

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 juin 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard et Dessaux, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Julien Gafner, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 21 al. 1 let. d LAA**

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

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 28 mai 1975, était employé au sein de l'entreprise [...] et était ainsi assuré auprès d'H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'intimée ou H.\_\_\_\_\_) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Le 10 avril 2004, l'assuré a chuté en snowboard. Il est tombé du toit d'un chalet, d'une hauteur de près de deux mètres, directement sur la tête. Il a subi une fracture de la cervicale C6 et s'est trouvé paraplégique.

Le 21 avril 2004, l'assuré a été admis au [...] (ci-après : le [...]). À l'occasion d'un rapport médical du 7 octobre 2004, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie au sein du centre précité, a retenu les diagnostics de tétraplégie sensomotrice incomplète sub C7 (ASIA B) avec une innervation partielle, une dérégulation autonome avec troubles des fonctions cardiaques, de la circulation, de la vessie et de l'intestin, de dissection post-traumatique de la vertèbre cervicale gauche HWK1-4 (avril 2004), de thrombose de la veine tibiale postérieure droite (avril 2004) ainsi que de pneumonie droite (avril 2004).

Par décision du 21 février 2007, H.\_\_\_\_\_ a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité, une allocation pour impotent ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité basée sur un taux de 100%.

**B.** A l'occasion d'un rapport médical du 20 mai 2016, la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, outre les diagnostics somatiques résultant de l'accident de 2004, a mis en évidence un épisode dépressif léger récidivant.

Le 15 juillet 2016, l'assuré a fait l'objet d'un consilium psychiatrique au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR). Dans un rapport établi le 21 juillet 2016, la Dre B.\_\_\_\_\_,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un épisode dépressif moyen avec syndromes somatiques, actuellement en rémission. Lors de son appréciation, ce médecin a évoqué les éléments suivants :

« Suite à l'entretien réalisé ce jour, je retiens le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis février 2016, dans un contexte de surcharge de complications somatiques et de conflit avec son assurance-accidents. Il semble licite de penser qu'une prise en charge spécialisée en février 2016 aurait permis de soutenir le patient et d'améliorer son état psychique. A ce jour, l'épisode dépressif moyen est en rémission et ne nécessite pas actuellement une prise en charge spécialisée. Cependant, l'entretien a mis en évidence un lien évident entre l'activité physique, les complications somatiques et son humeur. Il est donc possible que ce patient puisse nécessiter une prise en charge spécialisée sur le plan psychiatrique dans un contexte de dégradations sur le plan somatique. A ce jour, le patient se projette dans l'avenir en espérant améliorer son état de santé.

Sur le plan thérapeutique bien qu'à ce jour il ne nécessite pas une prise en charge spécialisée, il semble clair que ce patient puisse tirer bénéfice de la réinstauration de séances de coaching et de physiothérapie sur le plan thymique, et afin de prévenir la survenue d'un nouvel épisode dépressif à l'avenir nécessitant une prise en charge psychiatrique. »

Par rapport du 5 août 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR), la Dre R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin-assistante, ont retenu le diagnostic principal de tétraplégie initialement C7 AIS A, puis C7 AIS B, actuellement complète C6 AIS A suite à une fracture C6 le 10.04.2004 sur chute à snowboard avec :

- corporectomie et fixation par voie antérieure par greffe osseuse, plaque et vis de C6 le 11.04.2004,
- révision avec ablation de la plaque et de la cage, re-position de C6/C7, spondylodèse C5-C7 avec greffe osseuse de la crête iliaque droit de 04.05.2004,
- myélopathie C6-C7,
- dissection traumatique de l'artère vertébrale gauche,
- syndrome restrictif pulmonaire moyen-sévère (VC max 51%, FEV+61%), 24.03.2015,

- PAO de la hanche droite (ED 09.2014),
- ostéoporose d'immobilité,
- dysfonction autonome avec troubles des fonctions cardio-pulmonaires, digestives, vésicales et sexuelles,
- vessie neurogène, hypocapacitante, hyposensitive avec une hyperactivité vésicale (2015) et un reflux vésico-sphinctérien de stade II à droite avec condom-urinaire et infection urinaire traitée par Ciprofloxacine p.o. du 3 au 14 juillet 2016,
- condom-urinaire
- infection urinaire traitée par Ciprofloxacine p.o du 03 au 14.07.2016.

Ils ont également mis en évidence une lombo-sciatalgie droite avec discopathie L4/L5 avec infiltration péri-durale (5x) inefficace et infiltration facettaire L4/L5 et L5/S1 des deux côtés en septembre 2015 ainsi qu'une comorbidité sous la forme d'une récurrence d'un épisode de dépression modérée (02.2016). A l'occasion d'un rappel anamnestique, ils ont décrit que depuis 2004, l'assuré avait déjà eu de multiples complications à sa tétraplégie, dont une thrombose veineuse profonde de la veine tibiale postérieure droite en avril 2004, une évacuation d'un hématome rétro-pharyngé le 12 avril 2004, une lithotripsie le 14 juin 2006, une sphinctérectomie en 2009, une hémorroïdopexie d'après Longo le 23 avril 2010, une injection de Botox dans le sphincter vésical en 2010. Ils ont également mentionné l'implantation d'un neuromodulateur sacral en 2010, qui est retiré le 9 août 2010, une injection de médialisation par du Vox-Impant le 19 octobre 2009, puis le 18 avril 2011 dans le cadre d'une paralysie hémi-laryngée droite, une sphinctérectomie le 26 septembre 2012 avec révision le 1<sup>er</sup> octobre 2012 pour hémorragie, une anoscopie, une fissurectomie, une hémorroïdopexie, l'injection de Botox sous ultrason dans le sphincter vésical en novembre 2013, une re-sphinctérotomie du sphincter vésical le 25 avril 2014 ainsi qu'une bursite acromiale et deltoïdienne en septembre 2015. Par ailleurs, en raison de sa lombo-sciatalgie droite, l'assuré a bénéficié de multiples infiltrations péri-durales ainsi qu'une infiltration facettaire.

A l'occasion d'un rapport médical du 21 décembre 2017, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et Mme S.\_\_\_\_\_, psychologue, du [...], ont retenu les diagnostics de trouble douloureux chronique avec des facteurs somatiques et psychiques, un épisode dépressif léger ainsi qu'une phobie sociale. Ces médecins préconisaient une psychothérapie dans le cadre d'un traitement multimodal des douleurs. Cette indication était justifiée en raison des troubles douloureux chroniques avec des facteurs somatiques et psychiques, mais également en raison de troubles de l'humeur et d'angoisses, lesquelles influençaient négativement la situation douloureuse de l'assuré. Selon ces médecins, ces troubles devaient être pris avec sérieux dans le but d'éviter une prochaine péjoration de l'état de santé de l'assuré.

L'assuré s'est alors rendu chez F.\_\_\_\_\_, psychologue clinicien afin d'entamer un suivi psychologique. Le 9 mai 2018, ce praticien a établi un rapport psychologique, dont le contenu est le suivant :

« Bien que l'accident de Monsieur K.\_\_\_\_\_ soit survenu il y a 14 ans, sa situation physique et psychologique a évolué de manière significative. La gestion de ses douleurs chroniques induit un phénomène d'épuisement psychologique qui n'est pas sans incidence sur son humeur. La prescription précitée mentionne, et je le confirme, un état dépressif léger à moyen directement lié à la condition physique de Monsieur K.\_\_\_\_\_ et de tout ce qu'implique la lourde réalité de son handicap.

En tant que spécialiste dans la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques et de handicaps, j'interviens auprès de Monsieur K.\_\_\_\_\_ pour l'aider à gérer de mieux en mieux cette réalité de douleurs chroniques. De plus, j'interviens également sur la question du trouble de l'humeur qu'il manifeste. A l'heure actuelle, le patient répond bien au traitement et des progrès notables sont déjà à constater. Le pronostic pour qu'une amélioration significative de l'état du patient à court et moyen terme survienne est très encourageant.

Pour conclure, il est important de mentionner que la démarche qu'a entreprise Monsieur K.\_\_\_\_\_ revêt à la fois un caractère clairement thérapeutique mais également préventif d'autres problèmes qui pourraient survenir s'il n'est pas possible de donner suite à cette démarche. »

La Dre N.\_\_\_\_\_, spécialiste en pathologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-conseil d'H.\_\_\_\_\_, s'est prononcée le 4 juin 2018 sur les propos du psychologue traitant de l'assuré. Elle a retenu que l'état de ce dernier était stable depuis des années, qu'il n'y avait jamais eu de prise en charge psychiatrique ni de diagnostic psychiatrique posé. Elle a relevé en outre l'absence de traitement antidépresseur ou autre psychotrope et que le status décrit par le psychologue apparaissait physiologique au vu des dures réalités des restrictions physiques ; elle a souligné l'absence d'objectif thérapeutique. Si l'atteinte était psychiatrique, elle nécessitait un diagnostic posé par un spécialiste. A défaut, l'assureur-accident n'avait pas à s'impliquer dans la relation entre l'assuré et son psychologue.

Un nouveau consilium psychiatrique a eu lieu le 25 octobre 2018 au sein de la CRR. Dans son rapport du 26 octobre 2018, la Dre B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Ce médecin a fait état de nombreuses complications somatiques, principalement infectieuses et urologiques intervenues durant l'été 2018, avec un risque vital engagé nécessitant une hospitalisation de trois mois. A l'occasion de son appréciation, la Dre B.\_\_\_\_\_ retenait les éléments suivants :

« En effet, il présente une humeur dépressive et une augmentation de la fatigabilité ainsi qu'une perturbation du sommeil, une modification de l'appétit et une diminution de la capacité de concentration. L'épisode actuel correspond donc aux critères d'un épisode dépressif léger.

De plus, on retrouve dans le passé la présence d'au moins 2 épisodes dépressifs, le premier en 2016 constaté lors de la première évaluation, un probable épisode dépressif moyen durant l'hiver 2017 jusqu'à mars 2018, qui a pu être amélioré partiellement du fait du début de la prise en charge psychothérapeutique débutée en janvier 2018, qui a dû être stoppée en mai 2018.

A ce jour, l'épisode dépressif léger actuel nécessite une prise en charge spécialisée qui permettrait au patient de l'accompagner lors des baisses thymiques en lien avec des recrudescences algiques, lui permettre de développer des stratégies concrètes de gestion de la douleur et de prévenir une éventuelle aggravation de la symptomatologie dépressive, étroitement liée aux complications somatiques en lien avec la tétraplégie et en permanente évolution.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a à ce jour pas d'indication à la prescription d'un traitement psychotrope. Il me semble nécessaire que M. K. \_\_\_\_\_ puisse reprendre la prise en charge débutée en janvier 2018 auprès de M. F. \_\_\_\_\_, psychologue clinicien, qui a permis un début d'amélioration de l'humeur dans le cadre du début de la prise en charge. »

Interpellé par l'assurance-accidents, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil d'H. \_\_\_\_\_, a retenu, le 5 novembre 2018, que les troubles dépressifs actuels étaient en lien de causalité probable avec l'accident de 2004, notamment au vu de l'importance des séquelles. Il recommandait de débuter un suivi psychiatrique à raison d'une à deux fois par mois afin d'éviter une notable détérioration de l'état de santé de l'assuré.

La Dre N. \_\_\_\_\_ a pris une nouvelle fois position le 19 novembre 2018. Elle relevait qu'il y avait une rémission de l'épisode dépressif depuis mars 2018. Au vu de l'intensité légère des symptômes, il ne nécessitait aucune prescription médicamenteuse, ni suivi psychiatrique. L'indication à une prise en charge de l'assuré chez M. F. \_\_\_\_\_ ne relevait ainsi pas d'une atteinte d'ordre médical et ne saurait constituer une conséquence médicale de l'accident.

Par décision du 20 novembre 2018, H. \_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge du suivi psychologique en question. Elle rappelait que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et que la Dre N. \_\_\_\_\_ avait retenu la rémission de l'épisode dépressif depuis mars 2018. L'intensité des symptômes actuels ne nécessitait ni prescription médicamenteuse, ni suivi psychiatrique.

L'assuré a formé opposition à la décision précitée le 20 décembre 2018. Il soutenait qu'un suivi psychologique était nécessaire tant au niveau des troubles dépressifs actuels qu'au niveau de la prévention d'une éventuelle aggravation de sa symptomatologie dépressive.

Par décision sur opposition du 6 juin 2019, H.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 20 novembre 2018. Se référant aux avis de la Dre N.\_\_\_\_\_, elle retenait que le lien de causalité naturelle entre les soins en question et l'événement du 10 avril 2004 n'était pas établi. L'indication à une prise en charge chez M. F.\_\_\_\_\_ ne relevait pas d'une atteinte d'ordre médical et n'était ainsi pas une conséquence médicale de l'accident de 2004. Aucun avis médical au dossier ou produit par l'assuré ne permettait de mettre en doute les avis de la Dre N.\_\_\_\_\_.

**C.**           **a)** Par acte du 3 juillet 2019, K.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de son conseil Me Julien Gafner, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il concluait à la prise en charge d'un suivi psychologique régulier par l'assurance-accidents. Pour l'intéressé, en raison d'importantes restrictions physiques et de douleurs persistantes, découlant de son grave accident de 2004, il ne faisait aucun doute que ses séquelles étaient de nature à entraîner ses troubles psychiques. Citant la Dre B.\_\_\_\_\_, le suivi psychologique en question permettrait effectivement de prévenir une aggravation de la symptomatologie dépressive, étroitement liée aux complications somatiques en lien avec la tétraplégie du recourant. Il était indispensable à son bien-être physique, susceptible d'améliorer sensiblement son état de santé et d'empêcher que celui-ci ne subisse une détérioration notable. L'assuré a également requis l'audition de la Dre B.\_\_\_\_\_, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ainsi que la traduction des rapports médicaux établis par les spécialistes du [...].

**b)** Par réponse du 27 août 2019, H.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours. Elle rappelait pour l'essentiel ses considérations développées à l'occasion de sa décision sur opposition.

**c)** Dans sa réplique du 19 septembre 2019, l'assuré a maintenu ses conclusions prises au pied de son recours. Il soutenait que les troubles psychiques étaient bien en lien avec l'accident de 2004, la

position de la Dre N.\_\_\_\_\_ étant en effet contestée tant par la Dre B.\_\_\_\_\_ que par le Dr Q.\_\_\_\_\_.

**d)** Par réplique du 10 octobre 2019, H.\_\_\_\_\_ a confirmé les conclusions prises à l'occasion de la réponse, soulignant notamment que les conclusions de la Dre B.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir de lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident de 2004.

### **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.** Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'assurance-accidents d'un suivi psychologique régulier.

**3. a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Toutefois, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA).

Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir :

- a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ;
- b. 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 ;
- c. lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ;
- d. 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.

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 ; TF 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3). 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 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 140 V 130 consid. 2.3 p. 133; 124 V

52 consid. 4 p. 57 ; SVR 2012 UV n° 6 p. 21 [8C\_191/2011], consid. 5.2 ; arrêts 8C\_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4; 8C\_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3). La preuve que la mesure envisagée permettra d'atteindre cet objectif doit être établie avec une vraisemblance suffisante; elle est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (SVR 2011 UV n° 1 p. 1, 8C\_584/2009, consid. 2; arrêt 8C\_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1). Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04, consid. 3.1; arrêt 8C\_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 6.3).

**b)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**4.** Le recourant soutient que ses troubles psychiques, dépressifs notamment, sont en lien avec son accident de 2004 et qu'un suivi psychologique permettrait effectivement d'améliorer son bien-être, plus particulièrement d'éviter une péjoration de ses symptômes psychiques.

**a)** En l'occurrence, au vu des pièces au dossier, notamment les rapports médicaux émanant de la Dre B.\_\_\_\_\_ et du [...], il y a lieu d'admettre le diagnostic d'épisode dépressif, actuellement léger.

**b)** Concernant la problématique du lien de causalité naturelle et adéquate entre le diagnostic d'épisode dépressif, actuellement léger et l'accident de 2004, il sied en premier lieu de rappeler que l'assuré a fait l'objet d'une prise en charge médicale continue depuis son accident de 2004 en raison de nombreuses complications somatiques, notamment au niveau digestif et urinaire, comme le décrit le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 août 2016. Il a en outre récemment été hospitalisé trois mois en raison de complications somatiques infectieuses et urologiques telles que le risque vital a été engagé.

**c)** Un lien de causalité naturelle entre l'atteinte psychique et les complications somatiques résultant de l'accident de 2004 résulte de plusieurs pièces médicales versées au dossier. En effet, la Dre B.\_\_\_\_\_ a évoqué un lien évident entre l'activité physique, les complications somatiques et l'humeur du recourant (rapport du 15 juillet 2016) ainsi qu'une symptomatologie dépressive étroitement liée aux complications somatiques en lien avec la tétraplégie de l'intéressé (rapport du 25 octobre 2018). Le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée a quant à lui reconnu un lien probable de causalité, compte tenu des importantes séquelles de l'accident et de l'évolution des troubles somatiques. Ces différentes positions ne sauraient être remises en cause par les déterminations de la Dre N.\_\_\_\_\_. En effet, et contrairement à la position des précités, ce médecin ne conteste pas explicitement l'existence d'un lien de causalité entre l'état de santé actuel et l'accident, mais se borne à nier l'existence d'une atteinte psychiatrique médicale nécessitant une prise en charge. Elle n'exclut ainsi pas l'existence d'un

lien de causalité. Les conclusions de l'intimée concernant l'absence de lien de causalité naturelle ne reposent ainsi sur aucun fondement médical, un tel lien devant au contraire être admis.

**d)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts 8C\_818/2015 du 15 novembre 2016 consid. 5.1 et 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1).

Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;

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

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

**e)** En l'espèce, l'assuré a certes subi une chute en snowboard de près de deux mètres. Cependant, dans la mesure où ce genre de chute est relativement courant dans la pratique du snowboard, on ne saurait retenir que l'accident ait entraîné des forces particulièrement importantes. Si les lésions résultant de l'accident sont assurément dramatiques, les fractures aux cervicales peuvent intervenir dans le cadre d'accidents générant des forces relativement modestes, l'élément déterminant afin d'entraîner de telles fractures étant le déroulement propre de la chute. L'accident en question doit ainsi être qualifié de gravité moyenne.

**f)** Concernant les critères objectifs à prendre en considération afin de déterminer le caractère adéquat du lien de causalité, il apparaît d'emblée qu'au moins cinq d'entre eux peuvent être considérés comme réalisés. En effet, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, au regard de la tétraplégie du recourant, ne fait aucun doute. L'intéressé n'a cessé, depuis son accident en 2004, de se soumettre à divers traitements médicaux en raison de diverses douleurs physiques

persistantes. De nombreuses complications sont également apparues, notamment au niveau digestif, urinaire et sphinctérien. L'intéressé n'a en outre jamais pu reprendre une activité professionnelle. Un lien de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assuré et son accident de snowboard est ainsi admis.

**g)** Au vu des différentes pièces au dossier et du parcours médical du recourant, il y a lieu de retenir l'existence du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte à la santé psychique de l'assuré et l'accident de 2004, dans la mesure où elle se trouve en lien direct avec les complications d'ordre somatique consécutives à l'accident.

**5.** Reste à déterminer si un suivi psychologique améliorerait notablement l'état de santé de l'assuré ou empêcherait que celui-ci ne subisse une notable détérioration (art 21 al. 1 let. d LAA).

**a)** En l'espèce, la Dre B.\_\_\_\_\_ constate dans son rapport d'octobre 2018 que le recourant a connu au moins deux épisodes dépressifs par le passé, le premier en 2016, ainsi qu'un probable épisode dépressif moyen durant l'hiver 2017 jusqu'à mars 2018. Ce dernier a pu être amélioré partiellement par une prise en charge psychothérapeutique débutée en janvier 2018. Elle ajoute qu'à ce jour, l'assuré nécessite une prise en charge spécialisée qui permettrait au patient de l'accompagner lors de ses baisses thymiques en lien avec des recrudescences algiques, de développer des stratégies concrètes de gestion de la douleur et de prévenir une éventuelle aggravation de la symptomatologie dépressive. Elle relevait que la prise en charge débutée en janvier 2018 auprès du psychologue F.\_\_\_\_\_ avait permis un début d'amélioration de l'humeur, soulignant la nécessité et la pertinence de reprendre un tel suivi. La Dre B.\_\_\_\_\_ indique également les raisons pour lesquelles la prise de médicaments n'est pas indiquée dans le cas du recourant. L'évaluation de la Dre B.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et spécialiste en psychiatrie, apparaît comme circonscrite, motivée et remplit les réquisits de la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux. Une pleine force probante doit ainsi lui être reconnue, ce d'autant plus que ses conclusions

sont confirmées tant par le Dr Q.\_\_\_\_\_, ce dernier admettant l'existence de troubles nécessitant une prise en charge psychiatrique (rapport du 5 novembre 2018), que par les médecins et psychologue du Centre suisse des paraplégiques (rapport du 21 décembre 2017), qui retiennent un épisode dépressif léger dont le traitement est justifié, ce dernier influençant négativement le tableau douloureux du recourant.

**b)** Ces différents avis ne sauraient être valablement remis en cause par les seules prises de position de la Dre N.\_\_\_\_\_. Cette dernière considère qu'il n'y a pas d'atteinte psychiatrique nécessitant une prise en charge médicale, compte tenu de l'intensité légère des symptômes et de l'absence de prescription médicamenteuse, respectivement de psychotropes. Son avis, succinctement motivé, semble partir de la prémisse qu'un épisode dépressif léger ne constitue pas une atteinte psychiatrique suffisante justifiant une prise en charge.

Contrairement à la position de la Dre N.\_\_\_\_\_, l'état dépressif relève effectivement d'une atteinte médicale, diagnostiquée par des spécialistes en psychiatrie. Cette dernière a déjà passablement évolué, oscillant entre un trouble dépressif léger et moyen. La mesure médicale requise a déjà amélioré l'état du recourant lors d'une courte prise en charge au début de l'année 2018 et apparaît comme pertinente. La Dre B.\_\_\_\_\_ fait en outre la démonstration qu'un traitement adéquat ne peut, au vu de la situation de l'assuré, se limiter à la seule prise de médicaments, respectivement de psychotropes, l'essentiel étant l'accompagnement de l'intéressé lors de baisses thymiques et le développement de stratégies concrètes de gestion de la douleur.

**c)** Au vu des différentes pièces médicales versées au dossier, la prise en charge d'un traitement psychologique est effectivement susceptible d'empêcher une notable détérioration de la symptomatologie dépressive, étant rappelé que l'assuré a déjà connu au moins un épisode dépressif moyen dans le cadre de complications d'une tétraplégie en constante évolution, son pronostic vital ayant encore récemment été engagé. Le suivi en question apparaît également pertinent dans l'optique

d'une amélioration de l'état de santé psychique du recourant. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, il y a lieu d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 let d LAA sont remplies.

**6.** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, vu le sort du recours et que le dossier apparaît comme complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuves formulées par le recourant.

**7. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à la prise en charge d'un suivi psychologique régulier par l'assurance-accidents.

**b)** Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). Il sied de rappeler que, en procédure de recours cantonale, il n'existe pas de droit à un remboursement intégral des dépens occasionnés, ces derniers devant être fixés par le tribunal (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd.,

Zürich/Bâle/Genève 2015, ch. 211 ad art. 61 LPGA, p. 835 et référence citée). Ce principe vaut également pour la réglementation cantonale en matière de dépens, soit l'art. 55 LPA-VD. En effet, l'octroi de dépens ne couvre pas l'intégralité des frais engagés par la partie qui obtient gain de cause pour défendre ses intérêts. Il s'agit d'une participation à ses frais (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2012, n° 1 ad art. 55 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 6 juin 2019 rendue par H. \_\_\_\_\_ est réformée en ce sens qu'K. \_\_\_\_\_ a droit à la prise en charge d'un suivi psychologique régulier.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. H. \_\_\_\_\_ versera à K. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gafner, pour le recourant,
- H. \_\_\_\_\_,
- l'Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :