

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mars 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**W.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 10, 16, 18, 19 al. 1, 21 al. 1 et 24 LAA; art. 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.**                    **a)** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait en 2010 à 100% pour le compte de la D.\_\_\_\_\_ à ...][...] en qualité de ...]spécialiste IT. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de W.\_\_\_\_\_ (ci-après : W.\_\_\_\_\_ ou l'intimée).

**b)** Le 13 mars 2010, l'assuré a fait une chute à snowboard qui a entraîné une fracture-tassement du plateau supérieur de la vertèbre D6 ; il a ensuite subi d'importantes complications au cours du traitement de cette atteinte.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, W.\_\_\_\_\_ a confié la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Z.\_\_\_\_\_). Dans leur rapport du 7 décembre 2012, les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu notamment ce qui suit :

« (...)

**ANALYSE DU DOSSIER**

Le 13.03.2010, à 15h45, Monsieur B.\_\_\_\_\_ fait une chute en snowboard avec réception sur le dos. Il se plaint de douleurs au dos. Il est héliporté à l'hôpital [...], site de ...][...]. On diagnostique une fracture tassement de T6, sans troubles neurologiques. Monsieur B.\_\_\_\_\_ est resté hospitalisé du 13 au 14.03.2010. Il a été traité médicalement, sans corset.

A la demande de son médecin traitant, le Dr N.\_\_\_\_\_ de ...][...], Monsieur B.\_\_\_\_\_ a consulté le Dr J.\_\_\_\_\_, neurochirurgien à la Clinique de Genolier le 12.04.2010. Un bilan radiologique a été effectué ce jour. Les radiographies de la colonne dorsale ont montré une fracture tassement du plateau supérieur de T6, sans recul significatif du mur postérieur identifiable sur ces clichés radiologiques standards, une cyphose conservée et harmonieuse dans le plan sagittal.

Selon le Dr J.\_\_\_\_\_ comparativement au scanner initial, les radiographies de la colonne lombaire montraient une mise en cyphose importante de la vertèbre T6 avec une perte de hauteur de plus de 50%, raison pour laquelle il a proposé une cémentation aigue avec mise en place d'un ballon dans la vertèbre qui devrait

permettre à cette vertèbre de retrouver une hauteur un peu plus satisfaisante.

Le 27.04.2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ pratique donc une kyphoplastie percutanée. En fin d'intervention, sur la radiographie de contrôle, on s'aperçoit qu'une partie du ciment a tendance à refouler par l'ancien trajet pédiculaire.

Un CT-scan effectué le lendemain confirme une extravasation de ciment radio-opaque par le trajet trans-pédiculaire gauche. La perte de hauteur du mur postérieur de T6 est faible, environ 1 mm par rapport aux vertèbres sus et sous-jacente, alors que la perte de hauteur du mur antérieur atteint 4.5 mm.

Ce ciment intracanalair a été relativement bien toléré pendant 48 heures, mais par la suite, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a alors présenté des douleurs importantes, avec une sensation de striction thoracique un peu plus de difficultés à se mobiliser, et des minimes troubles urinaires.

Après échec d'un traitement aux corticoïdes, le 04.05.2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a pratiqué une laminectomie D5 à D7 et exérèse d'une plaque de ciment intra rachidienne, extradurale.

Alors que le patient s'était bien réveillé et qu'il bougeait tout à fait les deux membres inférieurs, au bout d'une heure, on s'aperçoit qu'il présente une faiblesse de la jambe droite, qui très rapidement devient complètement hypotonique. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée le 04.05.2010 démontre la présence d'une collection sanguine comprimant la moelle et la refoulant antérieurement. Deux heures après la première intervention, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été repris en salle pour évacuation d'un hématome épidual.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ décrit une évolution assez lourde, le patient conservant de bons mouvements au niveau de la jambe gauche, mais avec une atteinte sur le plan moteur au niveau de la jambe droite avec des mouvements qui sont bien obtenus, mais de manière faible au niveau du moyen fessier, de la loge quadricipitale, et également quelques mouvements des extenseurs du pied à droite, mais qui restent assez faibles. Le Dr J.\_\_\_\_\_ décrit également des troubles sphinctériens avec une absence complète du contrôle anal et la nécessité d'une sonde urinaire.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé à la Clinique K.\_\_\_\_\_ de ...][...] du 12.05 au 28.06.2010. Durant ce séjour, il a bénéficié, le 15.06.2010 d'un bilan urodynamique. Celui-ci a montré une vessie normosensible de compliance normale et de bonnes capacités, de cystomanométrie, mais qui est faiblement contractile par stimulations, chimique, sans dyssynergie vésico-sphinctérienne ou altération morphologique de la vessie. L'introduction de Myocholine 12.5 mg 3 x/jour avec un schéma de clamping pour rééducation de la vessie a été recommandée pour faciliter la récupération vésicale fonctionnelle avant de procéder à une ablation définitive de la sonde vésicale. Les problèmes digestifs mentionnés sont quasi-stabilisés avec l'association du Laxobéron et PED. A l'issue du séjour à

K.\_\_\_\_\_, Monsieur B.\_\_\_\_\_ était capable de se déplacer à l'aide de cannes auxiliaires sur un périmètre de 80 mètres avec aide.

En raison d'un syndrome inflammatoire, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été transféré à la Clinique de Genolier du 28.06 au 12.07.2010. Les investigations réalisées n'ont pas permis de déterminer l'origine de ce syndrome inflammatoire, qui s'est progressivement amendé.

A sa sortie, le 12.10.2010, on retient les diagnostics de paraplégie incomplète ASIA D de niveau sensitivomoteur T7 bilatéral, vessie, intestins et douleurs neurogènes. Compte tenu de son activité sédentaire, il avait été convenu d'une reprise thérapeutique dès le 01.11.2010 à un taux qui restait à définir.

A la demande du Dr N.\_\_\_\_\_, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été examiné le 06.12.2010 par le Dr F.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique.

Sur la base d'une IRM du 19.11.2010, qui montre une consolidation de la fracture de T6, ainsi que sur la base de son examen clinique, le Dr F.\_\_\_\_\_ a confirmé l'absence d'indication à un nouveau traitement chirurgical, et recommandé la poursuite d'une rééducation.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté d'une reprise du travail à titre thérapeutique à 15% dès le 03.01.2011.

Le Dr T.U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation à la ...]Clinique [...], a examiné l'assuré le 04.02.2011. Il a confirmé une bonne évolution globale sur le plan moteur en particulier.

Sur sa proposition, W.\_\_\_\_\_ a estimé qu'une capacité de travail réelle de 15% était exigible dès le 07.03.2011, puis de 30% dès le 01.04.2011.

Comme prévu, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été revu par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 09.03.2011. Il se plaignait, depuis quinze jours auparavant, de diminution de force dans le membre inférieur droit, se traduisant par une diminution de la distance de marche, qui a passé de 1h30 à 10 minutes, d'une difficulté à marcher sur la pointe du pied droit. Il a donc adressé Monsieur B.\_\_\_\_\_ au Dr F.\_\_\_\_\_ qui l'a réexaminé le 07.04.2011. Ce dernier a fait pratiquer une IRM dorsale le 25.03.2011 qui n'a montré aucune modification significative par rapport à celle de novembre 2010. Il restait sans explication devant cette dégradation de la fonction neurologique avec difficultés à utiliser le pied droit.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ se plaignait également, et de manière concomitante, d'une aggravation de sa constipation. Des investigations gastroentérologiques ont été initiées au P.Q.\_\_\_\_\_ [P.Q.\_\_\_\_\_]. Une coloscopie effectuée le 17.05.2011 n'a révélé qu'une diverticulose colique. Le Dr O.\_\_\_\_\_, de la consultation de gastroentérologie du P.Q.\_\_\_\_\_, a conclu à une constipation d'origine mixte, médicamenteuse et sur trouble de l'exonération possiblement neurogène. Une déféco-IRM a mis en lumière les difficultés d'exonération qui, laissant suspecter une possible dyssynergie abdominopelvienne d'origine neurogène, a nécessité une manométrie anorectale. Cet examen a montré que le tonus

sphinctérien de base et après contraction volontaire était conservé et que le réflexe recto-anal inhibiteur était également présent. Par contre il y a un net asynchronisme qui explique les troubles de la vidange. Celui-ci pourrait être consécutif à une perte des réflexes d'exonération suite à la longue période de paraplégie. Des séances de physiothérapie de type bio feed-back sont indiquées.

Parallèlement, le Dr N. \_\_\_\_\_ attestait d'une progression de la capacité de travail de 5% par mois (ITT [incapacité de travail] 80% dès le 22.04.2011, 75% dès le 01.05.2011, 70% dès le 01.07.2011, 65 % dès le 01.08.2011) puis ITT 55% dès le 01.09.2011.

A la demande du Dr V. \_\_\_\_\_, le Dr R. \_\_\_\_\_ a examiné Monsieur B. \_\_\_\_\_ le 21.09.2011. Cette consultation a permis de préparer le nouveau séjour à la S. \_\_\_\_\_, qui s'est déroulé du 16.11 au 07.12.2011.

Sur le plan digestif, le patient se plaignait de ballonnements et de flatulences, avec transit plus ou moins régulier, mais imprévisible. La réplétion rectale est ressentie, souvent impérieuse, avec la perte de traces de selles, environ une fois par mois en moyenne. Sur le plan urologique, un nouveau bilan urodynamique a été effectué, et a conclu à la présence d'une vessie de bonne capacité cystomanométrique (500 ml) de bonne capacité fonctionnelle (350 ml) normosensible, de compliance normale, vraisemblablement hyporéflexive, associée à une poussée abdominale paradoxale à l'effort de retenue, pour laquelle, une physiothérapie du plancher pelvien par bio feed-back est préconisée. Du point de vue sexuel, les troubles persistent, avec érections toujours insatisfaisantes, malgré la prise de Viagra 50 mg. Dans le cadre de ces problèmes sexuels, urinaires et digestifs, un EMG [électromyogramme] du plancher pelvien a montré une atteinte séquellaire du cordon postérieur médullaire, se traduisant par une anomalie de la réponse des potentiels évoqués somesthésiques du nerf pudendal.

Sur le plan ostéoarticulaire, Monsieur B. \_\_\_\_\_ présentait un fond douloureux rachidien dans la région médiadorsale, des douleurs dans la zone fracturaire survenant plutôt à la fatigue, à la marche, ainsi que des douleurs au gros orteil droit.

Un bilan radiologique standard de la colonne dorsale n'a pas montré de modification de la situation comparativement aux clichés antérieurs. Une nouvelle IRM du rachis dorsal a montré une cunéiformisation et une perte de hauteur du mur antérieur de T6 de l'ordre de 40%, une absence d'hyperintensité de signal STIR de ce corps vertébral qui pourrait faire suspecter une non-consolidation de cette fracture, une hypo intensité de signal correspondant au signal correspondant au ciment de la vertébroplastie dans le corps vertébral de T6, une cavité kystique compatible avec une hydromyélie mesurant 6 mm de diamètre dans le cordon postérieur du côté droit, sans composante hémorragique décelable sur les séquences en écho de gradient T2, les dimensions du canal rachidien étant normales à tous les niveaux, sans autre lésion médullaire décelable.

Pour les problèmes de douleur, la médication a été revue et modifiée, et les orthèses plantaires corrigées. Sur le plan psychique,

on ne relevait pas de psychopathologie majeure. Le diagnostic retenu est celui d'accentuation de certains traits de personnalité dans le contexte d'une paraplégie incomplète.

A l'issue du séjour, une capacité de travail à 50% dès le 08.12.2011 a été reconnue.

Comme prévu, le patient a été revu le 23.02.2012 par le Dr R.\_\_\_\_\_. Il a été constaté un status quo. Sur le plan sexuel, il a été proposé de passer au Cialis, en raison de sa durée d'action plus longue.

Alors que le Dr N.\_\_\_\_\_ attestait toujours d'une incapacité de travail à 55%, il apparaît que la W.\_\_\_\_\_, sur recommandation de son médecin conseil, le Dr X.\_\_\_\_\_, estimait, sur la base du dossier, que la capacité de travail exigible de Monsieur B.\_\_\_\_\_ était de 65% dès le 01.03.2012.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été hospitalisé dès le 04.03.2012 dans le département de psychiatrie de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ pour trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Un traitement de Cymbalta a été instauré. Monsieur B.\_\_\_\_\_ est rentré à domicile le 14.03.2012.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ attestera d'une incapacité de travail à 100% dès le 04.03.2012, puis à 80 % dès le 30.03.2012.

Le Pr G.\_\_\_\_\_ a examiné Monsieur B.\_\_\_\_\_ à sa ...]Consultation d'Antalgie du 17.04.2012. Il a expliqué au patient les options d'une neuromodulation (stimulations médullaires ou administrations intrathécales de médicaments), aucune autre option pharmacologique ou physiothérapeutique ne lui semblant indiquée.

Dès le 01.06.2012, l'ITT attestée par le Dr N.\_\_\_\_\_, est de 70%.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin conseil de W.\_\_\_\_\_, interpelle le Pr G.\_\_\_\_\_ estimant que ce traitement n'est pas économique. Dans sa réponse, ce dernier estime au contraire qu'un test de neuromodulation se justifie étant donnée la réponse partielle aux différents traitements médicamenteux.

(...)

## **SYNTHESE ET DISCUSSION :**

### Rappel de l'histoire médicale :

Monsieur B.\_\_\_\_\_, [...] ans, est un sujet [...], marié depuis vingt ans et père de [...] enfants à charge, actif comme informaticien dans une banque [...] à 100%.

Il a été jusqu'à l'accident du 13.03.2010 en bonne santé habituelle, sportif, sans antécédent de rachialgies significatives. Il est victime à cette date d'une chute en snowboard ayant entraîné une fracture tassement sans déplacement de la vertèbre D6, initialement sans trouble neurologique associé.

Les documents radiologiques démontrant une déformation importante du mur antérieur de la vertèbre D6, le Dr J.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a conseillé à Monsieur B.\_\_\_\_\_ de subir une vertébroplastie par Kyphoplastie percutanée. L'intervention s'est malheureusement compliquée d'une fuite de ciment à l'intérieur du rachis se compliquant d'importantes douleurs, de quelques difficultés motrices et de minimes troubles urinaires de telle sorte que, après échec d'un traitement aux corticoïdes, le Dr J.\_\_\_\_\_ a pratiqué une laminectomie D5-D7 afin d'extirper la plaque de ciment intrarachidienne extradurale. Cette seconde intervention s'est malheureusement compliquée d'un hématome épidual avec compression médullaire et myélomalacie allant se traduire par des douleurs majeurs, des troubles moteurs et sensitifs de niveau supérieur D7/D8 ainsi que des troubles sphinctériens (urinaires et digestifs) et sexuels.

Après évacuation de l'hématome, le 04.05.2010, l'évolution neurologique de Monsieur B.\_\_\_\_\_ va être très lentement favorable après de nombreux traitements ayant comporté un séjour à la Clinique K.\_\_\_\_\_, deux séjours à la S.\_\_\_\_\_ et une prise en charge régulière par le Dr V.\_\_\_\_\_ à la Clinique Q.\_\_\_\_\_.

Malgré l'ensemble des mesures thérapeutiques, Monsieur B.\_\_\_\_\_ présente encore actuellement des troubles moteurs au niveau des deux membres inférieurs à prédominance droite, des troubles sensitifs de niveau supérieur D7/D8, des troubles urinaires modérés et une gêne digestive subjectivement importante. Il persiste également des troubles sexuels ainsi que des douleurs importantes en hémi-ceinture.

Les difficultés physiques que l'expertisé a rencontrées ont eu des répercussions sur le plan psychique, dans le sens où celui-ci a mal supporté ses limitations et a, de ce fait, perdu de l'intérêt et du plaisir, ne pouvant plus s'adonner à ses passions. Il a été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de L.\_\_\_\_\_ du 04.03.2012 au 14.03.2012. Confronté à ses limitations, il présentait une symptomatologie anxio-dépressive. Il avait présenté, deux jours auparavant, une crise d'angoisse importante.

Sa vie a été touchée sur tous les plans, soit familial et conjugal, social, professionnel et sportif.

Tout récemment, Monsieur B.\_\_\_\_\_ a été adressé au Pr G.\_\_\_\_\_ du service d'antalgie de P.\_\_\_\_\_ qui a proposé, étant donné l'échec partiel des traitements médicamenteux, une tentative de stimulation épimédullaire tout d'abord par voie externe puis avec mise en place d'un stimulateur en cas de succès. L'indication à ce traitement a été confirmée par le Dr B.C.\_\_\_\_\_ du service d'antalgie du P.Q.\_\_\_\_\_.

Monsieur B.\_\_\_\_\_ travaille actuellement à 40% comme informaticien à la banque D.\_\_\_\_\_, à [...]. Son épouse a repris son activité d'infirmière à 60%, peu avant l'accident de son mari.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan orthopédique, la situation est stabilisée. Aucun traitement n'est réalisé au niveau vertébral. L'évolution se solde avec une déformation de la colonne-dorsale en cyphose qui est définitive et pour laquelle aucun traitement n'est prévu.

L'essentiel de la problématique actuelle est conditionné par les complications post-chirurgicales.

Sur le plan neurologique, Monsieur B. \_\_\_\_\_ se plaint de troubles multiples, mais variables dans le temps quant à leur importance comportant des difficultés de marche à prédominance du MID avec notamment une spasticité, des troubles sensitifs à type de manque de sensibilité et de paresthésies de niveau supérieur D7/D8, de douleurs pouvant être importantes en ceinture au niveau dorsal, de troubles digestifs avec des douleurs abdominales après avoir mangé, une sensation de ballonnements, une alternance de constipation et de diarrhée avec une continence retrouvée des selles, de troubles urinaires avec urgence mictionnelle et nécessité de pousser mais sans pertes urinaires importantes. Monsieur B. \_\_\_\_\_ signale également des crampes et une déformation des orteils au niveau du pied gauche.

Sur le plan professionnel, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a repris une activité professionnelle actuellement à 40%.

Les traitements comportent Dafalgan, Gabapentine, Tramadol, Wren, Nexium, Cymbalta, Lexotanil, Zolpidem, Cialis, physiothérapie, psychothérapie. Une stimulation épimédullaire est envisagée par le Pr G. \_\_\_\_\_.

En résumé, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan révèle un sujet collaborant, ne donnant pas l'impression de surcharger ses plaintes mais visiblement sur la réserve, défiant à l'égard du monde médical et de l'assureur. L'examen du rachis cervico-dorso-lombaire est sans grande particularité avec notamment une cicatrice d'intervention dorsale calme et l'absence de douleurs à la percussion des apophyses épineuses et de limitation majeure de la flexion latérale et antérieure dorsolombaire. En station debout et à la marche, on note une marche spontanée se faisant avec une spasticité modérée bilatérale à prédominance droite. On note également une station sur les talons légèrement parétique à droite et surtout une nette instabilité à l'épreuve de Romberg. L'examen des paires crâniennes et des membres supérieurs est sans particularité. Au niveau du tronc, on retrouve une hypoesthésie tactile et douloureuse de niveau supérieur D7/D8. A l'examen des membres inférieurs, on observe un ralentissement des mouvements rapides à droite, une hyper-réflexie tendineuse droite avec un cutané plantaire indifférent à droite, un déficit modéré d'extension des orteils droits (M5-), une légère augmentation du tonus à droite et une hypoesthésie tactile et douloureuse globale des deux membres inférieurs avec en outre une apallescémie bilatérale alors que la sensibilité posturale est bien préservée.

En bref, un examen clinique permettant de retrouver des troubles sensitivomoteurs modérés à moyennement importants à prédominance droite de niveau supérieur D7/D8. A cela s'ajoutent

sur la base des plaintes formulées par le patient, des douleurs, des troubles digestifs et urinaires ainsi qu'une dysfonction érectile partiellement compensée par la prise de Cialis.

Sur le plan thérapeutique, il convient sans aucun doute de poursuivre le traitement actuellement en cours qui paraît adéquat. S'agissant de la stimulation épimédullaire proposée par le Pr G.\_\_\_\_\_, nous confirmons l'indication à ce traitement, du moins à une tentative de stimulation externe étant donné l'échec partiel des traitements médicamenteux et physiques effectués jusqu'ici, la gêne encore importante éprouvée par le patient et le fait que ce type de traitement pourrait avoir un effet positif (50% environ) sur les douleurs et avoir un effet positif également sur la capacité de travail.

Sur le plan de la capacité de travail, dans l'état actuel des choses, on peut penser que Monsieur B.\_\_\_\_\_ possède une capacité de travail de 50% dans l'activité exercée jusqu'ici. L'incapacité de travail de 50% résiduelle actuelle est en relation avec l'importance des douleurs, moins significativement avec les troubles sensitivomoteurs et les répercussions des problèmes de santé de Monsieur B.\_\_\_\_\_ sur son psychisme avec notamment une importante fatigabilité. A cela s'ajoute également l'effet secondaire des médicaments pouvant jouer un rôle dans la fatigue et le manque de concentration dont se plaint Monsieur B.\_\_\_\_\_. On peut toutefois espérer que, notamment avec la stimulation épimédullaire, il sera possible d'améliorer progressivement le taux de capacité de travail résiduelle notamment par diminution des douleurs et de l'importance du traitement antalgique mais cela n'est néanmoins pas certain.

Sur le plan de la relation de causalité entre les troubles, les traitements et l'événement accidentel du 13.03.2010, on doit admettre qu'il existe une relation de causalité certaine étant donné que les complications de l'intervention pratiquée par le Dr J.\_\_\_\_\_ sont une conséquence directe-indirecte de l'accident, la tentative de kyphoplastie percutanée s'étant compliquée de l'extravasation inter-rachidienne de ciment et d'un hématome épidual par la suite, cause directe des troubles neurologiques persistant jusqu'ici et ayant justifié les différents traitements effectués jusqu'ici ainsi que les traitements à poursuivre.

Sur le plan psychique, Monsieur B.\_\_\_\_\_ se vit encore aujourd'hui comme diminué ; il souffre, présente des difficultés à la marche, des troubles intestinaux et des troubles sexuels. Par ailleurs, il décrit une modification progressive de son comportement avec une tendance à être de plus en plus irritable. Il rapporte une humeur variable et une inquiétude face à son avenir et à celui de son couple.

Spontanément, il déplore surtout ses problèmes physiques qui ont modifié toute sa vie et qui impactent son état psychique. Il les supporte d'autant moins que ses troubles physiques résultent principalement de la première intervention chirurgicale dont l'importance ne lui aurait pas été clairement expliquée.

Sur sollicitation, Monsieur B.\_\_\_\_\_ rapporte une symptomatologie dépressive avec une variabilité de l'humeur, une perte de l'intérêt et

du plaisir, une diminution de l'énergie, une certaine fatigabilité, une diminution de l'activité, une diminution de la concentration, de l'attention, de la mémoire, de l'estime de soi et de la confiance en lui.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ relève aussi une certaine agitation intérieure, qu'il connaît depuis son enfance, mais qu'il a préalablement pu juguler en faisant du sport. On relève peu de symptômes neurovégétatifs. Ses idées de mort, présentes il y a un mois, ont aujourd'hui disparu. Son attitude reste morose, mais sans pessimisme.

S'il est certain que les atteintes de Monsieur B. \_\_\_\_\_ sont difficiles à vivre sur le plan narcissique, nous ne pouvons observer une intensité dépressive aussi grande que celle que l'expertisé rapporte.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ alterne entre une tristesse, une résignation et une rancœur. On perçoit des éléments de colère qu'il maîtrise. On le sent tendu, calme et agité à la fois. Son inquiétude est objectivable. On peut tout à fait concevoir que l'intensité de ses troubles dépressifs est variable. Elle se majore vraisemblablement lorsque l'expertisé est confronté à ses limitations.

L'amélioration de l'état actuel de Monsieur B. \_\_\_\_\_ ne résulte pas vraisemblablement pas (sic) du traitement antidépresseur vu les bas dosages plasmatiques de celui-ci.

Le Dr D.E. \_\_\_\_\_ avait évoqué, en juillet 2012, un trouble dépressif majeur. Il semble toutefois que depuis lors, l'évolution de l'expertisé ait été favorable. Elle écrivait par ailleurs que la problématique psychiatrique n'est que la conséquence de sa pathologie neurologique, mais même avec la dépression actuelle, elle n'est pas un obstacle à sa capacité de travail.

Il peut être posé actuellement un diagnostic d'Episode dépressif léger, avec syndrome somatique (F33.0), l'intensité peut par moment être moyenne. L'anxiété, en adéquation avec la situation, n'est pas constitutive d'un diagnostic séparé.

Plus de deux ans après l'accident et les interventions chirurgicales, nous ne retiendrons pas le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, posé, en mars 2012, à l'hôpital L. \_\_\_\_\_. Le psychiatre traitant de Monsieur B. \_\_\_\_\_ réfute, elle aussi, ce diagnostic. Elle l'estime erroné et insiste sur le fait que son patient est un homme très engagé, motivé et déterminé à tout mettre en oeuvre pour améliorer sa santé. Ce qui le déprime et l'angoisse, c'est que, malgré tous ses efforts, son handicap neurologique s'aggrave et que son assurance lui refuse un traitement qui pourrait le soulager quant à ses douleurs.

Nous n'avons pas mis en évidence de trouble de la personnalité.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ apprécie, en effet, de pouvoir travailler à 40%, même s'il dit que cela l'épuise. Il tient à cette activité pour éviter d'être trop frustré. Sa capacité de travail, du point de vue purement psychique, est par contre aujourd'hui totale.

Son sentiment d'être victime, suite aux complications de ses interventions chirurgicales, est par contre majoré par l'indécision quant au traitement par neuromodulation. L'annulation, à la dernière minute, du test de neuromodulation a été vécue très douloureusement et a renforcé son sentiment d'injustice.

En conclusion, Monsieur B. \_\_\_\_\_ souffre d'un trouble dépressif d'intensité probablement fluctuante entre léger à moyen, actuellement léger. Ce trouble est réactionnel à sa situation physique. Il n'y a pas d'autres troubles psychiques associés, notamment pas de signes en direction d'un état de stress post-traumatique.

Le trouble psychique n'est pas en relation de causalité directe avec l'accident, mais avec les complications physiques qui en sont résulté. La situation psychique peut encore évoluer en fonction de l'état physique et des éventuelles thérapies mises en place. Deux ans après l'accident, la situation n'est pas stabilisée, l'atteinte éventuelle à l'intégrité devrait pouvoir être évaluée dans deux ans environ.

Le traitement médicamenteux et psychique doit être continué. Le taux plasmatique de Cymbalta s'étant par ailleurs révélé infra-thérapeutique, il nous semble nécessaire d'en investiguer les raisons.

## **REPONSES AUX QUESTIONS DE W. \_\_\_\_\_ ASSURANCES**

### Questionnaire pour l'expertise psychiatrique, orthopédique et neurologique

#### *1. Récapitulatif des diagnostics ?*

- Status après chute à snowboard (le 13.03.2010) ayant entraîné une fracture tassement de D6 sans complication neurologique immédiate
- Status après kyphoplastie percutanée de D6 s'étant compliquée d'une extravasation intrarachidienne de ciment puis d'un hématome péri-dural de même niveau ayant entraîné une compression médullaire avec myélomalacie secondaire.
- Persistance de troubles moteurs, sensitifs, algiques, sphinctériens et sexuels en tant que conséquence de l'atteinte médullaire survenue le 04.05.2010.
- Episode dépressif léger, avec syndrome somatique : F33.0.

#### *2. Plaintes actuelles ?*

Cf. ci-dessus.

#### *3. Etat actuel orthopédique (colonne vertébrale) et neurologique ?*

La fracture est consolidée avec une déformation résiduelle. Persistance de troubles neurologiques moteurs, sensitifs et sphinctériens.  
Cf. ci-dessus.

#### *4. Etat actuel psychiatrique ?*

Episode dépressif d'intensité légère, avec une composante anxieuse.

5. *Prière d'effectuer des radiographies de la colonne dorsale centrées sur D6.*

Il n'y a actuellement pas d'indication à faire pratiquer de telles radiographies.

6. *Des facteurs étrangers à l'accident ont-ils joué ou jouent-ils encore un rôle dans l'atteinte à la santé, et de quelle façon ?*

Il n'a pas été identifié de facteurs étrangers.

7. *Un traitement médical motivé par les conséquences de l'accident est-il encore à prévoir ? Si oui, lequel ? Serait-il susceptible d'améliorer l'état actuel ?*

Poursuite du traitement médicamenteux et psychique  
L'indication à une stimulation épimédullaire est posée.

7. a*Estimez-vous qu'un traitement par neuromodulation médullaire serait indiqué ? Prière de préciser les raisons médicales qui justifieraient ou ne justifieraient pas ce type de traitement ?*

Une tentative de traitement par neuromodulation médullaire est effectivement indiquée étant donné :

1. L'importance des douleurs présentées encore actuellement par Monsieur B.\_\_\_\_\_.
2. L'importance du traitement médicamenteux qui ne suffit pas à assurer un plein contrôle de douleurs.
3. Le fait qu'une stimulation épimédullaire pourrait permettre de diminuer l'importance de la médication administrée au patient et améliorer ainsi secondairement la capacité de travail. On relèvera néanmoins que la stimulation médullaire entraîne en moyenne une diminution de 50% des douleurs et des dysesthésies. La mise en place d'une pompe à morphine serait à notre sens grevée de plus de complications et la stimulation épimédullaire paraît préférable.

Comme autre traitement pour lutter contre la spasticité, on pourrait encore envisager des infiltrations de toxine botulique notamment au niveau du MID. Ce traitement-là ne remplacera toutefois pas la stimulation neuromédullaire qui est administrée dans un but antalgique éventuellement également anti-spastique.

8. *Les séquelles de l'accident entraînent-elles encore actuellement une incapacité de travail ? Dans l'affirmative, de quelle importance ?*

Les conséquences orthopédiques, neurologiques et psychologiques indirectes de l'accident au travers de la compression médullaire préalable entraînent encore actuellement une incapacité de travail de l'ordre de 40%, ceci étant donné l'importance des douleurs, de la gêne motrice et sensitive mais également des problèmes digestifs et à moindre degré urinaires. En outre, Monsieur B.\_\_\_\_\_ présente une fatigue/fatigabilité liée aux douleurs, au traitement médicamenteux et aux conséquences psychologiques des atteintes somatiques.

9. *Est-ce que l'état de santé actuel peut être considéré comme stabilisé*

*Si non, dans quel délai le sera-t-il ?*

*Si oui, comment se présente le dommage permanent :*

Etant donné que plus de deux ans se sont écoulés depuis l'événement accidentel, il est peu probable qu'on assiste sur le plan neurologique à une amélioration des troubles résiduels. On peut donc considérer que l'état de santé est stabilisé sur le plan objectif, mais que l'on peut espérer une amélioration du point de vue subjectif, notamment pour ce qui est des douleurs, avec secondairement un effet sur les troubles thymiques.

La situation sur le plan psychique n'est donc pas encore stabilisée.

*9. a Diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail de de l'assuré, eu égard aux séquelles accidentelles et à son activité professionnelle habituelle ?*

Actuellement, Monsieur B. \_\_\_\_\_ travaille à 40%, ceci en raison des douleurs, des limitations fonctionnelles, des troubles sphinctériens et des conséquences psychiques. On peut espérer qu'avec l'accoutumance et un meilleur contrôle des douleurs notamment à travers la stimulation épimédullaire, il sera possible d'améliorer ultérieurement la capacité de travail. Il est néanmoins impossible de dire actuellement quelle sera l'invalidité économique définitive à long terme.

Cette invalidité économique devrait être appréciée au terme d'une période de deux ans environ après la présente expertise.

*Dans l'affirmative, pourquoi et de quelle importance ?*

Cf. plus haut.

*Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité professionnelle et quelles caractéristiques doit-elle avoir compte tenu de l'atteinte à sa santé (position assise et/ ou debout, exclusion de certaines postures, limitation ou exclusion de certains gestes ou efforts, etc.) A quel taux pourrait-il travailler dans une telle activité ?*

Il n'y a pas d'autre activité professionnelle mieux adaptée sur le plan physique que celle d'informaticien.

*9.b Atteinte importante et durable. L'intégrité physique, psychique ou mentale au sens de l'art. 24 LAA ?*

Oui du point de vue neurologique.

*Dans l'affirmative, de quelle importance (exprimée en fonction du barème de l'Annexe 3 OLAA et des tables spéciales de la Division médicale de la SUVA) ?*

L'atteinte médullaire présentée encore actuellement par Monsieur B. \_\_\_\_\_ correspond à un stade ASIA D-E entraînant une perte à l'intégrité de 40 %.

L'atteinte à l'intégrité psychique devra être évaluée dans un délai de deux ans environ.

*Doit-on s'attendre dans un futur plus ou moins éloigné à une augmentation significative de l'importance de l'atteinte, et dans ce cas, à combien peut-on estimer la différence ?*

Non sur le plan neurologique.

*Le taux actuel de l'atteinte est-il influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente, et si oui dans quelle mesure exprimée en pourcent ?*

Non. ».

Le 21 décembre 2012, W.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré qu'elle acceptait la prise en charge du traitement par neuromodulation médullaire. Le système de neuromodulation a été installé le 4 février 2013 par le Prof. G.\_\_\_\_\_, médecin-chef au Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de P.\_\_\_\_\_. Aux termes du protocole opératoire du 25 février 2013, le Prof. G.\_\_\_\_\_ a retiré le dispositif, qui n'avait montré aucune efficacité.

Dans un rapport du 11 mars 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, en médecine physique et réadaptation et en neurologie, confirmait au Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant, l'échec du stimulateur médullaire.

Dans un complément d'expertise du 5 avril 2013 du Z.\_\_\_\_\_, le Dr T.U.\_\_\_\_\_, psychiatre, a indiqué que la réponse à la question 8 du rapport d'expertise (faisant état d'une incapacité de travail de 40%) contenait une erreur de retranscription et qu'il fallait y lire 50%, l'assuré disposant bien d'une capacité de travail de 50%. Par courrier du 29 mai 2013, les Drs T.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont confirmé les précisions fournies par le Dr T.U.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 30 janvier 2014 au Dr N.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait le constat d'un status neurologique quasiment inchangé sur le plan objectif, après avoir énuméré les symptômes persistants et précisé que le traitement était inchangé, ce qu'il a par ailleurs confirmé dans son rapport du 24 avril 2014.

**c)** Par décision du 14 avril 2014, W.\_\_\_\_\_ a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 4'200 fr. dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, sur la base d'une diminution de gain (taux d'invalidité) de 50%. L'assureur-accidents a précisé que le versement d'une rente faisait en principe cesser

le droit au remboursement des frais de traitement, sous réserve des exceptions prévues à l'art. 21 al. 1 de la loi sur l'assurance-accidents, et qu'à ce titre, elle continuerait à prendre en charge maximum quatre contrôles annuels chez le médecin traitant, le traitement antalgique, ainsi que deux séances de physiothérapie par semaine et le traitement psychiatrique jusqu'à la prochaine évaluation prévue au Z. \_\_\_\_\_ deux ans après l'expertise.

Dans une seconde décision du 14 avril 2014, W. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 40%, correspondant à un montant de 50'400 fr. correspondant à l'atteinte prévalant au niveau somatique. W. \_\_\_\_\_ a précisé que la question d'une atteinte à l'intégrité au plan psychique ferait l'objet d'un examen ultérieur à l'échéance du délai de deux ans préconisé par les experts du Z. \_\_\_\_\_.

**d)** Le 8 mai 2014, l'assuré, représenté Me Gilles-Antoine Hofstetter, a formé opposition aux deux décisions rendues le 14 avril 2014 par W. \_\_\_\_\_.

Dans un certificat du 12 juillet 2014, les Drs V. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_ et V.W. \_\_\_\_\_, psychiatre, ont attesté que la situation de l'assuré n'était pas encore stabilisée, un changement médicamenteux progressif étant en cours, dont les effets ne pourraient être évalués qu'à l'issue d'un délai de trois à quatre mois.

**e)** Le 30 juillet 2014, W. \_\_\_\_\_ a rendu deux décisions sur opposition, par lesquelles elle a déclaré irrecevables les oppositions du 8 mai 2014, en raison d'un défaut de motivation.

**f)** Toujours par l'entremise de Me Hofstetter, B. \_\_\_\_\_ a recouru le 12 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre des décisions de W. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2014.

**g)** Par arrêt du 9 décembre 2014, la Cour des assurances sociales a admis le recours précité et annulé les décisions sur opposition du 30 juillet 2014, la cause devant être renvoyée à l'intimée pour nouvelles décisions dans le sens des considérants.

**D.** Par décision du 9 janvier 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2011 au 31 octobre 2012, de trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2012 puis d'une demi-rente d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 50% dès le 1<sup>er</sup> décembre 2012.

**E.** Le 17 novembre 2015, l'assuré a fait savoir à W.\_\_\_\_\_ que son état de santé s'aggravait et lui a transmis:

- un rapport adressé le 7 juillet 2015 par le Dr N.\_\_\_\_\_ au Dr F.G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie viscérale, lui demandant d'entreprendre des investigations s'agissant de nouvelles plaintes de son patient relatives à des souillures anales,
- un rapport du 28 octobre 2015 du Dr F.G.\_\_\_\_\_ au Dr N.\_\_\_\_\_, dont il ressort les éléments suivants :

« Conclusions :

Dans le contexte des lésions neurologiques thoraciques de Monsieur B.\_\_\_\_\_, il faut retenir une cause principalement neurologique au tableau d'incontinence sévère que l'on notera à 18 sur une échelle de Miller qui compte 18 positions. L'incontinence urinaire participe à mon sens de la même cause et nécessite un bilan complet auprès de mon collègue le Dr Keliou qui me lit en copie. Il est probable que les hémorroïdes de stade IV retrouvées à 4h et 8h en position gynécologique puissent également jouer un rôle sur la continence fine du patient et que leur correction qui est forcément chirurgicale puisse améliorer le ressenti des selles actuellement tardif par glissement du revêtement ano-dermique du canal anal distal. Cependant la perte de selles nocturnes et complètes est la signature d'une perte de contrôle du sphincter interne et que cette perte est assurément liée à la lésion neurologique.»

Par décision sur opposition du 23 janvier 2018, l'intimée a maintenu ses deux décisions du 14 avril 2014 (sur la rente d'invalidité et

sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité) et a rejeté les oppositions de l'assuré.

**F.** Par acte du 23 février 2018, B.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Hofstetter, a recouru contre la décision du 23 janvier 2018, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que W.\_\_\_\_\_ continue à prendre en charge les frais de traitement (médicamenteux, physiothérapeutique et psychothérapeutique) au-delà du 30 avril 2014, qu'elle poursuive également au-delà de cette date le versement des indemnités journalières, subsidiairement qu'elle lui alloue dès le 1<sup>er</sup> mai 2014 une rente basée sur un degré d'invalidité de 80%, et qu'elle lui reconnaisse le droit à une IPAI de 70% au moins pour les atteintes somatiques, l'octroi d'une IPAI pour les séquelles psychiques devant encore être examiné. Subsidiairement, le recourant a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A l'appui de sa contestation, il a notamment produit :

- un projet de décision du 2 octobre 2017 par lequel l'OAI lui faisait savoir qu'il entendait lui allouer trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2016 sur la base d'un degré d'invalidité de 60%, consécutivement à une aggravation de son état de santé survenue en mai 2016,
- un rapport du 24 janvier 2018 du Dr V.W.\_\_\_\_\_, aux termes duquel le psychiatre a retenu le diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) dans un contexte socio-professionnel qui s'était détérioré, précisant que la symptomatologie psychiatrique était une conséquence directe de l'accident, que la thymie était toujours triste, de manière plus intense que deux ans auparavant, un légère péjoration étant intervenue sur ce plan. Le Dr V.W.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré n'avait pas présenté de problèmes psychiatriques particuliers avant l'accident de mars 2010 et que le suivi dans son cabinet, débuté en août 2013, avait mis en évidence un état anxio-dépressif et dysthymique récurrent. Il a estimé que la symptomatologie psychiatrique anxio-dépressive sévère du patient était une conséquence directe de son accident et des conséquences de celui-ci et que la situation psychiatrique n'avait

jamais pu être véritablement stabilisée ni complètement améliorée jusqu'ici.

Le 6 mars 2018, le recourant a adressé à la Cour de céans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2018 du Dr V.\_\_\_\_\_ retenant les diagnostics de troubles de la marche de l'équilibre, dans le cadre d'un syndrome sensitivomoteur spastique de niveau D6 prédominant au membre inférieur droit, de douleurs rachidiennes chroniques, de troubles sphinctériens urinaires et des selles, d'état anxiodépressif réactionnel chronique, sur extravasation de ciment et compression médullaire après cimentation percutanée en avril 2010 pour fracture-tassement D6 traumatique sur chute à ski en mars 2010. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 80% en tant qu'informaticien et a exposé que le patient présentait une aggravation progressive de la symptomatologie motrice, douloureuse et psychique depuis 2012, malgré un traitement médicamenteux et physiothérapeutique important.

Dans un rapport du 5 mars 2018 transmis le 27 mars 2018 par le recourant au tribunal, le Dr N.\_\_\_\_\_ a observé une détérioration progressive de l'état général de l'assuré depuis près de deux à trois ans, donnant le sentiment d'une lente dégradation.

Dans sa réponse du 12 juin 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, l'évolution de l'état de santé survenue depuis les décisions initiales du 14 avril 2014 ne devant pas entrer en ligne de compte dans le cadre de la présente cause, mais au contraire faire l'objet d'une procédure de révision distincte.

Le 26 juin 2018, le recourant a encore produit à la Cour de céans un rapport établi le 10 juin 2018 par le Dr H.I.\_\_\_\_\_, psychiatre, consulté pour un second avis. Le Dr H.I.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), relevant que l'anxiété de l'intéressé était surtout due à ses problèmes physiques (perte des selles et d'urine, peur de tomber due à des vertiges, peur de faire des accidents).

Les parties ont déposé de plus amples déterminations les 12 juillet 2018, 18 septembre 2018 et 25 septembre 2018, aux termes desquelles elles ont maintenu leurs conclusions.

Le 8 mars 2019, le recourant a produit au tribunal un projet de décision du 26 février 2019 annulant et remplaçant celui du 2 octobre 2017, aux termes duquel l'OAI lui signifiait son intention de lui octroyer trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 60%, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2018, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100%.

Par déterminations du 21 mars 2019, l'intimée a maintenu ses conclusions, estimant que la nouvelle pièce produite par le recourant n'était pas utile à la résolution du litige.

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

**1.**                   **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, sont litigieux le droit du recourant au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge de ses frais de traitement au-delà du 30 avril 2014, ainsi que le degré de son invalidité et de son atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 13 mars 2010 et de ses traitements.

**3. a)** Pour l'évaluation de la capacité de travail et du taux d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

**b)** Dans le cas d'espèce, la décision entreprise se fonde sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Z.\_\_\_\_\_ du 7 décembre 2012. L'appréciation médicale des Drs M.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ examine les points litigieux importants et procède d'une étude circonstanciée, en pleine connaissance de l'anamnèse. Se basant sur un examen approfondi du dossier médical et un examen clinique complet du recourant, dont ils ont largement pris en compte les plaintes, les experts ont procédé à une riche description du contexte médical ; leur évaluation de la situation médicale est claire et leurs conclusions sont motivées. Leur rapport du 7 décembre 2012 satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

**4. 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. L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C\_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

**b)** Dans le cas d'espèce, les conditions précitées sont réalisées. Il est en effet établi que l'événement du 13 mars 2010 est constitutif d'un accident, non-professionnel en l'occurrence, l'assuré ayant chuté alors qu'il pratiquait le snowboard. Le recourant a ensuite connu des complications importantes lors du traitement médical des suites de l'accident, lesquelles ont conduit à des lésions. Les atteintes à la santé affectant le recourant, tant au plan somatique que psychique, sont en outre en lien de causalité avec l'accident, ce qu'ont confirmé les experts du Z.\_\_\_\_\_. L'intimée ne le conteste d'ailleurs pas, puisqu'elle a pris en charge le cas, allouant des indemnités journalières et le remboursement

des frais de traitement, puis dans un second temps une rente d'invalidité ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Les avis des parties divergent par contre sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin au versement des indemnités journalières et limiter la prise en charge du traitement médical au 30 avril 2014, pour fixer la rente d'invalidité ainsi que l'IPAI.

Partant de la prémisse que l'état de santé du recourant était stabilisé, l'intimée a en effet réduit les prestations d'assurance en matière de traitement médical au 30 avril 2014 et mis un terme au versement des indemnités journalières à la même date. Elle a en outre alloué au recourant une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50% et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité liée à ses troubles somatiques de 40%. De son côté, le recourant conteste la stabilisation médicale de ses atteintes et sollicite la reprise du versement des indemnités journalières ainsi que la poursuite de la prise en charge complète de ses traitements. Subsidiairement, il conteste le degré d'invalidité et de l'atteinte à l'intégrité retenus par l'intimée, estimant avoir droit à une rente d'invalidité d'au moins 80% et une IPAI de 70% au moins s'agissant des atteintes somatiques, l'IPAI due en raison des atteintes au plan psychique devant encore être examinée.

**5. a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (cf. art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (cf. art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (cf. art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (cf. art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (cf. art. 18 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 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical ainsi qu'aux indemnités journalières et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Pour qu'il soit possible de statuer sur la rente, il faut que le traitement ne puisse plus entraîner d'amélioration ni éviter de péjoration de l'état de santé, de sorte que celui-ci doive être considéré comme stable (cf. TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1 et 5.2 avec la jurisprudence citée). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (TFA U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (TFA U 244/04 consid. 3.1 avec références citées ; TF 8C\_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C\_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, l'assureur-accident peut nier le rapport de causalité et cesser "ex nunc et pro futuro" les prestations malgré l'octroi antérieur du traitement et d'indemnités journalières sans devoir se fonder sur un motif de réexamen ou de révision (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1), sauf lorsque la restitution de prestations

payées est requise (ATF 133 V 57 consid. 6.8 ; TF 8C\_714/2009 du 14 avril 2010 consid. 4.2).

**b)** Le recourant contestant le refus de l'intimée de poursuivre le versement des indemnités journalières et le remboursement des frais de traitement au-delà du 30 avril 2014, il convient d'examiner en premier lieu si l'assureur-accidents était fondé à fixer la rente d'invalidité. Cette question revient à trancher le point de savoir si l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 avril 2014, à savoir s'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration au-delà de cette date.

A cet égard, à l'issue de leur expertise, les Drs M.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont estimé que l'état de santé au plan orthopédique était stabilisé, dès lors qu'aucun traitement n'était en cours ni prévu à ce niveau, la cyphose présentée par le recourant étant définitive. Au plan neurologique, les experts ont relevé qu'étant donné que deux ans s'étaient écoulés depuis l'événement accidentel, il était peu probable qu'on assistât sur le plan neurologique à une amélioration des troubles résiduels, de sorte que, sur le plan objectif, l'état de santé était stabilisé. Ils ont toutefois indiqué que l'on pouvait espérer une amélioration du point de vue subjectif, notamment pour ce qui concernait des douleurs, et qu'à ce titre une tentative de traitement par neuromodulation médullaire était indiquée étant donné l'importance des douleurs présentées encore par l'assuré, l'importance du traitement médicamenteux qui ne suffisait pas à assurer un plein contrôle de douleurs et le fait qu'une stimulation épimédullaire, susceptible de conduire à une diminution moyenne de 50% des douleurs et des dysesthésies, pouvait permettre de diminuer l'importance de la médication administrée au patient et améliorer ainsi secondairement sa capacité de travail. Enfin, au plan psychiatrique, les experts ont estimé que l'état n'était pas encore stabilisé, car la diminution des douleurs attendue de la stimulation épimédullaire était également susceptible de conduire à une amélioration de l'état de santé au plan psychique.

Il ressort toutefois des rapports des 25 février et 11 mars 2013 des Drs G.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ que le traitement par neuromodulation s'est soldé par un échec et qu'il a été abandonné le 25 février 2013, après un essai de trois semaines. Cela étant, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé était stabilisé au 30 avril 2014, plus d'un an s'étant écoulé depuis l'échec du traitement recommandé par les médecins traitants et les experts. En effet, si à l'issue de l'expertise, il était encore attendu de la stimulation neuromédullaire une amélioration aux plans neurologique (subjective, une stabilisation au niveau objectif ayant déjà été constatée par les experts) et psychiatrique, le traitement a entretemps été mis en place, mais n'a pas répondu aux espoirs des médecins. On peut conclure de ces éléments que l'état de santé du recourant au plan neurologique était stabilisé au 30 avril 2014, et que tel était également le cas au plan psychiatrique, l'amélioration qui était espérée à ce niveau devant découler indirectement de la diminution des douleurs induite par la neuromodulation, laquelle n'avait cependant pas eu lieu.

Les avis médicaux au dossier ne conduisent pas à une solution différente. En effet, dans son rapport du 30 janvier 2014, le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté la persistance des symptômes connus et indiqué que le traitement était inchangé. Le fait que les Drs V.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et V.W.\_\_\_\_\_ aient annoncé un changement médicamenteux le 12 juillet 2014 ne suffit pas à considérer que l'état de santé n'était pas stabilisé en avril 2014 et qu'il pouvait être raisonnablement attendu de cette modification une amélioration notable. Les médecins traitants ont au contraire fait le constat d'une certaine péjoration. Les pièces en main du tribunal ne permettent d'ailleurs pas de constater qu'une amélioration est survenue des suites de ce changement de traitement, ni au demeurant de n'importe quel autre traitement qui aurait été entrepris depuis l'expertise du Z.\_\_\_\_\_. L'ensemble des rapports médicaux attestent que les traitements suivis n'ont pas eu pour effet d'améliorer sensiblement l'état de santé du recourant et la capacité de travail du recourant n'a pas connu d'amélioration. Il ressort de l'historique du recourant tel qu'il résulte de l'expertise et selon les pièces au dossier, qu'en 2014, le recourant était en incapacité de travail partielle depuis plusieurs années, sans amélioration

notable. Comme il sera constaté infra, l'état de santé du recourant paraît plutôt avoir connu une péjoration par la suite.

Dans ces circonstances, l'intimée était fondée à considérer que l'état de santé du recourant était stabilisé au 30 avril 2014 et à statuer sur le droit à la rente, en mettant de ce fait fin au versement des indemnités journalières. Le grief formulé par le recourant à cet égard est infondé et doit être rejeté.

**6.** Le recourant conteste également le taux d'invalidité de 50% retenu par l'intimée, estimant que celui-ci s'élève à 80% au moins.

**a)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C\_125/2010 arrêt du 2 novembre 2010 consid. 2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

**b)** Avant l'accident, le recourant travaillait comme spécialiste IT auprès de la D.\_\_\_\_\_ à [...], à 100%. Il a pu reprendre progressivement la même activité à temps partiel et en 2012, au moment de l'expertise, il travaillait au taux de 40%. Sur la base de leurs constatations, les experts ont confirmé que l'activité concernée était adaptée à l'état de santé de l'assuré et que celui-ci disposait dans ce cadre d'une capacité résiduelle de travail de 50%. L'appréciation des experts est convaincante et il ne figure au dossier aucun élément susceptible de la remettre sérieusement en question. Dès lors que l'assuré a repris son activité habituelle, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (TF 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6).

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, compte tenu de la stabilisation constatée au 30 avril 2014. On relèvera d'ailleurs que l'OAI a alloué une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50% depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2012. Certes, l'assureur-accidents n'est pas lié par les considérations de l'organe de l'assurance-invalidité, mais on remarquera que l'appréciation des deux assureurs s'agissant du préjudice économique subi par l'assuré converge.

**c)** Le recourant n'invoque pour sa part aucun grief relatif à la situation telle qu'elle existait en 2014, au moment de l'ouverture du droit à la rente. Ses arguments tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité de 80% au moins reposent sur une aggravation ultérieure de son état de santé, qu'il avait signalée à l'intimée le 17 novembre 2015 déjà. A cette occasion, il avait transmis à l'assureur-accident un rapport du 7 juillet 2015 du Dr N.\_\_\_\_\_, lequel adressait son patient au Dr F.G.\_\_\_\_\_ pour investigation sur de nouvelles souillures anales contraignant l'intéressé à porter des couches. Après examen clinique, le Dr F.G.\_\_\_\_\_ a constaté qu'après une longue période de constipation opiniâtre initiale, on assistait à la survenue d'une incontinence fécale majeure, de degré 18 sur l'échelle de Miller comptant 18 positions. Le Dr F.G.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré perdait des selles sous forme de résidus et des selles incomplètes de manière diurne et était fréquemment surpris par des selles complètes la nuit, signe d'une perte de contrôle du sphincter interne assurément liées à la lésion neurologique, nécessitant le port systématique de Pampers. L'assuré connaissait aussi une incontinence urinaire, participant selon le Dr F.G.\_\_\_\_\_ de la même cause. De même, dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2018, le Dr V.\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation progressive de la symptomatologie motrice, douloureuse et psychique depuis 2012, induisant une incapacité de travail de 80%. Le membre inférieur droit devenait de plus en plus difficile à utiliser et à contrôler, avec en fin de journée un pied trainant, provoquant une distorsion rachidienne exacerbant les rachialgies et les douleurs du psoas. L'assuré chutait au minimum une fois chaque mois. Par temps froid, il ne parvenait plus à plier le genou, empêchant la marche. Le Dr V.\_\_\_\_\_ indiquait qu'au plan

intestinal, l'assuré connaissait notamment des nausées entraînées par les douleurs du côté droit de l'abdomen et de l'hypocondre. Sur le plan sphinctérien, il avait l'obligation de porter des couches tous les jours depuis deux ans, avec une nycturie entraînant des troubles du sommeil, les fuites de selles nécessitant de changer les draps la nuit. Le 5 mars 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il constatait une dégradation progressive de l'état général de son patient depuis deux à trois ans, que le médecin attribue vraisemblablement à une sorte d'atrophie progressive des neurones et/ou des voies de transmission de l'information neuronale, certainement consécutive à l'accident. De l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'assuré était de ce fait limitée à 10 à 20%, probablement uniquement à domicile, ou alors à courte distance de son domicile, avec un horaire au choix du patient. Au plan psychiatrique, le Dr V.W.\_\_\_\_\_ également signalé le 24 janvier 2018 une aggravation au plan thymique, l'assuré connaissant une tristesse plus intense que deux ans auparavant. Le psychiatre traitant a retenu le diagnostic d'état dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), confirmé par le Dr H.I.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 juin 2018, consulté par l'assuré pour une seconde opinion.

**d)** Il ressort de ces éléments que l'état de santé du recourant paraît s'être péjoré depuis juillet 2015, avec notamment l'aggravation de l'incontinence, et la péjoration de l'état psychique, susceptibles de constituer une rechute ou des séquelles tardives (art. 11 OLAA). Ce constat de possible péjoration est appuyé par le fait que selon son projet de décision du 2 octobre 2017, l'OAI envisageait de porter les droits de l'assuré d'une demi à trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> août 2016, consécutivement à une aggravation de son état de santé reconnue dès mai 2016. Par projet rectificatif du 26 février 2019, l'OAI a même retenu une aggravation dès octobre 2015, induisant la révision de la demi-rente à la faveur de trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016, suivie d'une nouvelle aggravation dès décembre 2017, conduisant à l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2018. L'intimée ne conteste pas l'éventualité d'une péjoration tant somatique que psychiatrique, mais estime qu'elle ne fait « pas l'objet des décisions de 2014 querellées », de sorte qu'elle ne

peut être prise en compte que dans une procédure de révision distincte, mais ne saurait entrer en considération dans l'appréciation de la présente cause. Or, W.\_\_\_\_\_ se méprend s'agissant de l'état de fait déterminant dans le cadre de la présente affaire. En effet, de jurisprudence constante, lorsque l'administration rend une nouvelle décision après que la cause lui a été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étend pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (TF 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4, *in* SVR 2009 IV n° 57 p. 177 ; TF 9C\_457/2013 du 26 décembre 2013 consid. 5.2, 9C\_235/2009 du 30 avril 2009 consid. 3.3). Cela étant, l'intimée n'était pas fondée à ignorer l'évolution de l'état de santé survenue entre 2014 et le 23 janvier 2018, date de la décision sur opposition ici querellée. Son dossier est dès lors insuffisamment instruit s'agissant de la période postérieure au 30 juin 2015.

**7.** Le recourant conteste encore que l'intimée a mis fin à la prise en charge des frais de traitement au sens de l'art. 10 LAA dès le 1<sup>er</sup> mai 2014.

**a)** Lorsque la rente d'invalidité a été fixée, les prestations de l'assurance-accident pour soins et le remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont régies par l'art. 21 LAA. Elles sont accordées dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre outre la rente, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé

diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (art. 21 al. 3 LAA).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées par cette disposition.

Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n. 287 p. 992). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005 n° U 557, pp. 388 ss). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins).

Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21

LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

**b)** En l'espèce, dès lors que le droit à la rente était acquis au 1<sup>er</sup> mai 2014, la question de la prise en charge des soins doit être examinée sous l'angle de l'art. 21 LAA. Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations ne peuvent être accordées que dans les cas visés aux let. a à d. A cet égard, le cas ne doit pas être examiné sous l'angle de la let. d de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque cette disposition vise les bénéficiaires de rente totalement invalides (ATF 140 V 130 consid. 2.3, 124 V 52 consid. 4 ; TF 8C\_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4, 8C\_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3), soit une éventualité qui n'est pas réalisée en l'occurrence.

Par ailleurs, les let. a et b de l'art. 21 al. 1 LAA n'entrent pas en considération en l'occurrence. Quant à l'art. 21 al. 1 let. c LAA, il subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2, 134 V 109 consid. 4.2 ; TF 8C\_518/2016 précité consid. 3.4).

En l'occurrence, les experts ont estimé que le recourant avait besoin de poursuivre le traitement médicamenteux et psychique et qu'il convenait de tenter un traitement par neuromodulation médullaire (étant précisé que ce dernier a été tenté avant la décision de l'intimée). La décision de l'intimée de prendre en charge quatre contrôles par année maximum chez le médecin traitant de l'assuré, le traitement antalgique, le

traitement de physiothérapie à raison de deux fois par semaine au maximum jusqu'à la réévaluation par le Z.\_\_\_\_\_, ainsi que les frais relatifs au traitement psychiatrique jusqu'à la nouvelle prise de position du Z.\_\_\_\_\_ n'est pas contraire à l'art. 21 LAA. Le recourant ne dit d'ailleurs pas quel traitement ou quels frais auraient dû être pris en charge par l'intimée, requérant simplement la poursuite de la prise en charge des soins médicaux sur la base de l'art. 10 LAA. Or, la prise en charge des soins et le remboursement des frais y relatifs ne sont plus octroyés en application de cette disposition dès lors que le recourant est mis au bénéfice d'une rente.

Si la position de l'intimée s'agissant de la prise en charge des frais médicaux n'est pas critiquable pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> mai 2014, la possible aggravation de l'état de santé du recourant pour la période ultérieure au 30 juin 2015 telle que constatée supra (cf. consid. 5d) impliquait des mesures d'instruction complémentaires sur le point de savoir si un traitement plus conséquent que celui reconnu par l'intimée aux termes de la décision querellée était devenu nécessaire pour éviter la péjoration de la capacité de travail. Ainsi, également s'agissant de la question des frais de traitement, l'instruction du dossier par l'intimée s'avère insuffisante.

**8.** Le recourant conteste enfin l'estimation qu'a faite l'intimée de son atteinte à l'intégrité pour l'affection somatique et de l'indemnité qu'il peut prétendre à ce titre.

**a)** 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 de l'accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202], 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. A

teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité 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.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence, etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 311 p. 998). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (TF 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références citées).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel (anatomique ou fonctionnel), mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C\_703/2008 précité consid. 5.2 avec les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif (ATF 124 V 29 consid. 1b, 209 consid. 4a/bb) - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pourcent. L'indemnité allouée pour ces lésions s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les

atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas de valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à faire assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 de l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C\_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1 et les références citées).

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 toutefois dépasser le montant maximum du gain annuel assuré (art 36 al. 3 OLAA). Les différents taux résultant de ces atteintes doivent être additionnés puis leur total est éventuellement pondéré, dans une appréciation d'ensemble, au regard des autres taux d'atteintes figurant dans les barèmes (RAMA 1998, U 296, p. 235 [spéc. p. 236]).

Il convient de rappeler qu'il y a lieu, lors du calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, de tenir équitablement compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité dans la mesure où la survenance d'aggravations est vraisemblable et leur importance quantifiable (art. 36 al. 4 1<sup>ère</sup> phrase OLAA ; TF U 322/06 du 16 octobre 2006, consid. 5 ; RAMA 1998, p. 602, consid. 3b). L'indemnité n'est pas sujette à révision selon l'art. 22 LAA. En cas d'aggravation non prévisible, la personne assurée a toujours la possibilité d'annoncer le cas sous la forme d'une rechute ou de suites tardives qui pourront, le cas échéant, justifier le versement d'une indemnité complémentaire (ATF 127 V 456 consid. 4 ; TF 8C\_219/2018 consid. 4.3. du 5 juillet 2018).

**b)** En l'espèce, l'intimée a fixé l'IPAI consécutive à une atteinte somatique et a réservé la question de l'existence d'une IPAI à la suite d'une atteinte psychique. Pour déterminer le taux de l'atteinte à l'intégrité physique, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 décembre 2012, qui a constaté que l'atteinte médullaire correspondait à un stade ASIA D-E entraînant une perte à l'intégrité de 40%, étant précisé que l'atteinte à l'intégrité psychique devait être évaluée dans le délai de deux ans prévu par l'expertise. L'intimée s'est référée à la table 21 du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA.

On relève que le raisonnement de l'intimée paraît contradictoire. D'une part, elle a retenu que l'état de santé (qui comprend l'état physique et psychique) était stabilisé et ouvrait le droit à une rente. D'autre part, elle a fixé une IPAI pour atteinte somatique et réservé une éventuelle IPAI pour atteinte psychique, laquelle devait faire l'objet d'un examen deux ans plus tard. Or, soit l'état de santé est stabilisé, ouvre le droit à une rente et permet la fixation d'une IPAI globale, soit l'état de santé n'est pas entièrement stabilisé, ce qui justifie l'attente pour l'examen de l'IPAI mais auquel cas le droit à la rente n'est pas ouvert.

Dès lors que l'on considère que l'état de santé du recourant était stabilisé à la fin avril 2014 tant sur le plan physique que psychique, il appartenait à l'intimée d'examiner la question de l'indemnité pour l'atteinte psychique en même temps que celle pour l'atteinte physique pour fixer, le cas échéant, une indemnité globale qui tient compte de l'ensemble du dommage.

En outre, comme relevé s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de la prise en charge des frais de traitement, l'intimée devait prendre en compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité l'évolution de l'état de santé de l'intéressé jusqu'au moment où elle a rendu la décision litigieuse, le 23 janvier 2018.

**9.** Au vu de ce qui précède, il s'avère que le dossier de l'intimée est insuffisamment instruit s'agissant du droit à la rente et au traitement médical pour la période courant au-delà du 30 juin 2015, de même que sur la question de l'IPAI. Les pièces au dossier ne permettent pas au tribunal de trancher ces questions en toute connaissance de cause. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, neurologique et psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, les experts désignés gardant la faculté d'y associer toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il incombera ensuite à l'intimée de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit au traitement médical et à la rente pour la période courant dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015, ainsi que sur l'IPAI, étant rappelé que, compte tenu du présent renvoi de la cause, la limite temporelle de son examen s'étendra jusqu'à la date de sa nouvelle décision (cf. consid. 5d supra).

**10. a)** En définitive, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 23 janvier 2018 annulée en tant qu'elle porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de même que sur la période postérieure au 30 juin 2015. A ces égards, la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, suivie d'une nouvelle décision sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que sur son droit au traitement médical et à une rente d'invalidité. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.

**b)** En application de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**c)** Obtenant dans une large mesure gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une pleine indemnité de dépens, laquelle, compte tenu de l'importance et de

la complexité de la cause, est fixée à 3'000 fr. (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 partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 23 janvier 2018 par W.\_\_\_\_\_ est annulée en tant qu'elle porte sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de même que sur la période postérieure au 30 juin 2015. A ces égards, la cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, suivie d'une nouvelle décision sur le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, ainsi que sur son droit au traitement médical et à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. W.\_\_\_\_\_ versera à B.\_\_\_\_\_ un montant de 3'000 fr. (trois mille 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour le recourant),
- W. \_\_\_\_\_,
- 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 :