

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : M. Neu et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à Commugny, recourant, représenté par Me J.-Potter Van Loon, avocat à Genève,

et

**C.**\_\_\_\_\_, à Bâle, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 10 al. 1 LAA; 24 al. 1 LAA**

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

**A.** Le 13 mars 2005, M. \_\_\_\_\_, né en 1956, a fait une chute sur le dos en skiant à Schönried. Dans les suites immédiates de cet accident, il ne sentait plus ses bras et ne pouvait plus les mouvoir. Après quelques instants, il a pu se relever et rejoindre à ski le bas de la piste, en compagnie de son fils. Le jour même de l'accident, il s'est rendu à l'Hôpital de [...], où il est resté deux à trois heures. La colonne vertébrale était indolore à la percussion et à la palpation, et les résultats de l'examen neurologique sont restés dans la norme, avec des réflexes vifs. Les mouvements des membres supérieurs étaient possibles, mais fortement ralentis, ce que les médecins de l'Hôpital de [...] ont attribué à la douleur. Ils n'ont pas constaté de tuméfaction ni d'hématome. Le lendemain, le docteur L. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a réalisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale et constaté une dégénérescence discale étagée avec discopathie C3-C4, C4-C5, une protrusion discale ostéophytaire en C3-C4, C4-C5 de localisation médiane et paramédiane gauche, appuyant sur la partie antérieure gauche du fourreau dural, à l'émergence des racines C4 et C5 à gauche, ainsi qu'un rétrécissement modéré du trou de conjugaison C3-C4 gauche. Le cordon médullaire présentait une topographie normale, avec un signal homogène, sans signe de contusion (rapport du 15 mars 2005).

M. \_\_\_\_\_ est assuré contre les accidents par la Compagnie d'assurances C. \_\_\_\_\_ (aujourd'hui : C. \_\_\_\_\_ SA ; ci-après : la C. \_\_\_\_\_). Le 17 mars 2005, il a annoncé à cette assurance l'accident survenu le 13 mars précédent, en précisant souffrir de douleurs dans le dos et les bras.

Dans un rapport médical du 22 mars 2005, le médecin traitant de l'assuré, le docteur S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a confirmé l'absence de lésion osseuse, mais a constaté la persistance de paresthésies bilatérales C5-C6. Il a posé le diagnostic de «contusion/distorsion plexus axillaire (des deux côtés)» et a estimé la

durée du traitement à huit semaines. Il a prescrit une immobilisation, des anti-inflammatoires et de la cortisone. Il a par ailleurs adressé l'assuré au docteur V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour un examen neurologique et une électromyographie (EMG). Lors de ces examens, le docteur V.\_\_\_\_\_ a notamment constaté une limitation de l'abduction des membres supérieurs, en particulier à gauche, une discrète atrophie des sus- et sous épineux ainsi que du deltoïde gauche, une minime hypoesthésie de la face antérieure de l'avant-bras gauche et un signe de Tinel au carpe à droite. Ses observations laissaient suspecter une (minime) contusion médullaire et permettaient de poser le diagnostic de syndrome du tunnel carpien à droite, débutant.

Le docteur S.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale du 13 mars au 10 avril 2005, puis une incapacité de travail de 50 % du 11 avril au 5 juin 2005. La C.\_\_\_\_\_ a alloué des indemnités journalières jusqu'à cette dernière date. Par la suite, l'assuré a repris son activité professionnelle à 100 %. Il a toutefois continué à se plaindre de douleurs de l'épaule et du bras gauche, ainsi que d'acroparesthésies bilatérales. La C.\_\_\_\_\_ a poursuivi la prise en charge du traitement médical. Plusieurs examens neurologiques et électromyographiques ont été pratiqués par le docteur V.\_\_\_\_\_, qui a constaté la persistance de discrets signes de dénervation d'aspect nettement chronique, stables, uniquement dans le biceps et les sous épineux gauches. Le docteur V.\_\_\_\_\_ a également observé une progression bilatérale du syndrome du tunnel carpien, avec l'apparition, lors d'un examen en mai 2006, de signes de dénervation thénariens.

La C.\_\_\_\_\_ a confié au docteur D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, le soin de réaliser une expertise en vue de déterminer, notamment, si elle devait poursuivre la prise en charge du traitement médical et si M.\_\_\_\_\_ subissait une atteinte à l'intégrité. Lors de l'examen du 28 novembre 2006, l'assuré a notamment fait part à l'expert de douleurs intermittentes prenant le bras gauche et remontant en coiffant l'épaule et la nuque comme une écharpe pour repartir vers le bras droit. Au début, il lui était impossible de lever les deux bras. Les douleurs

étaient initialement très fortes et avaient partiellement passé sous la médication de cortisone qu'il avait dû prendre pendant quatre semaines. Il restait encore handicapé, par exemple pour mettre une petite valise dans un coffre de voiture. Le manque de force du membre supérieur gauche le gênait principalement, mais également les douleurs du haut du bras gauche jusqu'au coude. En se fondant sur l'anamnèse, sur les pièces du dossier ainsi que sur ses propres observations, le docteur D.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome centro-médullaire, survenu lors d'un traumatisme banal en présence d'une spondylose cervicale moyennement avancée. Il s'agissait d'un mécanisme classique, avec une hyper extension lors de laquelle le cordon médullaire avait été pris entre les barres ostéophytaires marginales postérieures devant et le repli du ligament jaune derrière. Ce mécanisme se produisait en présence d'un certain degré de rétrécissement pré-existant du canal cervical, qui pouvait être resté parfaitement asymptomatique jusqu'alors. Le cordon médullaire était privé, en regard des proliférations ostéophytaires, de son manteau protecteur de liquide céphalo-rachidien et des sollicitations mécaniques mineures pouvaient avoir des conséquences catastrophiques sur le cordon. L'importance de l'atteinte neurologique était fonction de l'importance de la compression médullaire exercée au moment de l'impact. Dans le cas de l'assuré, l'atteinte neurologique était heureusement peu importante, avec une récupération rapide et substantielle. Une éventuelle intervention décompressive pourrait être indiquée dans le but de prévenir une nouvelle lésion produite par un autre traumatisme banal. L'indication opératoire était d'autant plus justifiée, dans le cas de M.\_\_\_\_\_, que les clichés fonctionnels avaient montré une instabilité C3-C4, que l'assuré était jeune et qu'il tenait fortement à poursuivre ses activités sportives, surtout le ski. Le risque d'un nouvel épisode était donc relativement élevé et la symptomatologie de canal étroit allait de toute façon imposer une sanction chirurgicale à moyen terme, vu la progression naturelle des projections ostéophytaires. Il était donc conseillé à l'assuré de se soumettre à une décompression antérieure avec spondylodèse C3-C4 (et probablement C4-C5) afin de se débarrasser de cette épée de Damoclès. Le docteur D.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de «Status après syndrome centro-médullaire cervical traumatique dans le

cadre d'une spondylo-discarthrose pluriétagée prédominant en C3-C4 ; instabilité traumatique C3-C4.»

En ce qui concernait le rapport de causalité avec l'accident, le docteur D. \_\_\_\_\_ a précisé que le syndrome centro-médullaire ne pouvait se produire, dans sa forme classique, qu'en présence d'un rétrécissement significatif du canal cervical. Cet état antérieur indispensable pouvait toutefois être passé tout à fait inaperçu pendant des années. Sans la survenue de l'accident, ce rétrécissement cervical, même en admettant qu'il était progressif, aurait évolué très lentement et ne serait pas nécessairement devenu symptomatique au fil des années. L'accident, même s'il n'aurait produit aucune conséquence en présence d'un rachis cervical normal, devait donc être considéré comme le facteur déclenchant. Ni le statu quo ante, ni le statu quo sine n'étaient atteints, dès lors qu'une lésion partiellement irréversible du cordon médullaire s'était produite. Cela étant, la lésion du cordon médullaire n'était responsable que d'une partie des symptômes (douleurs de type neurogène et discrètes perturbations neurologiques). Une autre partie, qui englobait les douleurs nucales, les symptômes en rapport avec l'arthrose cervicale préexistante et un syndrome de Raynaud, ainsi que les symptômes en rapport avec le tunnel carpien, étaient sans rapport avec le traumatisme. Ils pouvaient être tenus comme responsables de la moitié de la gêne subjective et objective de l'assuré.

En ce qui concerne le pronostic, le docteur D. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il était lentement défavorable en cas de renoncement à une intervention décompressive. Une telle intervention ne permettrait d'obtenir qu'un arrêt de la progression neurologique. Une récupération de l'état déficitaire, même s'il était peu important, était peu probable. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 10 %, dont une moitié était de la responsabilité de l'assurance-accidents, du point de vue de l'expert, l'autre moitié étant liée à des facteurs antérieurs ou étrangers à l'accident (rapport du 11 décembre 2006).

Le 6 mars 2007, M. \_\_\_\_\_ a consulté le docteur R. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, qui a constaté un tableau classique d'une contusion centro-médullaire dans le cadre d'une discarthrose prédominant en C3-C4 avec instabilité traumatique. Tous les éléments étaient réunis pour proposer une stabilisation chirurgicale C3-C4 dans la mesure où une récurrence pouvait exposer l'assuré à une impotence fonctionnelle grave (rapport du 19 mars 2007). A la suite de cette consultation, M. \_\_\_\_\_ a demandé à la C. \_\_\_\_\_ de garantir la prise en charge de l'intervention chirurgicale proposée par les docteurs D. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_.

Par décision du 3 mai 2007, la C. \_\_\_\_\_ lui a alloué une indemnité de 5340 fr. pour une atteinte à l'intégrité de 5 %, mais a refusé de prendre en charge une éventuelle intervention chirurgicale. De son point de vue, le traitement des suites de l'accident subi le 13 mars 2005 était terminé. L'intervention chirurgicale préconisée par les docteurs D. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ était rendue nécessaire par les atteintes préexistantes à l'accident (canal lombaire étroit). Elle n'avait pas pour but de traiter les lésions du cône médullaire que l'accident avait causées, de sorte qu'elle n'était pas à la charge de l'assurance-accidents.

Le 31 mai 2007, M. \_\_\_\_\_ s'est soumis à une opération de décompression et stabilisation C3-C4, pratiquée par le docteur R. \_\_\_\_\_. A la suite de cette opération, le docteur R. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 10 juin 2007, puis une incapacité de travail de 80 % jusqu'au 14 juillet 2007 et de 25 % du 15 juillet au 21 août 2007. L'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dès cette dernière date.

Par actes des 25 mai, 4 juin et 5 juillet 2007, M. \_\_\_\_\_ s'est opposé à la décision du 3 mai 2007 de la C. \_\_\_\_\_, en concluant, en substance, à la prise en charge de l'opération litigieuse et de ses suites, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de 10'680 fr. fondée sur un taux d'atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par décision sur opposition du 13 mai 2008, la C. \_\_\_\_\_ a levé l'opposition à sa décision du 3 mai 2007 et maintenu l'allocation

d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5340 fr. ainsi que le refus d'allouer des prestations pour l'opération pratiquée par le docteur R.\_\_\_\_\_. La C.\_\_\_\_\_ a considéré, d'abord, que l'opération n'avait pas pour but de traiter des lésions d'origine accidentelle, mais uniquement de prévenir de nouvelles lésions liées à l'état de santé préexistant (rétrécissement du canal cervical et instabilité cervicale). La C.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mis en doute la pertinence de l'indication opératoire, en observant que l'intervention avait plutôt péjoré l'état de santé de l'assuré.

**B.**           **a)** Le 16 juin 2008, M.\_\_\_\_\_ a interjeté un recours de droit administratif contre cette dernière décision. Il en demande l'annulation et conclut, sous suite de frais et dépens, à la prise en charge de l'opération subie le 31 mai 2007 ainsi que des «autres suites de l'accident du 13 mars 2005», et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10'680 francs. A l'appui de ses conclusions, il a produit une lettre adressée à son mandataire par le docteur R.\_\_\_\_\_, le 12 juin 2008, qui expose en particulier que du point de vue de l'indication opératoire, deux écoles s'opposaient. L'une recommandait la chirurgie rapidement (école japonaise), alors que l'autre recommandait en priorité un traitement conservateur par repos. Dans le cas d'espèce, le mécanisme incriminé pour la lésion médullaire n'était pas limité à la compression directe lors de l'accident, mais était également lié au fait que, lorsque le canal cervical est rétréci, la circulation sanguine au niveau de la moelle est diminuée. Ce phénomène est encore accentué en cas d'instabilité. En effet, dans ce cas là, la moelle était régulièrement heurtée au niveau du canal cervical, ce qui entraînait une ischémie progressive. L'indication à une intervention chirurgicale était posée dans ces situations particulières où l'on rencontrait une contusion centro-médullaire, dans un contexte de canal cervical étroit, aggravée par une instabilité vertébrale. Le risque de présenter des troubles neurologiques irréversibles était nettement plus grand chez des patients qui avaient déjà présenté un premier événement de ce type. Enfin, les contrôles post-opératoires n'avaient jamais établi une quelconque aggravation de la situation, en tous les cas au niveau cervical.

L'intimée a répondu le 29 septembre 2008. Elle a conclu au rejet du recours, essentiellement pour les motifs déjà exposés dans la décision sur opposition litigieuse.

Le recourant et l'intimée se sont déterminés à nouveau les 18 novembre 2008 et 16 février 2009 (recourant), ainsi que le 22 janvier 2009 (intimée), sans modifier leurs conclusions. Le recourant a demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ainsi que l'audition des docteurs D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_.

**b)** Le 21 avril 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a désigné le docteur W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour la réalisation d'une expertise. Le recourant a contesté le choix de l'expert au motif que celui-ci n'était pas spécialiste en neurochirurgie spinale. La désignation du docteur W.\_\_\_\_\_ a néanmoins été maintenue.

Le 14 juin 2011, le docteur W.\_\_\_\_\_ a établi un rapport d'expertise dans lequel il décrit un examen clinique sans anomalie majeure avec uniquement une limitation modérée et indolore de la mobilité de la nuque et une possible petite asymétrie du réflexe tricipital en défaveur de la droite. En outre, il a constaté quelques signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien. Les signes d'atteinte radiculaire au niveau du membre supérieur gauche n'étaient plus retrouvés, ni les signes d'atteinte médullaire latéralisés à gauche, tels qu'observés préalablement par les docteurs V.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. L'évolution clinique subjective et objective était donc aussi favorable que possible, même si l'assuré signalait la persistance de quelques plaintes peu importantes au niveau des deux membres supérieurs. Toujours selon l'expert, les troubles apparus chez l'assuré dans les suites immédiates et différées de l'accident avaient été déclenchés par cet accident, bien que les conséquences de cet événement auraient été beaucoup plus banales sans la préexistence d'un canal cervical étroit et de troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés. Par ailleurs, sans l'événement accidentel, ces atteintes préexistantes auraient pu rester asymptomatiques pour une période prolongée, voire à jamais,

comme elles auraient pu devenir symptomatiques sans l'événement accidentel, à une date qu'il n'était pas possible de déterminer. Le mécanisme lésionnel s'expliquait par un mouvement de flexion/extension forcé de la nuque ayant entraîné une compression médullaire/radiculaire en raison du rétrécissement du diamètre du canal rachidien et possiblement également de facteurs vasculaires. A cela s'ajoutait la possibilité d'une instabilité C3-C4 d'origine dégénérative préexistante.

Les traitements dispensés à l'assuré l'avaient été *lege artis* et l'indication à l'intervention chirurgicale pratiquée par le docteur R. \_\_\_\_\_ devait être confirmée : l'étroitesse du canal cervical et la probable instabilité mise en évidence au niveau C3-C4 représentaient effectivement un risque important d'atteinte médullaire sévère en cas de traumatisme ultérieur, même modeste, tel qu'une chute banale. L'intervention décompressive et stabilisatrice cervicale en question n'avaient pas pour but essentiel de traiter les conséquences proprement dites de l'événement accidentel, notamment les déficits neurologiques constatés; il s'agissait plutôt de prévenir une aggravation ultérieure potentielle des déficits résiduels au travers d'une nouvelle atteinte médullaire secondairement au rétrécissement du canal rachidien et à l'instabilité C3-C4 lors d'un traumatisme même banal (chute de sa hauteur, par exemple). Il fallait néanmoins relever que l'évolution post-opératoire de l'assuré avait été particulièrement favorable; il n'était pas possible d'écarter l'hypothèse que l'intervention chirurgicale ait contribué significativement à cette évolution, en stabilisant la situation au niveau C3-C4 et en décompressant la moelle et les structures vasculaires, permettant la diminution des douleurs et favorisant la récupération neurologique. Au vu de cette évolution favorable, la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 5 % paraissait adéquate.

S'agissant de dire si l'intervention pratiquée le 31 mai 2007 avait contribué à réduire l'atteinte à l'intégrité, l'expert ne pouvait que constater que les plaintes de l'assuré et les déficits neurologiques constatés à l'examen clinique étaient clairement moins importants que ceux dont font état les différents rapports médicaux antérieurs à

l'opération. Il était donc possible que cette opération ait eu comme conséquence non seulement de prévenir une éventuelle atteinte médullaire majeure ultérieure, mais également d'améliorer les déficits résiduels par une action de stabilisation, de décompression et d'amélioration de la perfusion médullaire.

**c)** A réception de l'expertise, le recourant a modifié ses conclusions en ce sens que l'opération pratiquée le 31 mai 2007 par le docteur R.\_\_\_\_\_ soit prise en charge par l'intimée, que cette dernière prenne également en charge «les autres suites de l'accident du 13 mars 2005», que le taux d'atteinte à l'intégrité consécutif à cet accident soit fixé à 5 % et que l'intimée soit condamnée à lui verser un montant de 7500 fr. «à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle complémentaire à la LAA» («conclusions après expertise» du 24 août 2011).

Par acte du 30 septembre 2011, l'intimée a maintenu ses conclusions.

**d)** La Cour a tenu audience le 14 juin 2012. M.\_\_\_\_\_ a été entendu, déclarant notamment avoir repris son activité professionnelle à 100% le 22 août 2007, ne plus avoir présenté d'incapacité de travail depuis cette date, et ne plus suivre de traitement médical hormis quelques séances de physiothérapie. Au terme de leur plaidoirie, les parties ont maintenu leurs conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1.** **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS

172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge, par l'intimée, de l'intervention chirurgicale pratiquée le 31 mai 2007 par le docteur R. \_\_\_\_\_ et du traitement qui a suivi. Bien que le recourant ne le précise pas clairement et se limite à se référer aux «autres suites de l'accident du 13 mars 2005», on peut conclure de ses écritures que le droit aux indemnités journalières pour l'incapacité de travail qui a suivi cette opération est également litigieux. Enfin, le recourant demande le paiement d'une «indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle complémentaire LAA» de 7500 francs.

**3. a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les lésions est nécessaire pour que le traitement soit à la charge de l'assurance-accidents.

**b)** Le traitement médical au sens de l'art. 10 al. 1 LAA constitue une prestation en nature qui comprend toutes les mesures médicales appropriées, tendant à une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une

vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Ulrich Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., 2007, no 79 ss p. 865, no 138 et 141 p. 891, avec les références).

**4. a)** Les docteurs D.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ ont constaté que le recourant avait subi une contusion médullaire lors de l'accident du 13 mars 2005. Ce fait est clairement établi et n'est d'ailleurs pas contesté par les parties. Il est également établi que le recourant présentait déjà avant l'accident un rétrécissement du canal cervical et une dégénérescence discale étagée avec discopathie C3-C4, C4-C5. Les docteurs D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ posent en outre le diagnostic d'instabilité traumatique au niveau C3-C4. Le docteur W.\_\_\_\_\_ met en doute cette instabilité dont il considère par ailleurs qu'elle pourrait être, cas échéant, d'origine dégénérative aussi bien qu'accidentelle. Sur ce point, on se fondera néanmoins sur les avis des docteurs D.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, compte tenu de leur domaine de spécialisation et du fait qu'ils ont pu constater cette instabilité avant qu'une intervention chirurgicale ait été réalisée, contrairement au docteur W.\_\_\_\_\_.

**b)** Cela étant, il ressort également des explications du docteur D.\_\_\_\_\_ que la contusion médullaire subie par l'assuré avait laissé des séquelles que ce dernier considérait comme probablement irréversibles. Le docteur W.\_\_\_\_\_ a corroboré ce point de vue, quand bien même il n'a pas exclu, *a posteriori*, que l'opération pratiquée par le docteur R.\_\_\_\_\_ ait finalement contribué à une amélioration des symptômes présentés par l'assuré.

Toujours d'après les docteurs D.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, l'état dégénératif préexistant à l'accident créait un risque important de nouvelle contusion médullaire, éventuellement plus grave encore, en cas de nouveau traumatisme, même banal. Tous les médecins consultés ont donc considéré que l'intervention pratiquée était indiquée pour éviter une

aggravation de l'état de santé de l'assuré. Dans ce contexte, le docteur R.\_\_\_\_\_ expose dans son rapport du 19 mars 2007 et ses explications du 12 juin 2006, que l'objectif principal de l'intervention était la prévention du risque de récurrence. Il ajoute que le rétrécissement du canal cervical avait pu contribuer à la survenance des symptômes présentés par l'assuré ensuite de son accident, non seulement en permettant la survenance d'une compression médullaire directe, lors de l'accident, mais également en entravant la circulation sanguine au niveau de la moelle épinière. Le phénomène est accentué en cas d'instabilité cervicale favorisant une ischémie progressive en raison des heurts réguliers de la moelle au niveau du canal cervical. Dans ce sens, le docteur R.\_\_\_\_\_ précise que dans le cas d'une contusion centro-médullaire dans un contexte de canal cervical étroit aggravée par une instabilité vertébrale - dont on a vu qu'elle était d'origine accidentelle dans le cas d'espèce - le risque de présenter des troubles neurologiques irréversibles est nettement plus grand chez des patients qui ont déjà présenté un premier événement de ce type. Sur la base de ces considérations, on doit constater que l'opération pratiquée par le Dr R.\_\_\_\_\_ était justifiée pour éviter un risque de nouvelle contusion médullaire, dont les conséquences potentielles étaient d'autant plus graves qu'une première contusion s'était déjà produite lors de l'accident. Il est peu probable qu'une indication opératoire aurait été posée si la première contusion médullaire n'était pas survenue, comme le docteur W.\_\_\_\_\_ le précise d'ailleurs également en réponse à la question 19.2 qui lui était posée («[...] Néanmoins, il est peu probable que cette intervention ait été nécessaire et pratiquée si le patient n'avait pas présenté les conséquences subjectives et objectives de l'événement accidentel du 13.03.2005.»). Dans ces conditions, le recourant est en droit d'exiger la prise en charge de l'intervention litigieuse par l'assurance-accidents obligatoire, dès lors que l'accident subi joue un rôle causal, même partiel, dans l'exposition de l'assuré à de graves lésions médullaires en cas de récurrence. Enfin, même en l'absence de nouvelle contusion grave, le docteur D.\_\_\_\_\_ a précisé qu'en cas de renoncement à une intervention décompressive, le pronostic serait lentement défavorable (rapport du 11 décembre 2006, p. 8). L'assuré est en droit d'exiger la prise

en charge d'un traitement destiné à éviter une telle progression des symptômes.

**5. a)** Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (art. 25 al. 1 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 2 LAA).

En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a établi un barème des indemnités pour atteintes à l'intégrité, dans l'annexe 3 à l'OLAA (Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), auquel renvoie l'art. 36 al. 2 OLAA. Ce barème prévoit la fixation d'un taux d'atteinte à l'intégrité, selon le type et la gravité de l'atteinte constatée, et l'application de ce taux au montant maximum du gain assuré au jour de l'accident pour fixer le montant de l'indemnité (art. 1 et 2 de l'annexe 3 à l'OLAA; ATF 127 V 456). La division médicale de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a établi des tables complémentaires, destinées à une évaluation plus affinée de certaines atteintes à l'intégrité. Elles ne lient pas les autres assureurs-accidents ni le juge, mais donnent des valeurs indicatives en vue d'assurer autant que possible l'égalité de traitement entre les assurés.

**b)** En l'espèce, le docteur D.\_\_\_\_\_ s'est référé au chiffre 3 de la table 7 des atteintes à l'intégrité établie par la CNA, dont il a proposé l'application par analogie pour fixer le taux d'atteinte à l'intégrité subie par l'assuré. Il a considéré qu'un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % était adéquat en l'espèce, pour les séquelles de l'accident du 13 mars 2005. Le docteur W.\_\_\_\_\_ a également proposé de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % en tenant compte, pour sa part, de l'amélioration constatée après l'opération pratiquée le 31 mai 2007 par le docteur

R.\_\_\_\_\_. Le recourant ne conteste pas ce taux, sur lequel l'intimée s'est fondée pour fixer l'indemnité de 5340 fr. qu'elle lui a allouée. Dans ses dernières conclusions écrites, le recourant demande néanmoins l'allocation d'une indemnité complémentaire de 7500 fr., sans préciser si ce montant devrait être alloué en plus de l'indemnité déjà octroyée par l'intimée ou si seul un montant complémentaire de 2260 fr. devrait être alloué. Il n'a pas davantage exposé les bases de calcul de l'indemnité réclamée. Quoi qu'il en soit, rien au dossier ne justifie de s'écarter du taux d'atteinte à l'intégrité de 5 % reconnu par l'intimé, ni du montant de 5340 fr. qu'elle a allouée et qui correspond effectivement au 5 % du montant maximum du gain assuré en 2005 (106'800 fr. ; art. 22 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; RO 1998 p. 54).

Lors de l'audience du 14 juin 2012, le recourant a semblé fonder ses prétentions relatives à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sur un contrat d'assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire. Le contentieux relatif à l'assurance-accidents complémentaire conclue sur la base d'un contrat régi par la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA ; RS 221.229.1) n'est toutefois pas du ressort de la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal. Dans la mesure où M.\_\_\_\_\_ fonde ses conclusions sur un tel contrat, elles sont irrecevables devant la Cour de céans. En effet, l'art.1 DTAs-AM (décret du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie; RSV 173.431) dispose que le contentieux en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale est de la compétence du Tribunal cantonal des assurances. La LPA-VD n'a pas abrogé le décret ni modifié celui-ci ensuite de la transformation du Tribunal des assurances du Canton de Vaud en Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La jurisprudence et la doctrine ont admis que le décret devait être interprété en ce sens qu'il attribue cette compétence spéciale à la Cour des assurances sociales (JT 2009 III 43, consid. 1; Tappy, Note sur le contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie de lege lata et de lege ferenda, in JT 2009 III 21, p. 22). Il n'en reste pas moins que l'art. 1 DTAs-AM ne vise que le

contentieux de l'assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, alors que le contentieux relatif à l'assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire est toujours resté du ressort des juridictions civiles ordinaires.

**6.** Vu ce qui précède, les conclusions du recourant relatives à la prise en charge de l'opération du 31 mai 2007 et de ses suites sont bien fondées. Le recourant peut donc prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimée, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGGA). La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis en ce sens que la C. \_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge l'opération du 31 mai 2007 et les suites médicales, ainsi que d'allouer les indemnités journalières pour la période d'incapacité de travail qui a suivi jusqu'au 22 août 2007.
- II.** Dans la mesure où il est recevable, le recours est rejeté en tant qu'il porte sur la demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III.** L'intimée versa au recourant un montant de 2500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me J.-Potter Van Loon (pour M. \_\_\_\_\_)
- Me Didier Elsig (pour la C. \_\_\_\_\_)
- 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 :