

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2022

Composition : Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], recourant, représenté par Me Sandra Rodriguez, avocate à
Bienne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 24 al. 1 et 25 LAA ; art. 36 al. 1 OLAA.

E n f a i t :

A. **a)** J._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} juillet 2004 pour le compte de la Commune de [...] en qualité d'employé [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 4 septembre 2014, l'assuré a chuté de quelques huit mètres, se réceptionnant sur les fesses, alors qu'il aidait son frère agriculteur à déplacer du foin dans la grange de celui-ci.

Le 10 septembre 2014, l'employeur de l'assuré a adressé une déclaration de sinistre à la CNA, dont il ressortait que le travail avait été interrompu depuis le jour de l'accident.

La CNA a pris le cas en charge (cf. courrier du 12 septembre 2014).

L'assuré a séjourné au Centre hospitalier [...] (ci-après : le [...]) du 4 au 30 septembre 2014. Par rapport du 1^{er} octobre 2014, les Drs Q._____, D._____ et R._____, respectivement médecin associée, chef de clinique et médecin assistant au sein du Service de neurochirurgie du [...], ont posé les diagnostics principaux de fracture trans-discale de type Chance L1, instable, avec lésion ligamentaire des éléments postérieurs associée et de fracture du sacrum de type Denis III en H avec hématome intra-dural, sans effet compressif. Ils ont également noté à titre de diagnostics secondaires une anesthésie en selles, ainsi qu'une atonie sphinctérienne avec incontinence urinaire et fécale.

L'assuré a ensuite été transféré au Service de paraplégie de la Clinique [...] à [...] (ci-après : la [...]), où il a séjourné du 30 septembre au 17 novembre 2014, date de son retour à domicile. Aux termes d'un rapport du 24 novembre 2014, le Dr F._____, médecin chef adjoint dudit service, et la Dre N._____, médecin assistante, ont notamment attesté

d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 30 septembre 2014 au 18 février 2015 et fait état de ce qui suit :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour paraplégie incomplète de niveau initial sensitivo-moteur T11 à droite et T12 à gauche, AIS D, actuellement LS [lit strict], AIS D, de niveau sensitif S2 à D [droite], LS à G [gauche], de niveau moteur S2 ddc [des deux côtés].***

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- ***Le 04.09.2014, chute d'une hauteur de 8 mètres, avec :***
 - ***fracture transdiscale de type Chance L1 instable, avec lésion ligamentaire des éléments postérieurs associés***
 - ***fracture du sacrum de type DNI 3 en H, avec hématome intra-dural sans effet compressif***
 - ***fixation postérieure D10-D11-D12-L2-L3 avec système Legacy Deformity, le 07.09.2014***
 - ***troubles neurogènes de la fonction vésicale, intestinale et sexuelle***
 - ***douleurs neuropathiques S2-S5***
 - ***TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger***
 - ***Anémie normochrome, normocytaire avec carence martiale.***
 - ***Bactériurie asymptomatique à Citrobacter Freundii le 30.09.2014, traitée. »***

Par rapport du 13 février 2015, le Dr F. _____ a attesté une amélioration tant neurologique que fonctionnelle de l'état de santé de l'assuré. Il a en particulier relevé que le principal problème de ce dernier résidait dans les douleurs de type neurogène, situées initialement dorsalement de la base du pénis, précisant que ces douleurs avaient évolué en direction du périnée. Il a indiqué que ces douleurs de type brûlures étaient initialement situées à 8/10 et évoluaient de façon positive. Compte tenu de la situation globale, il a prolongé l'incapacité de travail totale de trois mois, soit jusqu'au prochain contrôle.

Aux termes de son rapport du 21 mai 2015, le Dr F. _____ a indiqué que la situation de l'assuré continuait à se stabiliser légèrement. Le médecin a notamment relevé que son patient continuait d'être victime de douleurs neurogènes et qu'il décrivait celles-ci comme toujours aussi

intenses, par périodes, surtout lors de temps froid et humide, ce qui était fréquent chez les patients médullaires. Il a précisé que, lors de ces crises douloureuses, l'assuré prenait de la Novalgin et éventuellement de la Gabapentine et qu'il essayait, par des mesures de détente, en position allongée, de contrôler ses douleurs, celles-ci disparaissant lorsqu'il parvenait à se détendre complètement. Il a ajouté que l'intensité de ces crises diminuait progressivement et que celles-ci intervenaient une fois par mois et duraient entre une semaine et dix jours. Le Dr F. _____ a également relevé que l'assuré procédait à une thérapie par vibrations sous les pieds à domicile, ainsi qu'à de la physiothérapie du plancher pelvien une fois par semaine, du massage deux fois par semaine et des exercices de vélo (10 kilomètres par jour) et de marche à domicile. Il a attesté que, globalement, la situation continuait à s'améliorer, avec une constellation qui restait difficile, au vu de la paraplégie flasque et des douleurs neurogènes et a ainsi prolongé l'incapacité de travail totale jusqu'au 26 août 2015.

Par rapport du 30 septembre 2015 relatif à une consultation du 26 août 2015, le Dr F. _____ a notamment fait part de ce qui suit :

« Une année après la chute et la fracture L1, plus de 9 mois après sa sortie de notre Clinique, la situation de M. J. _____ continue à lentement mais sûrement s'améliorer. Les problèmes principaux résident actuellement au niveau des fonctions vésicales intestinales et sexuelles ainsi que des douleurs. La neurologie peut être considérée comme stable, le patient est parfaitement autonome dans ses activités de la vie quotidienne. Son autonomie à la marche est satisfaisante, les troubles de l'équilibre persistent mais sont bien compensés au quotidien. Une reprise de l'activité professionnelle à temps partiel pourrait être envisagée de ce côté-là, pour autant que le patient puisse régulièrement changer de position et qu'il n'ait pas à se mouvoir dans des terrains trop escarpés. Cette reprise est actuellement impossible au vu des douleurs neuropathiques et musculo-squelettes sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

(...)

Concernant les douleurs neurogènes des dermatomes S4-S5, ces dernières sont toujours présentes et ont actuellement une intensité de 5 à 6/10. Ceci après la réduction de la Gabapentine avec une prise avancée en début de soirée. Le MST [morphine] a été stoppé fin juillet. Le patient prend encore du Sarotène retard 25 mg le soir, ainsi qu'un antidépresseur depuis le mois de juin. Ceci semble lui faire du bien, et pourrait avoir eu cependant un effet sur la fonction sexuelle. La médication peut évidemment être adaptée selon les besoins, en présence de douleurs neurogènes j'ai

cependant recommandé à M. J. _____ d'essayer d'intégrer ces dernières à son quotidien. Il a réussi, par la méthode de l'autohypnose, à obtenir des plages quasi sans douleur, spécialement le soir lorsqu'il peut se détendre particulièrement bien. J'ai recommandé à M. J. _____ d'absolument poursuivre sur cette voie, qui permet d'intégrer des méthodes actives dans le concept de gestion de la douleur.

Le problème principal actuellement réside à mes yeux dans les douleurs du bas du dos, puisque le patient ne peut rester plus d'une demi-heure dans la même position sans commencer à avoir vraiment mal. Ces douleurs sont situées dans la zone opérée (D11-L3) ayant un caractère de lombalgies, comme nous les observons souvent chez des patients après une chirurgie de stabilisation. Le renforcement musculaire au niveau des jambes a été bien fait, j'ai recommandé donc au patient ainsi qu'à sa physiothérapeute, Mme [...], de concentrer les efforts actuels sur le bas du dos de façon à augmenter la mobilité lombaire des segments résiduels, de renforcer la ceinture abdominale basse ainsi que de pratiquer des exercices de redressement, d'étirement et de renforcement isométrique du bas du dos. Ces exercices peuvent être effectués à la maison, le patient étant très actif et très motivé. Je préconise également la poursuite de la thérapie individuelle de mobilisation, principalement au niveau lombaire, ainsi que du renforcement du plancher pelvien, même si les résultats semblent stagner actuellement. A mon avis, les priorités doivent être clairement mises au niveau des structures lombaires, de façon à améliorer la mobilité, l'endurance et la stabilité et ainsi diminuer les douleurs dont souffre M. J. _____ actuellement. Ceci est la condition sine qua none à une reprise du travail, que j'espère pouvoir être possible d'ici le début de l'année prochaine. M. J. _____ a de ce point de vue[-]là eu un contact avec son employeur, une activité comme chauffeur au niveau de la Commune peut lui être proposée, avec des courses relativement courtes, ce qui dans la situation actuelle est bien évidemment idéale. Ce travail peut être effectué dans le cadre d'un essai thérapeutique, en cas de succès, une reprise de l'activité lucrative en début 2016 me paraît possible. Une copie de ce rapport va être adressée à l'Office AI du canton de Vaud pour information.

Je reverrai M. J. _____ fin novembre de façon à faire le point et décider avec lui de l'éventuelle reprise d'une activité professionnelle. »

Dans un rapport du 23 décembre 2015, le Dr F. _____ a en particulier indiqué que les sensations désagréables localisées au niveau du périnée et irradiant dans la verge, qui avaient présenté en début de réadaptation les plus grandes difficultés, avaient nettement diminué en intensité. Quant aux douleurs situées au niveau des dermatomes S3-S5, elles fluctuaient entre 3/10 le matin, et 6 à 7/10 le soir. Il a également relevé que, même si l'intensité globale n'avait que peu baissé, le patient avait développé des stratégies, entre autres de détente, lui permettant de bien supporter ces douleurs. Il a expliqué que l'assuré allait tenter une

reprise du travail en tant que chauffeur d'appoint de la Commune de [...] à 20 % sur trois ou quatre jours dès le 1^{er} février 2016 et que, si cette phase se déroulait bien, une augmentation de la durée du travail à 40 % serait envisageable.

L'assuré a repris une activité professionnelle auprès de la Commune de [...] à 20 % dès le 1^{er} mars 2016.

Par rapport du 14 juillet 2016, le Dr F. _____ a indiqué que l'assuré allait globalement bien mais qu'il ressentait beaucoup de douleurs au niveau des lombaires, localisées au centre de la cicatrice et que ces tiraillements s'étendaient vers le haut du dos, entre les épaules, ainsi que dans les fesses. L'assuré a décrit avoir des sensations d'étau, d'une intensité de 7 à 8/10, avec un épïcêtre à hauteur des vertèbres L4-L5. Le médecin a indiqué que ces douleurs au niveau du dos se superposaient aux douleurs neurogènes connues dans la région du bas-ventre, que le patient gérait plutôt bien. A cet égard, il a exposé que les douleurs neurogènes localisées principalement en S3-S5 étaient fluctuantes, qu'elles provoquaient de moins en moins de crises et qu'elles étaient quantifiées à 3-4/10.

Par rapport du 1^{er} mars 2017, le Dr B. _____, chef de clinique suppléant au Centre [...] de [...], et la Dre W. _____, médecin-assistante, ont posé les diagnostics d'affection dégénérative des segments adjacents supra- et infra-fusionnels faisant suite à la fracture de Chance de L1 le 4 septembre 2014 et de paraplégie sous L5 ASIA D avec trouble fonctionnel des fonctions vésicales, rectales et sexuelles, douleurs neuropathiques aux étages L2-S3, laquelle faisait suite à la fracture comminutive du sacrum avec hémorragie hémotogène dans le canal rachidien. L'assuré a consulté les médecins précités en raison de douleurs croissantes depuis le mois de septembre 2016 au niveau des segments proximaux et distaux adjacents à la spondylodèse dorsale, signalant notamment des douleurs particulièrement pénibles de type élancements dans la région du rachis dorsal, d'intensité variable. Les médecins susmentionnés ont procédé à l'analyse suivante :

« Appréciation et procédure:

Sur la base des troubles décrits par le patient, de l'examen clinique et de l'imagerie, en particulier du scanner, notre hypothèse la plus probable est que les troubles du patient sont déclenchés par une altération dégénérative des segments proximaux et distaux adjacents à la spondylodèse. Nous constatons à ce niveau des signes nets de phénomènes dégénératifs au niveau des corps et disques vertébraux, qui pourraient expliquer les douleurs. Nous avons discuté en détail des constatations avec le patient et lui avons recommandé dans un premier temps une procédure conservatrice avec traitement de la douleur. Nous recommandons une infiltration par étapes des articulations facettaires des segments adjacents proximaux et distaux. En cas de bon déroulement, on pourrait ensuite envisager une thérapie par radio-fréquence. L'objectif de ces mesures thérapeutiques serait d'obtenir une réduction des douleurs jusqu'à l'ossification potentielle complète des segments adjacents concernés. Comme traitement antidouleur d'accompagnement, nous avons recommandé au patient une prise quotidienne de médicaments anti-inflammatoires, p. ex. de l'ibuprofène et du Voltaren, pendant quelques temps.

Dans la région de la spondylodèse proprement dite, nous supposons que l'ossification est déjà complète. En ce sens, une ablation du matériel serait envisageable, mais n'aurait selon nous pas d'effet sur les douleurs décrites.

Comme le patient doit faire un long trajet pour venir dans notre établissement, nous lui avons recommandé de planifier les interventions thérapeutiques dans un centre antidouleur plus proche de chez lui. Nous demandons donc qu'il soit adressé à un service spécialisé compétent. Si le traitement proposé ne parvenait pas à réduire les douleurs, le patient pourrait se présenter à nouveau chez nous. »

Aux termes d'un rapport du 19 mai 2017, la Dre H. _____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de [...], a noté ce qui suit :

« Actuellement, le patient manifeste une douleur, la plus importante, localisée dans la région fessière gauche irradiant vers la jonction lombo-sacrée qu'il caractérise comme une sensation de brûlure, d'un tiraillement dont l'intensité peut atteindre 9/10 sur l'EVA [échelle visuelle analogique (évaluation de la douleur)], en soirée. En même temps, il décrit une douleur dans la région péri-anale gauche irradiant dans le périnée jusqu'au scrotum décrite comme une sensation de brûlure, aussi intense, entre 5 et 9/10 sur l'EVA. Il

décrit un engourdissement, voire une hyperesthésie dans la région péri-anales gauche.

Cette douleur s'accompagne d'une sensation d'engourdissement dans la région rétro-malléolaire et le versant latéral du pied associée à des fourmillements. Le patient manifeste une sensation de froid douloureux au niveau du pied gauche.

Dernièrement, il ressent une amélioration d'un trouble sensitif allant depuis la fesse vers la partie postérieure de la cuisse et le mollet jusqu'au talon. Monsieur J._____ ne manifeste pas de trouble moteur au niveau des MI [membres inférieurs].

(...)

La 2^{ème} douleur décrite par le patient se retrouve dans la région interscapulaire ressentie comme une contracture, un tiraillement présent lors des mouvements de rotation de la région dorsale haute qui s'exacerbe avec les mouvements des épaules tels que la surélévation, l'antépulsion et la rétropulsion.

Du point de vue radiologique, on constate un matériel d'ostéosynthèse allant de T10 à L3 et la fracture-tassement de L1. Au niveau du sacrum, atteinte depuis le niveau S2 avec une consolidation en marche d'escalier.

Le patient a été évalué à [...] pour la douleur de la région interscapulaire et des infiltrations facettaires ont été proposées. Le matériel d'ostéosynthèse est stable.

Le traitement actuel consiste à la prise de MST 50 mg/12 heures, de la Gabapentine 100 mg à 18 heures, du Saroten Retard 25 mg/le soir en plus du Temesta Expidet le soir, de l'Omeprazole 20 mg/le matin et de l'Aspirine Cardio 100 mg/le matin. Au besoin, il prend 600 mg d'Ibuprofène.

Monsieur J._____ présente une douleur à prédominance nociceptive dans la région dorsale haute, dont une atteinte musculaire est probable, mais qui n'est pas la douleur principale pour le patient. Il souhaite que l'on puisse s'occuper de la douleur qu'il ressent dans la région pelvi-périnéale.

Pour la douleur de type neuropathique, dont le score atteint 5/10 sur le questionnaire DN4. Selon les recommandations actuelles pour la douleur neuropathique, il est conseillé, en première intention, l'utilisation de médicaments de type Amitriptyline ou de SSRI [inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine] et de gabapentinoïdes. Le Tramadol peut être utilisé; la morphine est de moins en moins conseillée. A cet égard, je propose d'augmenter le dosage de Saroten à 50 mg/jour, diminuer légèrement le dosage de MST à 40 mg/12 heures dans un premier temps. Pour la douleur périnéale présentée par Monsieur J._____ qui rappelle le territoire du nerf pudendal gauche, je propose l'utilisation de la stimulation du nerf tibial postérieur et ensuite une infiltration sous contrôle échographique.

Pour les douleurs neuropathiques également. Il est possible d'obtenir un résultat, non seulement du point de vue local mais aussi diminuer la sensibilisation centrale, avec l'utilisation de perfusions de Xylocaine. Celles-ci ont été programmées. »

Dans un rapport du 22 décembre 2017, la Dre H._____ a indiqué qu'en ce qui concernait la douleur nociceptive et neuropathique, le traitement, constitué de morphine et de Saroten Retard, permettait de soulager la douleur, le score EVA se retrouvant entre 3 et 4/10. Elle a ajouté que les douleurs paroxystiques apparaissaient malheureusement avec une fréquence variable, dont l'intensité pouvait atteindre 10/10 sur l'EVA, obligeant le patient à arrêter toute activité. La Dre H._____ a expliqué que l'assuré continuait en l'état avec son traitement actuel, à savoir de la morphinothérapie et l'utilisation de l'Amitriptyline, des séances de physiothérapie deux fois par semaine et, en complément, des exercices réalisés à domicile.

Par rapport du 27 mars 2018, la Dre M._____, spécialiste en urologie à la [...], a posé les diagnostics de vessie neurogène de type périphérique, de sonde sus-pubienne (SSP) à demeure, d'incontinence urinaire d'effort sur col vésical ouvert, de rétention urinaire sur vessie acontractile, d'ultrason rénal normal, de status post fracture lombaire et fracture du sacrum gauche et de douleurs neuropathiques S2-S5 à gauche. S'agissant des douleurs neuropathiques, la médecin a indiqué qu'elles étaient améliorées par une thérapie physique et d'électromodulation par stimulateur électrique transcutané que le patient appliquait du côté incriminé, c'est-à-dire le membre inférieur gauche. Elle a exposé que toute manipulation dans la région sacrée, y compris à droite, était ressentie comme douloureuse, même l'appui en position assise ou contre un dossier de chaise.

Aux termes d'un rapport du 25 mai 2018, la Dre H._____ a indiqué qu'après l'évènement du 4 septembre 2014, l'assuré gardait une douleur neuropathique avec une intensité moyenne de 5/10 sur l'EVA et des pics douloureux à 10/10 fréquents, sans facteur déclenchant clair et rebelles au traitement médicamenteux. Elle a précisé que la douleur

ressentie était localisée dans la région lombaire et fessière gauche, irradiant le long de la partie postérieure de la cuisse, la jambe et le versant latéral du membre inférieur gauche, la région coccygienne et génitale externe à gauche. D'après elle, les caractéristiques d'une douleur neuropathique étaient présentes telles que la sensation d'une brûlure, d'un fourmillement, d'un engourdissement, d'un froid douloureux, d'une sensation de serrement ainsi qu'une hypoesthésie dans un territoire allant de S1 à S3. Le médecin a constaté que, malgré un traitement médicamenteux pour une douleur neuropathique suivant les recommandations actuelles, la douleur de fond n'était pas soulagée et les pics douloureux pas atténués. Elle a également expliqué que la problématique douloureuse provoquait des troubles de l'humeur chez l'assuré, avec un sentiment de dévalorisation, une tristesse, des troubles du sommeil, un retrait social, une diminution de la qualité de vie au niveau familial malgré l'appui constant de l'épouse de celui-ci. A cet égard, elle a proposé d'évaluer un traitement interventionnel de la douleur sous la forme d'une stimulation au niveau médullaire, avec un système d'imagerie par résonance magnétique compatible. Dès lors, un bilan complémentaire était nécessaire sous la forme d'un scanner de la région dorso-lombaire afin d'évaluer si une technique percutanée ou chirurgicale était nécessaire pour l'implant des électrodes dans la région dorsale basse.

Par rapport du 17 décembre 2018, la Dre K._____, spécialiste en anesthésiologie au Centre de traitement de la douleur de l'Hôpital de [...], a attesté que l'assuré prenait un dérivé cannabinoïde avec THC pour soulager sa douleur, ce qui lui permettait de réduire sa consommation de morphine de moitié. Elle a ajouté que la prise en charge plus interventionnelle de la douleur pouvait impliquer un bloc des racines sacrées (S3) test et, si celui-ci devait soulager le patient, une neuromodulation des racines sacrées. Elle a expliqué qu'elle ne pouvait toutefois assurer le résultat de ce bloc, ni certifier qu'il n'y aurait pas après le bloc une altération passagère de la fonction vésicale, de sorte que l'assuré préférait pour l'instant surseoir à cette intervention, ce d'autant plus que le dérivé cannabinoïde l'aidait.

L'incapacité de travail de l'assuré a été à nouveau totale à compter du 15 février 2019, selon certificats médicaux successifs de son médecin traitant, le Dr S._____.

Dans un rapport du 25 septembre 2019 relatif à une consultation du 18 septembre 2019 requise par la CNA afin d'évaluer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assuré, ainsi que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : l'IPAI), le Dr F._____ a fait état de ce qui suit :

« Pour, rappel, le patient souffre d'une paraplégie incomplète L5 AIS D, suite à une chute le 04.09.2014, avec fracture L1 instable, fracture du sacrum en H. Fixation postérieure D10-L3 le 07.09.2014. TCC léger. Vessie neurogène de type périphérique, avec SSP à demeure et incontinence urinaire d'effort sur col vésical ouvert. Douleurs neuropathiques S2-S5. Troubles neurogènes des fonctions intestinale et sexuelle. Trouble dépressif.

Je ne reviendrai pas de façon plus détaillée sur les antécédents du patient, j'aimerais cependant souligner la bonne évolution concernant les troubles neurogènes des fonctions vésicales et intestinale, suite à la pose de la SSP et la thérapie du plancher pelvien, ayant permis d'obtenir une continence suffisante pour toutes les activités de la vie quotidienne.

Le patient doit continuer à faire très attention à son comportement, en montrant une discipline rigoureuse concernant les vidanges, de façon à éviter les fuites. Le suivi régulier en thérapie du plancher pelvien, les exercices effectués de façon autonome, ainsi que les vidanges par irrigation transanale à intervalle régulier permettent au patient une sécurité relative dans la gestion de ses fonctions de base. Les troubles neurogènes de la fonction sexuelle restent présents, avec des douleurs périnéales rendant un coït impossible.

Le patient est autonome pour toutes les activités de la vie quotidienne, avec une marche sécuritaire en terrain régulier, nécessitant cependant une concentration de tous les instants en terrain irrégulier. La fatigabilité est augmentée, les efforts physiques sont limités à environ 2h. Le patient doit ensuite faire une pause, pouvant durer de 15 à 30 mn. L'équilibre en milieu domestique est bon, avec un port de charges limités, entre 4 et 5 kg. Le patient ne peut pas monter sur un escabeau ou une échelle, il ne peut pas effectuer des travaux au-dessus de la tête. La position debout peut-être maintenue sans appui, pour autant que le terrain soit plat.

La problématique principale se situe au niveau des douleurs neurogènes massives, situées au niveau des dermatomes S2 à L5. Le patient est suivi également par les antalgistes de la consultation spécialisée de [...], suivi actuellement en standby, puisque les mesures thérapeutiques proposées n'ont pas eu d'effet suffisant pour stabiliser la situation. Le patient arrive à gérer son quotidien en

général, il subit malheureusement régulièrement des pointes douloureuses l'obligeant à s'allonger. La pratique de l'autohypnose lui permet de gérer ses attaques, et de moins les subir qu'il y a encore quelques années. La pose d'un neuromodulateur a été proposée au patient, au vu des perspectives plutôt modestes de succès, il a été décidé avec lui de ne pas procéder à l'implantation actuellement. Les traitements actuels médicamenteux sont poursuivis, avec un bon effet du THC essayé en supplément du MST 40 mg, 2x/jour, ainsi que du Saroten retard 25 mg également 2x/jour. Je me permets de vous renvoyer au rapport détaillé de la Dresse H. _____ du 25.05.2018, qui résume parfaitement bien la situation.

Nous nous trouvons donc face à une paraplégie basse, flasque, stabilisée, avec une bonne récupération de la mobilité, malgré les déficits au niveau de l'équilibre et de l'endurance. Ces limitations permettraient la reprise d'une activité professionnelle adaptée que j'estime à environ 60 à 80%. La composante douleurs neuropathiques est actuellement la problématique principale, rendant en l'état une activité professionnelle aléatoire. Le patient est chauffeur poids lourds de profession, sa dernière activité lucrative était employé de [...] à 100%. Les essais thérapeutiques à 20%, effectués sur ces dernières années, ont toujours dû être interrompus à cause des douleurs. Au vu de la situation actuelle, nous nous trouvons face à une lésion basse, avec une atteinte à l'intégrité limitée. La capacité de travail du patient est aujourd'hui clairement mise en danger par les douleurs, puisqu'il possède la capacité d'effectuer une tâche assise sur une durée maximale d'environ 2h. Les douleurs sont ensuite si fortes, que le patient doit se lever et marcher pendant 15 à 30 mn. Lorsque les crises sont maximales, avec une cotation à 10/10, le patient ne peut rien faire d'autre que s'allonger et essayer de pratiquer l'autohypnose. Dans ces circonstances, la reprise d'une activité professionnelle régulière me semble compromise. Au vu du manque d'alternative thérapeutique, je ne vois pas quelle mesure médicale pourrait améliorer la situation dans les mois qui suivent. Au vu de ces éléments, une activité professionnelle de 20 à 40% pourrait éventuellement être envisagée dans une activité optimale, adaptée aux besoins du patient, par exemple dans du home office. Ceci reste cependant purement hypothétique, les 2 dernières années n'ayant montré aucune phase suffisamment stable pour envisager une telle pratique sur la durée. »

Aux termes d'un rapport intitulé « estimation de l'atteinte à l'intégrité » et daté du 4 mars 2020, la Dre V. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a fait état de ce qui suit :

« 1 **Constatations**

Diagnostic :

- Paraplégie incomplète L5 AISD, à la suite d'une chute survenue le 04.09.2014 avec fracture L1 instable, fracture du sacrum en H qui a nécessité une fixation postérieure D10 à L3 le 07.09.2014.
- TCC léger.

- Vessie neurogène de type périphérique avec sonde sus-pubienne à demeure et incontinence urinaire d'effort sur col vésical ouvert.
- Douleurs neuropathiques S2-S5.
- Troubles neurogènes des fonctions intestinales et sexuelles.
- Trouble dépressif.

2 Evaluation de l'atteinte à l'intégrité

Taux d'atteinte à l'intégrité 60 %

3 Motif

On peut lire dans la table 21 des indemnités pour atteintes à l'intégrité en cas de lésions médullaires (réf. 2870/21.f édition 2006 des indemnisations des atteintes à l'intégrité selon la LAA) qu'une paraplégie incomplète L5 AISD correspond, selon la table figurant à la page 21.6 sous G (Paraplégie) que les séquelles dues à une paraplégie ASIA D > de L2 correspondent à un taux d'IpAI de 60 %.

Les autres atteintes, celle de vessie neurogène de type périphérique avec sonde sus-pubienne à demeure et incontinence urinaire d'effort sur col vésical ouvert, sont comprises dans les séquelles tout comme les douleurs neuropathiques S1 S5. Il en est de même pour les troubles neurogènes des fonctions intestinales et sexuelles comme le retient la classification ASIA.

En ce qui concerne le TCC léger, il ne présente pas de séquelle. Pour ce qui concerne le trouble dépressif, il ne nous appartient pas de nous prononcer sur cet aspect médical et nous vous laissons le soin de déterminer si cet aspect là doit être vu avec notre psychiatre conseil. »

c) Par décision du 23 novembre 2020, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 6'003 fr. dès le 1^{er} décembre 2020, sur la base d'une diminution de la capacité de gain (taux d'invalidité) de 100 %. Elle a également reconnu à l'assuré le droit à une IPAI de 60 %, correspondant au montant de 75'600 francs.

Par écriture du 2 décembre 2020 complétée le 21 décembre suivant, l'assuré, désormais représenté par Me Sandra Rodriguez, avocate au sein de l'Association suisse des paraplégiques, a formé opposition contre la décision susmentionnée. Il a pour l'essentiel fait valoir que la Dre V._____ n'avait pas tenu compte de l'entier du diagnostic lorsqu'elle avait évalué le degré d'atteinte à l'intégrité à 60 % et qu'il avait en réalité droit à une IPAI de 70 %. D'après lui, la médecin d'arrondissement de la CNA s'était contentée de retenir une paraplégie de niveau L5 AIS D, sans

prendre en compte les lésions neurologiques laissant subsister des troubles vésicosphinctériens flasques et des troubles neuropathiques. Or, ces atteintes ne seraient pas comprises dans les séquelles liées à la paraplégie en L5, comme le soutient la Dre V._____, mais équivaldraient à celles ressenties par un paraplégique L1. Pour étayer ses dires, l'assuré a produit un rapport établi le 9 décembre 2020 par le Dr F._____, qui fait état de ce qui suit :

« Pour résumer les problématiques de santé, consécutives à l'accident dont M. J._____ a été victime le 04.09.14, le diagnostic de paraplégie incomplète L5 AIS D, initialement D11 AIS D, est insuffisant. La fracture de la vertèbre L1, ainsi que la fracture du sacrum, ont provoqué la lésion neurologique décrite plus haut, avec une bonne récupération au niveau de la mobilité, les troubles de l'équilibre résiduels étant bien gérés par le patient au quotidien.

La problématique majeure concerne les troubles vésicosphinctériens flasques ainsi que les douleurs neuropathiques.

Concernant les troubles neurogènes des fonctions vésicales, intestinale et sexuelle, M. J._____ souffre d'une lésion de type périphérique, avec une vessie qui ne se contracte pas, et qui ne garantit pas la continence. Le sondage intermittent, qui serait la mesure adéquate dans ce type de lésion, est malheureusement extrêmement douloureux au passage de la sonde, raison pour laquelle M. J._____ est porteur d'une sonde suspubienne, qui doit être changée régulièrement. Le contrôle du sphincter anal est également problématique, avec un risque de fuites fécales constant. Cette situation nécessite des soins intensifs et réguliers, de façon à toujours vider l'ampoule rectale et éviter ainsi des pertes, qui seraient bien évidemment rédhitoires dans un contexte social.

Les douleurs de type neuropathiques (S2 à S5) sont typiques de ce genre de lésion, d'une intensité fluctuante, sans schéma reconnaissable ni élément déclencheur identifiable, conduisant lors des journées qualifiées de mauvaises, à une incapacité à fournir une activité quelconque, et forçant souvent les patients à rester alités. Un traitement médicamenteux de ce type de douleurs est extrêmement difficile, les équilibre actuellement trouvés chez M. J._____ sont le fruit d'une thérapie combinée médicamenteuse et comportementale.

En résumé, nous nous trouvons face à une image clinique similaire à ce qui peut se voir en présence d'une lésion majeure de la queue de cheval, avec un patient autonome dans toutes les activités de la vie quotidienne, malgré les troubles de l'équilibre, mais présentant une incontinence vésicosphinctérienne, des troubles de la fonction érectile, et des douleurs neuropathiques pouvant être majeures. Je souligne également que ce type de douleurs reste une des causes principales d'échec à un retour à une activité professionnelle. »

Par appréciation du 23 mars 2021, le Dr E._____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'assuré montrait une force quasi complète des muscles clés et une sensibilité superficielle intacte. Selon lui il convenait dès lors d'abandonner la notion d'une paraplégie incomplète L5 AIS D et de retenir, comme le faisait le Dr F._____, un syndrome de la queue de cheval avec une vessie acontractile, une fonction sphinctérienne compromise au niveau anal et un trouble de la fonction érectile, ainsi que des douleurs neurogènes S2 à S5. Le Dr E._____ était d'avis qu'il s'agissait d'une atteinte neurologique périphérique due aux fractures sacrées qui ne saurait être comparée à un syndrome paraplégique L1. Il a en outre indiqué que le syndrome de la queue de cheval donnait droit à une indemnisation de 40 à 70 %, de sorte que le taux de 60 % retenu par la Dre V._____, situé dans la zone supérieure de la fourchette, paraissait adéquat. Il a ainsi estimé que la position de cette dernière pouvait être maintenue en ce qui concernait le résultat même si elle ne pouvait pas l'être s'agissant de sa motivation.

Par décision sur opposition du 25 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition en ce qui concerne le taux de l'IPAI et confirmé, sur ce point, son projet de décision du 23 novembre 2020, en se fondant sur l'appréciation du 23 mars 2021 du Dr E._____.

B. Par acte du 21 avril 2021, J._____ a, sous la plume de son conseil, recouru par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Il a conclu principalement à sa réforme en ce sens qu'une IPAI de 70 %, soit un montant de 88'200 fr., lui est octroyé et, subsidiairement, au renvoi de la cause à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise visant à établir le degré de l'IPAI. En substance, le recourant fait valoir que l'intimée a omis de tenir compte dans son appréciation de ses douleurs neurogènes, qui sont d'une amplitude inhabituelle, voire extrême, ce qui a été attesté médicalement, en particulier par le Dr F._____, et avec lesquelles il doit composer au quotidien, sans pouvoir entrevoir une quelconque amélioration faute de

traitement envisageable. Selon lui, ses douleurs neuropathiques constituent un facteur aggravant exceptionnel. Pour étayer ses dires, le recourant a produit un rapport établi le 16 avril 2021 par le Dr F._____, qui y expose que la problématique douloureuse est la conséquence limitante majeure de l'assuré par rapport aux interactions sociales et à une potentielle activité professionnelle. Le médecin ajoute que les douleurs neuropathiques sont courantes dans le cadre d'une lésion du cône médullaire et/ou de la queue de cheval, mais que celles-ci ont rythmé le parcours du recourant depuis son accident, en limitant sa rééducation et en mettant en échec ses tentatives de reprise d'une activité professionnelle régulière. Pour le Dr F._____, l'apparition précoce des douleurs et leur intensité souvent maximales, ainsi que l'échec des différents traitements médicamenteux lui semblent largement permettre de décrire cette problématique comme étant d'une amplitude inhabituelle.

Par réponse du 21 mai 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. A l'appui de sa détermination, elle a transmis un rapport établi le 12 mai 2021 par le Dr E._____, par lequel ce dernier indiquait que la gravité du syndrome de la queue de cheval présenté par l'assuré avait été objectivement prise en compte lorsqu'il avait fixé l'indemnisation à 60 %, estimant que l'on ne pouvait se rallier au taux maximal de 70 % puisqu'il y avait lieu de procéder à une évaluation médico-théorique valable pour tous les assurés. A ses yeux, le Dr F._____ n'apportait pas d'élément déterminant permettant d'opter pour le taux maximal de 70 %, les observations de ce dernier se rapportant bien plutôt à l'examen du droit à la rente d'invalidité, lequel avait d'ores et déjà été fixé à 100 %. L'intimée a indiqué que la perception de la douleur de l'intéressé avait une dimension subjective dans la mesure où elle variait d'une personne à l'autre et que le Dr E._____ avait fait preuve d'objectivité dans son appréciation. Elle a en outre expliqué que la Dre V._____ avait estimé à 60 % le dommage permanent subi par l'intéressé, que ce taux avait été confirmé à plusieurs reprises par le Dr E._____, lequel avait pris soin d'exposer sur quels points il pouvait se rallier aux conclusions du Dr F._____ et clairement

précisé les raisons pour lesquelles il ne pouvait accréditer la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité de 70 %. Dans ces conditions, la CNA a estimé que l'évaluation du Dr E. _____ était convaincante, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise.

Par réplique du 13 juillet 2021, le recourant a modifié sa conclusion subsidiaire en ce sens qu'une expertise judiciaire visant à établir le degré de l'IPAI est mise en œuvre. Pour le surplus, il a maintenu sa position, alléguant encore que les douleurs neurogènes pouvaient tout à fait faire l'objet d'une évaluation abstraite, objective, médico-théorique et valable pour tous les assurés, de sorte que ses douleurs, dont l'ampleur était inhabituelle, devaient être prises en compte. Le recourant a également invoqué l'absence de valeur probante des rapports du Dr E. _____, dont l'analyse n'était pas complète, au contraire de celle du Dr F. _____, ainsi que la violation du droit par l'intimée, qui aurait dû mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires au vu des contradictions entre les appréciations des médecins précités.

L'intimée a maintenu sa position par duplique du 12 août 2021, en exposant de surcroît que les douleurs neurogènes ne pouvaient être qualifiées d'inhabituelles puisqu'elles avaient été estimées entre 8 et 10/10 sur l'EVA, et non à 10/10.

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'espèce, 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.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., correspondant à la différence entre une IPAI de 60 % (75'600 fr.) et une IPAI de 70 % (88'200 fr.), la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'occurrence, est litigieux le degré de l'atteinte à l'intégrité du recourant des suites de l'accident du 4 septembre 2014.

3. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance 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. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

Aux termes 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, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité

est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). Il incombe donc au premier chef aux médecins d'évaluer l'atteinte à l'intégrité, car, par leurs connaissances et leur expérience professionnelles, ils sont les mieux à même de juger de l'état clinique de l'assuré et de procéder à une évaluation objective de l'atteinte à l'intégrité (TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1).

L'art. 25 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 2 OLAA, dite indemnité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA. Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 2018 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). 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). Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; 116 V 156 consid. 3a ; TF 8C_566/2017 précité consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_397/2012 du 14 mars 2013 consid. 5.1). Ainsi selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) L'on ajoutera encore qu'en matière d'assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

4. En l'espèce, l'intimée a déterminé le taux de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré à l'aide des rapports de ses médecins d'arrondissement, à savoir la Dre V._____ et le Dr E._____. Le 4 mars 2020, la Dre V._____ s'est référée à la table 21 du barème de l'Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA pour fixer l'IPAI à 60 %, considérant que la situation du recourant correspondait à une paraplégie incomplète L5 AIS D. Le 23 mars 2021, le Dr E._____ a quant à lui estimé que la notion de paraplégie incomplète L5 AIS D devait être abandonnée au profit de celle de syndrome de la queue de cheval, se ralliant ainsi à l'avis du Dr F._____. Il a toutefois confirmé l'analyse de la Dre V._____ en ce sens que le syndrome de la queue de cheval donnait droit, selon la table 21 précitée, à une indemnisation de 40 à 70 %, et qu'un taux de 60 % semblait adéquat, puisqu'il se situait dans la zone supérieure de ladite fourchette.

Il ressort en revanche du rapport établi le 16 avril 2021 par le Dr F._____ que les douleurs neuropathiques dont souffre l'assuré sont certes courantes dans le cadre d'une lésion de la queue de cheval, mais qu'elles ont rythmé le parcours de vie de ce dernier depuis son accident, en limitant d'abord sa rééducation, puis en mettant en échec toute tentative de reprise d'une activité professionnelle. Ce médecin a en outre indiqué que, compte tenu de l'apparition précoce des douleurs, de leur intensité souvent maximale et de l'échec des différents traitements médicamenteux malgré l'intervention des spécialistes en antalgie, cette problématique pouvait être décrite comme étant d'une ampleur inhabituelle.

On relève tout d'abord que l'appréciation des deux médecins d'arrondissement de l'intimée n'est pas basée sur le même raisonnement,

et que celle du Dr E._____ n'est pas complète. Ce dernier ne se positionne en particulier pas sur l'éventuelle incidence des douleurs persistantes constatées par les différents médecins consultés par l'assuré, pourtant nécessaire à l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité selon la jurisprudence (cf. TF 8C_408/2014 du 23 mars 2015 consid. 8.4). Ainsi, l'intimée ne pouvait se fonder uniquement sur l'appréciation des deux médecins susmentionnés pour évaluer, sans autre mesure d'instruction, le degré de l'IPAI.

A cela s'ajoute que le rapport du 16 avril 2021 du Dr F._____ permet de mettre en doute les constatations médicales de la Dre V._____ et du Dr E._____, puisqu'il fait état de douleurs d'une ampleur inhabituelle par rapport à ce que subissent en règle générale les personnes souffrant d'un syndrome de la queue de cheval et motive son point de vue. Or, en cas de doutes, même faibles, au sujet des constatations médicales d'un médecin lié à l'assureur-accident, l'instruction doit être complétée (cf. consid. 3b *supra*).

Dans ces conditions, l'intimée ne pouvait pas, en se fondant sur l'appréciation de la Dre V._____ et du Dr E._____, renoncer à mettre en œuvre une expertise afin de déterminer l'incidence des douleurs du recourant sur le taux de l'IPAI.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, vu les doutes qui subsistent entre l'appréciation du Dr F. _____ et celle des médecins d'arrondissement de la CNA, l'instruction doit être complétée par une expertise de l'assuré.

Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée, afin qu'elle mette en œuvre une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Cette expertise aura pour but d'établir le degré de l'IPAI, qui se situe entre 60 % et 70 %, en tenant compte en particulier de l'incidence des douleurs neuropathiques sur l'étendue de cette indemnité.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision, s'agissant du degré de l'IPAI, étant précisé que le taux de 60 %, admis par l'intimée, ne saurait quoi qu'il en soit être remis en cause.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimée.

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 25 mars 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à J._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Sandra Rodriguez (pour J._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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 :