA, expliquant que les douleurs dont il se plaint depuis l'accident ont diminué de 50 %. Il a réclamé une décision formelle.

Le 7 mars 2011, le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a établi l'appréciation médicale suivante :

"Le 05.07.2000, le patient a fait une chute avec fracture de D12 ayant entraîné une paraplégie sensitivo-motrice incomplète de niveau inférieur D12, ayant motivé une laminectomie D10-D12 suivie d'une spondylodèse D11/L1.

En avril 2010, selon le rapport du Dr H. _____, persistance d'un manque majeur de force et de sensibilité des MI s'accompagnant d'une hyperpathie ainsi que de troubles sphinctériens portant sur les urines et les selles. Le patient souffrait alors de douleurs à caractère sciatalgique, partant de la région lombaire et irradiant le long du MID jusqu'au niveau du petit orteil. Cette douleur était présente depuis l'accident mais M. P. _____ signalait qu'il avait déjà souffert, préalablement à l'accident, de lombosciatalgies. Parallèlement aux douleurs du MID à caractère sciatalgique, le patient présentait, comme déjà mentionné plus haut, des douleurs diffuses à type d'hyperpathie au niveau des MI avec un niveau supérieur sous-ombilical.

Le motif de la consultation chez le Dr H. _____ était de déterminer si possible l'origine mécanique ou neuropathique des douleurs irradiant le long du MID. L'examen clinique pratiqué par le Dr H. _____ a mis en évidence un tableau d'atteinte sensitivo-motrice globale des MI au niveau inférieur D12, prédominant sur les segments L5 et S1. Il n'y avait pas de franc signe d'irritation radiculaire. L'examen clinique a été complété par un ENMG des MI. Cet examen mettait en évidence des signes d'atteinte neurogène périphérique dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des MI, d'aspect plutôt chronique et ancien, prédominant sur les myotomes L5 et surtout S1 et du côté G. Il n'était pas possible, sur la base de cet examen, de mettre en évidence une atteinte indépendante des séquelles de l'atteinte de la queue-de-cheval.

Une IRM lombaire montrait l'existence de remaniements post-traumatiques et post-opératoires au niveau D12 ainsi que du cône médullaire. Cet examen mettait également en évidence quelques altérations dégénératives disco-vertébrales sous-jacentes mais sans élément clairement indicateur d'une compression radiculaire indépendante du status post-traumatique.

Le 12.10.2010, le patient a été opéré par le Dr C. _____ d'un recalibrage canalaire L4-L5 avec spinectomie et mise en place d'un amortisseur inter-épineux L4-L5 en conditions microchirurgicales (laminectomie centrale L4-L5 un peu plus importante du côté D avec obtention d'une bonne décompression du fourreau dural et des racines malgré l'existence d'une petite contrainte d'origine discale). L'indication opératoire était claudication médullaire avec névralgie L5 D par canal lombaire étroit segmentaire avec discopathies dégénératives et protrusion herniaire L4-L5 D.

En se référant aux documents en notre possession, nous pouvons penser que depuis 2000, les sciatalgies que présentait le patient résultaient tout d'abord d'une atteinte radiculaire de S1 puis de L5, et que cette symptomatologie était due à une sténose canalaire de L4-L5 d'origine vraisemblablement dégénérative et non post-traumatique, la spondylodèse indiquée par la fracture de D12 se trouvant à une distance de trois segments mobiles de la région opérée le 12.10.2010.

La relation de causalité entre l'accident du 05.07.2000 avec fracture de D12 motivant une laminectomie D10-D12 suivie d'une spondylodèse D11/L1 et l'opération de re-calibrage canalaire L4-L5 ne peut donc être retenue comme probable."

Le procès-verbal établi le 15 mars 2011 par l'inspecteur de la CNA G. _____ concernant l'entretien qu'il a eu le même jour avec l'assuré au domicile de ce dernier relève notamment ce qui suit :

"Les raisons pour lesquelles la Suva ne peut pas intervenir pour l'intervention subie au niveau de la colonne lombaire ont été expliquées. M. P. _____ a pris connaissance de l'avis exprimé par les médecins-conseil de la Suva.

L'intervention a été un succès. L'amélioration est nette. M. P. _____ se verticalise plus facilement, il a moins de douleurs et dort mieux. (...)

M. P. _____ peut comprendre le point de vue de la Suva, mais il a réagi car son chiropraticien lui a dit que la position assise induite par sa paraplégie favorisait ce genre de problème. (...)

Il nous remercie de bien vouloir transmettre une copie de notre prise de position à sa caisse-maladie, le X. _____, afin que cette caisse puisse faire sa prise en charge."

Par lettre du 17 mars 2011, la CNA a confirmé à l'assuré qu'elle ne prendrait pas en charge l'opération du 12 octobre 2010, vu l'absence de relation de causalité, pour le moins probable, avec les suites de l'accident du 5 juillet 2000.

Le 28 mars 2011, l'assuré a indiqué à la CNA qu'après réflexion, il contestait la décision de cette dernière dès lors que ni le chirurgien ni son médecin traitant n'avaient pu donner leur avis.

Le 16 mai 2011, le Dr C. _____ a établi le certificat médical suivant :

"Je soussigné certifie avoir pris en charge pour une intervention chirurgicale réalisée le 12 octobre 2010 Monsieur P. _____, que je viens de revoir.

L'évolution est plutôt favorable, il a été en partie amélioré, le bilan radiologique de contrôle est satisfaisant, et bien évidemment, comme cela a déjà été précisé, il existe une relation de causalité entre cette pathologie traitée chirurgicalement et son accident du 5 juillet 2000."

Par décision du 16 juin 2011, la CNA a confirmé son refus d'allouer des prestations d'assurance à l'assuré pour l'intervention du 12 octobre 2010, en raison de l'absence de relation de causalité, au moins probable, avec les suites de l'accident du 5 juillet 2000.

Par écriture du 14 juillet 2011, l'assuré, désormais assisté de Me Michael Weissberg, avocat à Bienne, a formé opposition à la décision

de la CNA du 16 juin précédent, en faisant valoir que l'avis médical du Dr C._____ confirmait le lien de causalité entre la pathologie traitée chirurgicalement le 12 octobre 2010 et l'accident du 5 juillet 2000.

Le 3 octobre 2011, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin conseil auprès de la CNA a établi un avis médical rédigé en allemand.

Par décision sur opposition du 7 octobre 2011, la CNA a confirmé sa décision du 16 juin 2011 en se fondant sur l'avis médical du Dr M._____, corroboré par les conclusions du Dr Q._____, auxquelles il a reconnu une pleine valeur probante.

B. Par acte du 9 novembre 2011, P._____ a recouru contre la décision sur opposition de la CNA du 7 octobre précédent en concluant à son annulation, l'intimée étant condamnée à prendre à sa charge les frais de l'opération du 12 octobre 2010. Le recourant fait principalement valoir que le chirurgien qui l'a opéré, le Dr C._____, est un spécialiste en neurochirurgie du rachis, de sorte qu'il y a lieu de suivre son avis médical qui conclut à un lien de causalité entre l'accident du 5 juillet 2000 et l'intervention chirurgicale litigieuse.

Le 5 décembre 2011, le recourant a produit le certificat médical établi le 22 novembre 2011 par le Dr C._____, qui a la teneur suivante :

"Je, soussigné, certifie avoir pris en charge pour une intervention chirurgicale rachidienne réalisée le 12.10.2010 Monsieur P._____.
Ce patient n'avait absolument aucun antécédent rachidien, sans lombalgie, sans névralgie sciatique, sans blocage lombaire et tous ses problèmes ont commencé après un accident survenu le 05.07.2000, entraînant une chute d'une paroi de 15m, avec un traumatisme lombaire majeur puisqu'il existe une fracture de T12, avec une paraplégie partielle.
Il a été traité par laminectomie et spondylodèse postérieure de T10 à L2, ce qui a entraîné une dégénérescence rapide du reste de sa colonne.
J'ai donc été amené à l'opérer pour un recalibrage du canal afin de traiter une discopathie dégénérative L4/L5, qui entraînait un

bombement postérieur et une compression des racines sur cet interligne.

Bien évidemment, l'apparition aussi rapide d'une atteinte discale à son âge est liée à l'importance du traumatisme qu'il a subi en 2000, à la fois lors du choc puisque celui-ci a été extrêmement violent, et également liée au traitement qui a été entrepris, puisque la spondylodèse de T10 à L2 a entraîné un blocage de la colonne et a donc fait travailler davantage les interlignes sous-jacents en particulier L4/L5."

Par réponse de son conseil, Me Didier Elsig, du 30 janvier 2012, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle se réfère pour l'essentiel aux conclusions de ses médecins conseils, les Drs M. _____ et Q. _____, selon lesquelles la pathologie et la symptomatologie à l'origine de l'opération du 12 octobre 2010 sont d'origine dégénérative, préexistaient à l'accident et ne constituent pas une séquelle de celui-ci.

Le 16 avril 2012, le recourant a confirmé ses conclusions et a produit le rapport médical établi le 30 mars 2012 par le Dr W. _____, qui a la teneur suivante :

"Je, soussigné Médecin traitant du patient, certifie avoir pris la suite de la prise en charge médicale du patient susmentionné depuis novembre 2001. Depuis cette date, la majorité des traitements a reposé sur le suivi après le traumatisme de 2000.

La problématique du dos existe depuis l'accident. Antérieurement, il est fait mention dans le dossier médical préexistant de vagues lombalgies. En 2006, une intervention de réduction pondérale a été réalisée avec la mise en place d'un by-pass et avec succès, vu que le patient est arrivé progressivement à descendre sous les 100 kg. Mais, des modifications structurelles ont également suivi cette réduction de poids, notamment au niveau de la mobilité de la colonne dorsolombaire, modifications qui ont été régulièrement suivies par les spécialistes du Centre de paraplégiques de K. _____, aussi car ce patient bénéficiait d'un système d'antalgique par pompe intrathécale et ceci, par l'entremise de l'équipe du Docteur V. _____ du Centre antalgique de l'Hôpital de [...]. D'ailleurs, en 2007 il a fallu changer la canule intrathécale en raison de : «déchirure de la canule liée à la perte pondérale, et aux modifications structurelles intra rachidiennes secondaires à l'accident de 2000». Malheureusement, déjà en fin 2007 ce système n'est plus fonctionnel, c'est-à-dire que les douleurs deviennent difficilement gérables, il est alors revu par le Centre Suisse des paraplégiques en janvier 2008. On évoque alors très clairement que les modifications structurelles lombaires sont en rapport avec l'accident de 2000 et qu'elles sont forcément accélérées par les modifications structurelles qui ont été induites par cet accident et les réparations neurochirurgicales idoines. Nous sommes donc en janvier 2008!

Monsieur P. _____ va patienter tant bien que mal jusqu'au début 2010 avec la symptomatologie qui est décrite dans le rapport du Docteur Q. _____ (pour le compte de la CNA) dans son appréciation médicale du 3 octobre 2011. Néanmoins, il faut savoir qu'avant le geste chirurgical du Docteur C. _____ du mois d'octobre 2010, l'équipe du Docteur V. _____ à l'Hôpital de [...] avait essayé sous contrôle radioscopie en juillet 2010, une injection infra foraminale L4-L5 pour éviter, si possible, de devoir opérer chirurgicalement ce patient. Malheureusement, ce geste s'est révélé un échec immédiatement en raison d'une accentuation brutale des douleurs et l'apparition d'un bloc moteur bilatéral qui a duré près de 2 heures, puis qui s'est progressivement estompé en ne laissant que le fond douloureux antérieur connu !!! C'est donc dans cette optique que l'approche neurochirurgicale était la seule possibilité restante pour enlever les douleurs, la pompe intrathécale ne pouvant agir qu'au niveau de la zone de fracture initiale, c'est-à-dire la jonction dorsolombaire.

Récemment, nos Confrères du Centre des paraplégiques de K. _____ nous ont expliqué à nouveau le rôle prépondérant de l'accident initial de 2000 dans le développement des complications lombaires basses, et que malgré l'intervention «a minima» qui avait été réalisée en octobre 2010, il fallait s'attendre à devoir potentiellement réintervenir sur cette colonne lombaire instable.

Par conséquent, et avec la notion du temps dans la prise en charge de ce patient qui me caractérise comme Médecin traitant de Monsieur P. _____, je reste convaincu qu'une partie des complications lombaires basses est directement liée aux suites de l'accident de 2000, c'est dans ce sens que je pense que le présent rapport doit aller. (...)"

Dans ses déterminations du 10 juillet 2012, l'intimée a indiqué que le rapport médical du Dr W. _____ du 30 mars 2012 ne modifiait pas sa position, fondée sur les avis de spécialistes expérimentés en traumatologie, à savoir les Drs M. _____ et Q. _____ et H. _____. Elle a confirmé ses conclusions en se référant, pour le surplus, à sa réponse du 30 janvier 2012.

Le 16 août 2012, le conseil du recourant a produit le rapport médical établi le 16 avril 2012 par le Dr S. _____, chef de clinique (Oberarzt) du Service ambulatoire du Centre suisse des paraplégiques, dont il ressort que, si l'intervention chirurgicale du 12 octobre 2010 n'a pas fondamentalement changé la situation du recourant sur le plan de la douleur, elle l'a améliorée sur le plan de la force. Le recourant a également produit le rapport médical établi le 3 avril 2012 par le Dr Y. _____, médecin chef (leitender Arzt) du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie du Centre suisse des paraplégiques, à

l'attention du Dr W._____, qui mentionne notamment que l'intervention pratiquée en 2010 n'a pas entraîné de diminution des douleurs.

Dans ses déterminations du 13 décembre 2012, le conseil de l'intimée a notamment relevé que les rapports médicaux du Centre suisse des paraplégiques produits par le recourant faisaient état d'une absence d'amélioration des douleurs suite à l'intervention chirurgicale litigieuse, ce qui confortait sa mandante dans sa position.

Par déterminations du 7 février 2013, le recourant a fait valoir ce qui suit :

"La question qui se pose dans le procès est de savoir si l'opération du mois d'octobre 2010 est la conséquence de l'accident que le recourant a subi le 5 juillet 2000 ou s'il s'agit d'une maladie. Contrairement à ce que fait valoir l'avocat de l'intimée, le soussigné a renoncé à faire traduire les rapports du Centre suisse des paraplégiques de K._____ car ces derniers ne se prononcent malheureusement pas sur la question centrale du procès. Quant à la question de savoir si l'opération a totalement remédié à la situation du requérant sur le plan des douleurs ou si une autre opération serait éventuellement nécessaire n'est pas l'objet de la présente procédure. De plus, il sied de relever qu le Dr. med. S._____ a constaté dans sa lettre du 16 août 2012 que cette opération n'a pas fondamentalement changé la situation du recourant sur le plan des douleurs mais que sa situation s'était améliorée sur le plan de la force."

Par écriture du 6 mars 2013, l'intimée a indiqué maintenir ses conclusions et se référer intégralement à sa prise de position du 13 décembre précédent ainsi qu'à ses précédentes écritures.

Le 8 avril 2013, l'intimée a produit la traduction en langue française du rapport médical du 3 octobre 2011 du Dr Q._____ telle que reproduite ci-après :

"Appréciation médicale

Monsieur P._____ avait été opéré le 12.10.2010 par le Dr C._____, neurochirurgien à la Clinique B._____, en raison d'une claudication neurogène avec névralgie (radiculopathie) L5 à droite, sur canal lombaire étroit avec discopathie et protrusion discale L4 droite. Le canal rachidien lombaire en L4/L5 avait fait l'objet d'un recalibrage microchirurgical avec ablation de l'apophyse épineuse et mise en place d'un amortisseur interépineux en L4/L5. Le rapport

détaillant cette intervention ne comportait pas d'informations quant à l'indication opératoire. À cette occasion, une laminectomie centrale L4/L5 avait été effectuée de manière un peu plus marquée à droite qu'à gauche; ce geste avait permis d'obtenir progressivement un diamètre normal du canal rachidien à ce niveau et avait entraîné une excellente décompression du sac dural et des racines nerveuses. L'on pouvait facilement identifier un discret rétrécissement d'origine discale, mais qui était compensé en partie par la décompression du canal lombaire. Un amortisseur interépineux 12 mm de type Coflex (voir photographie, fig. 1) avait été fixé aux apophyses à la fin de l'intervention pour stabiliser la zone susmentionnée.

Dans un rapport médical daté du 16.05.2011, le Dr C. _____ indiquait que la suite de l'évolution médicale était assez favorable; l'état de l'assuré s'était partiellement amélioré. Le contrôle radiologique était satisfaisant. Comme il l'avait déjà souligné précédemment, le Dr C. _____ considérait qu'il y avait un rapport de causalité évident entre la pathologie traitée de manière opératoire et l'accident du 05.07.2000. Dans un courrier adressé à la Suva, Me M. Weissberg, Dr en droit et directeur de l'Association suisse des paraplégiques, reprenait pour son compte l'opinion exprimée par le Dr C. _____; il demandait ainsi à la Suva de rembourser les coûts découlant l'opération susmentionnée.

Rappelons que l'on ne dispose pas d'explications permettant de justifier le lien de causalité supposé entre l'opération précitée et l'événement accidentel.

En sa qualité de médecin d'arrondissement, le Dr M. _____, chirurgien FMH, procédait le 07.03.2011 à l'analyse des pièces du dossier. Il en dégagait les faits essentiels suivants : la symptomatologie présentée par l'assuré était attribuable à une sténose du canal lombaire en L4/L5, d'origine vraisemblablement dégénérative et non pas posttraumatique. La spondylodèse effectuée en raison de la fracture du corps vertébral de D12 se trouvait trois segments au-dessus de la sténose évoquée précédemment. De ce fait, il n'y avait pas de lien de causalité vraisemblable entre l'accident du 05.07.2000, ayant nécessité une laminectomie de D10 à D12 ainsi qu'une spondylodèse de D11 à L1, d'une part, et l'élargissement (recalibrage) du canal rachidien lombaire en L4/L5, d'autre part.

Discussion

Les pièces du dossier à disposition débutent par la relation d'un événement accidentel ayant eu lieu le 05.07.2000 avec la chute de l'assuré d'une falaise. L'opération que nous avons décrite précédemment avait été réalisée le 06.07.2000 par le Dr [...] du Service de neurochirurgie du [...] : hémilaminectomie D11/D12 et D10 des deux côtés avec décompression de la moelle épinière et suture d'une déchirure de la dure-mère. Le patient avait fait une chute d'un talus d'une hauteur de 15 mètres et il avait développé une paraparésie. L'accident avait provoqué une fracture-éclatement de D12.

Le même jour, un fixateur externe avait été mis en place au niveau de la cheville (art. tibio-tarsienne) gauche, sans que cette opération ne soit décrite de manière plus détaillée. Monsieur P. _____ avait été transféré au Centre suisse des paraplégiques (CSP) en raison d'une paraplégie incomplète en-dessous de D12. Le 06.12.2000, la liste des diagnostics était complétée entre autres par la mention de fractures-arrachements des apophyses transverses de L1 à L5 (sans

que le côté ne soit précisé) et d'une fracture instable du bassin de type B 2.3, selon la classification de l'AO, avec disjonction sacro-iliaque droite et fracture de l'ischion droite (fig. 3+4.)

Le CT-scan du 27.07.2000 montrait l'articulation sacro-iliaque droite dans une situation de compression alors que cette même articulation du côté gauche présentait éventuellement une légère ouverture antérieure, un fixateur du bassin étant en place (fig. 3). L'examen mettait aussi en évidence une fracture non déplacée de l'apophyse transverse droite de L5 (flèche tracée sur la fig. 4). La radiographie de profil du 12.07.2000 faisait apparaître un status après redressement de D12 à l'aide d'un fixateur externe fixé entre D11 et L1 (fig. 2).

La blessure de la région de la cheville (art. tibio-tarsienne) correspondait à une fracture du pilon tibial. Avant que l'assuré ne quitte l'hôpital pour bénéficier de son premier séjour de réhabilitation, les interventions ci-après avaient été réalisées : mise en place d'un fixateur externe au niveau du bassin, ablation d'un fixateur externe de la jambe gauche et ostéosynthèse par plaque et par vis le 25.07.2000; ablation du fixateur externe du bassin le 11.10.2000.

À l'admission du patient au Centre suisse des paraplégiques (CSP), la cotation du déficit musculaire de ses extrémités inférieures était la suivante : à droite, valeur de M1 estimée pour L2, L3, L4 et S1, pas d'appréciation sûre pour L5. À gauche, seule une valeur correspondant à M1 était évaluée pour L3; les autres valeurs ne pouvaient être obtenues en raison du fixateur externe et de vives douleurs dorso-lombaires. L'examen du système moteur du 18.07.2011 débouchait sur les résultats ci-dessous : M2-M3 à droite et M3 à gauche pour L2, M5 à droite et M4 à gauche pour L3, M3-4 à droite et M4-5 à gauche pour L4, M2 des deux côtés pour L5, pas de valeurs indiquées pour S1. De ce fait, ces différentes valeurs mesurées satisfaisaient aux critères d'une atteinte neurologique de type ASIA D (selon l'échelle d'anomalie ASIA ou «ASIA impairment scale»).

Lors d'un examen réalisé le 25.06.2002 à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion, le score moteur ASIA était de 46/50 à droite et de 46/50 à gauche; l'on obtenait ainsi un score de 92 points sur un maximum de 100 points possibles. Le 16.01.2008, au Centre suisse des paraplégiques, l'on mettait en évidence une paralysie à nette prédominance distale se traduisant par les déficits moteurs suivants : MO pour l'extenseur du gros orteil droit et M3-4 pour l'extenseur du gros orteil gauche, MO pour les fléchisseurs plantaires de la cheville des deux côtés, M5 pour les fléchisseurs de la hanche droite et M4-5 pour les fléchisseurs de la hanche gauche, M5 pour les extenseurs du genou à droite et M4 pour les extenseurs du genou gauche. Ces valeurs correspondaient comme précédemment à un degré d'atteinte neurologique de type ASIA D.

Le patient était examiné sur le plan neurologique les 15.04. et 21.04.2010 par le Dr H._____ de Lausanne; ce spécialiste diagnostiquait une paraplégie incomplète déjà connue en-dessous de D12 associée à des sciatalgies droites rejoignant le petit orteil. Ces investigations neurologiques étaient demandées pour que l'on puisse exclure la présence d'une éventuelle symptomatologie sciatalgique droite. Tout en tenant compte également des résultats de l'IRM du 21.04.2010 (dont les images ne nous ont pas été transmises), le Dr H._____ précisait qu'il ne pouvait mettre en

évidence de facteurs mécaniques supplémentaires s'ajoutant aux suites du traumatisme du cône médullaire et de la queue de cheval. Les pièces du dossier dont nous disposons ne nous permettent pas de savoir quels avaient été finalement les motifs à l'origine de l'intervention de décompression du 12.10.2010. L'IRM du 15.07.2010 montrait d'une part une discrète cyphose de D12 avec des lésions des disques intervertébraux adjacents; l'examen révélait d'autre part des discopathies en L4/L5 et en L5/S1, moyennement importantes seulement et identifiables dans les coupes sagittales (fig. 5).

L'image axiale droite faisait apparaître à droite une articulation sacro-iliaque vraisemblablement ossifiée ainsi qu'une très nette dégénérescence graisseuse de la musculature paraspinale (fig. 6). Un canal lombaire étroit, sans protrusions discales significatives, était identifiable en L4/L5 (fig. 7) sans qu'on puisse l'associer à une cause d'origine traumatique.

Par conséquent, le Dr C. _____ n'est pas intervenu chirurgicalement pour soigner une suite du traumatisme subi par le patient le 05.07.2000, avec un degré de vraisemblance prépondérante. Par contre, il a opéré un canal rachidien lombaire étroit constitutionnel ou congénital avec quelques modifications dégénératives affectant les facettes articulaires et le disque intervertébral, ce qu'il avait déjà expliqué. Le Dr M. _____ s'était d'ailleurs prononcé de manière identique à cet égard. Seule une légère cyphose persiste encore au niveau de la charnière dorso-lombaire suite à l'accident, de sorte que l'influence sur l'équilibre rachidien sagittal en L3/L4 ne pouvait vraisemblablement pas encore être qualifiée d'importante.

Il est vrai que le patient a été victime de blessures craniales sous forme d'une fracture-éclatement de D12 et de fractures des apophyses transverses ainsi que d'une blessure distale consistant en un traumatisme de l'articulation sacro-iliaque droite suivi d'une fusion spontanée. Toutefois, l'on ne peut considérer que ces différents traumatismes ont eu un impact sur un rétrécissement préexistant ou qu'ils soient même à l'origine d'une telle sténose du canal rachidien lombaire en L4/L5 avec un degré de vraisemblance prépondérante."

Le 29 avril 2013, le conseil du recourant a déclaré renoncer à des déterminations détaillées concernant le rapport médical du Dr Q. _____ dont le contenu était connu.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

expresses (art. 1 al. 1 LAA [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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) 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).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 7 octobre 2011, à refuser au recourant la prise en charge des frais médicaux liés à l'intervention chirurgicale du 12 octobre 2010 au motif que cette opération était sans lien de causalité, au moins vraisemblable, avec l'événement du 5 juillet 2000.

3. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 arrêt du 14 août 2009, consid. 3).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il

y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. Les rechutes se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 (cf. ATF 137 V 210; TF 9C_162/2007 arrêt 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, qu'en cas de recours, le tribunal les éclaircirait comme il convient (DTA 2001 n°22 p. 170 consid. 2).

5. Par sa décision sur opposition du 7 octobre 2011, l'intimée a nié le droit du recourant à la prise en charge des frais médicaux liés à l'intervention chirurgicale du 12 octobre 2010, motif pris de l'absence de lien de causalité naturelle, au moins vraisemblable, entre cette opération et l'événement du 5 juillet 2000. Elle s'est fondée pour cela sur les avis de ses médecins-conseil, les Dr M._____, spécialiste en chirurgie, et Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le premier est d'avis, en se fondant sur les documents médicaux en sa possession, que les sciatalgies dont souffrait l'assuré depuis 2000 résultaient d'une atteinte radiculaire de S1 puis de L5 et que cette symptomatologie était due à une sténose canalaire de L4-L5 d'origine vraisemblablement dégénérative et

non post-traumatique, la spondylodèse indiquée par la fracture de D12 se trouvant à une distance de trois segments mobiles de la région opérée le 12 octobre 2010. Le second médecin de la CNA conclut pour sa part, en fondant ses conclusions sur les clichés radiographiques et les images IRM à sa disposition, que le Dr C._____ a opéré un canal rachidien lombaire étroit constitutionnel ou congénital avec quelques modifications dégénératives affectant les facettes articulaires et le disque intervertébral et que, dans la mesure où seule une légère cyphose persistait encore au niveau de la charnière dorso-lombaire suite à l'accident, l'influence sur l'équilibre rachidien sagittal en L3/L4 ne pouvait vraisemblablement pas encore être qualifiée d'importante. Même s'il reconnaît que l'assuré a été victime de blessures craniales sous forme d'une fracture-éclatement de D12 et de fractures des apophyses transverses ainsi que d'une blessure distale consistant en un traumatisme de l'articulation sacro-iliaque droite suivie d'une fusion spontanée, il est d'avis que ces différents traumatismes ne peuvent avoir eu un impact sur un rétrécissement préexistant ou être à l'origine d'une telle sténose du canal rachidien lombaire en L4/L5 avec un degré de vraisemblance prépondérante.

Les avis médicaux des médecins-conseil de la CNA sont en contradiction avec celui du neurochirurgien qui a pratiqué l'opération litigieuse, puisque celui-ci indique que, s'il a dû procéder à un recalibrage du canal afin de traiter une discopathie dégénérative L4/L5 qui entraînait un bombement postérieur et une compression des racines sur cet interligne, il n'en demeure pas moins que l'apparition aussi rapide d'une atteinte discale à l'âge de l'assuré est liée à l'importance du traumatisme qu'il a subi en 2000, à la fois lors du choc puisque celui-ci a été extrêmement violent, et au traitement qui a été entrepris, puisque la spondylodèse de T10 à L2 a entraîné un blocage de la colonne et fait travailler par conséquent davantage les interlignes sous-jacents en particulier L4/L5. Cet avis médical est partagé par le Dr W._____, médecin traitant du recourant, qui souligne le fait que les modifications structurelles lombaires sont en rapport avec l'accident de 2000 et sont forcément accélérées par les modifications structurelles qui ont été induites par cet accident et les réparations neurochirurgicales qui ont

suivi. Quant au Dr H._____, neurologue, qui avait été chargé en avril 2010 par le Dr W._____ de déterminer si les douleurs sciatalgiques dont se plaignait son patient avaient une origine mécanique ou neuropathique, il a confirmé l'existence de remaniements post-traumatiques et post-opératoires au niveau D12 ainsi que du cône médullaire, en précisant que l'IRM lombaire avait mis en évidence quelques altérations dégénératives disco-vertébrales sous-jacentes mais pas d'éléments clairement indicateurs d'une compression radiculaire indépendante du status post-traumatique. Il conclut que, sur la base des éléments à sa disposition, il n'a pas identifié de cause mécanique surajoutée aux séquelles du traumatisme du cône médullaire/queue de cheval.

Force est de constater que les rapports médicaux au dossier sont contradictoires. Plus précisément : soit ils divergent totalement sur la question du lien de causalité naturelle vraisemblable entre l'opération du 12 octobre et l'accident du 5 juillet 2000 - tel est le cas des avis médicaux des médecins de la CNA et de ceux des médecins qui traitent le recourant -, soit ils ne répondent pas directement à cette question. Il en va ainsi non seulement de l'avis du Dr H._____, qui note quand même l'existence de remaniements post-traumatiques et post-opératoires, mais également de ceux des Drs Q._____ et S._____ du Centre suisse des paraplégiques, qui certes traitent aussi le recourant pour les douleurs à caractère sciatalgique dont il se plaint mais n'ont pas été appelés à se prononcer - et ne se sont pas prononcés - sur la question de la causalité naturelle.

En l'état, il sied de relever qu'aucun des avis médicaux se prononçant sur la question de la causalité naturelle ne répond aux critères jurisprudentiels permettant de leur accorder une valeur probante (cf. ATF 134 V 231, consid. 5.1 précité). Partant, le renvoi de la cause à l'intimée - à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de renvoyer l'affaire à la CNA afin qu'elle en complète l'instruction, en mettant en œuvre une expertise qu'il serait judicieux de confier à un collège de médecins indépendants, dont l'un des membres soit spécialiste en chirurgie orthopédique et un autre en neurochirurgie.

Sur la base de l'instruction ainsi complétée, il appartiendra ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens qu'il y a lieu d'arrêter à 2'500 fr., lesquels sont mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 octobre 2011 est annulée et la cause est 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.** Le présent arrêt est rendu sans frais.
- IV.** L'intimée Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents doit verser au recourant P. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Michael Weissberg, avocat à Bienne (pour le recourant),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :