

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Riesen et Mme Pelletier, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

A. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 16 et 44 LPGA ; art. 10, 15 et 24 LAA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 196[...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce (198[...]) et d'un brevet fédéral en marketing (198[...]), a travaillé à plein temps en tant que directeur [...] de la société E._____ SA depuis le 1^{er} novembre 2001. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de A._____ SA (ci-après : A._____ SA ou l'intimée).

Dès le 1^{er} avril 2010, le salaire annuel AVS de l'assuré était de 133'020 fr. (11'085 fr. × 12 mois) avec un bonus de 30 % sur le résultat (rapport employeur adressé par E._____ SA à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : l'office AI] le 21 octobre 2011). L'intéressé a perçu un bonus de 58'300 fr. au mois d'avril 2011 (extrait du compte salaire 2011 de l'assuré chez E._____ SA).

Le 6 avril 2011, à la suite d'un plongeon dans [...], l'assuré a été victime d'un impact crânien, la colonne cervicale disposée en flexion, à l'origine d'une fracture luxation cervicale C6-C7, se soldant par une tétraplégie sensori-motrice incomplète. Opéré les 7 avril et 30 juin 2011 pour procéder à une décompression, puis stabilisation cervicale inférieure C5/C7, l'assuré a été en incapacité totale de travail à partir de la date de l'accident. Il a séjourné au Centre B._____ du 13 avril 2011 au 24 août 2011.

A._____ SA a pris en charge les suites de l'accident du 6 avril 2011.

Le 16 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans un rapport du 3 août 2011 établi par le Centre B._____, il est fait état d'une tétraplégie sensori-motrice complète C6, avec des troubles dysautonomiques, des douleurs lombaires chroniques et une paralysie récurrentielle droite.

L'assuré a repris le travail à 20 % le 1^{er} octobre 2011, en augmentant progressivement son taux à 30 % du 23 janvier 2012 au 12 décembre 2013, puis à 50 % du 13 décembre 2013 au 30 septembre 2014, et finalement à 60 % à partir du 1^{er} octobre 2014.

Selon une note d'entretien du 16 juin 2014 qui figure au dossier de l'office AI, l'assuré était aidé dans son travail par une assistante à 50 %.

Aux termes d'un rapport du 11 août 2014 du Dr F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès de l'U._____, le schéma thérapeutique suivi par l'assuré devait être maintenu tel quel. Une nouvelle convocation devait avoir lieu dans un délai d'une année pour contrôler l'évolution du patient. On extrait les diagnostics suivants dudit rapport :

« **Diagnostics :**

1. Tétraplégie sensitivomotrice incomplète sous C6 (AIS D)
 - status post fracture de luxation C6 - C7 et luxation des articulations facettaires dues à une chute d'une hauteur peu significative le 07.04.2011
 - status post discectomie ventrale et spondylodèse C6 - C7 le 07.04.2011
 - status post stabilisation dorsale C6 - C7 le 30.06.2011
2. Dysfonction autonomie avec troubles des fonctions cardio-pulmonaires, vésicales, intestinales et sexuelles
 - détruseur hyperactif
3. Syndrome des douleurs neuropathiques au niveau des 4 membres et dans la région génitale
4. Perturbation légère de la respiration restrictive
5. Parésie du nerf récurrent du pneumogastrique droit
6. Lombalgies chroniques dans le contexte d'une protrusion discale ».

A la suite d'un entretien téléphonique entre l'office AI et l'assuré le 11 novembre 2014, la note suivante a été jointe au dossier :

« L'assuré a demandé à ses médecins (Dr L. _____ et Centre B. _____) d'augmenter son taux de travail à 60 % dès le 1^{er} octobre 2014. Ils ont accepté, mais estiment que la CT exigible se situe entre 50 et 60 % au maximum.

R. _____ dit travailler à 60 % avec des objectifs à 100 %, qu'il arrive à atteindre en tant que Directeur [...], mais en travaillant au-dessus de ses forces. En effet, il est soumis à une pression importante avec les objectifs qu'il a, et doit faire de nombreux trajets, ce qui engendre une certaine fatigue. Il dit avoir du mal à récupérer.

Il semblerait que l'organisation interne de l'entreprise soit sur le point de changer, avec une direction [...]. [...], et lui pourrait travailler entre 50 et 60 % comme [poste de direction intermédiaire] avec beaucoup moins de pression au niveau des résultats attendus.

(...)

Il souhaite rester dans cette entreprise pour laquelle il travaille depuis 2001, et l'employeur souhaite le garder avec probablement un aménagement de son poste, tel que mentionné ci-dessus.

(...) »

Selon une note d'entretien téléphonique du 1^{er} décembre 2014 entre un collaborateur de l'office AI et une employée de la société E. _____ SA, le salaire fixe de l'assuré était de 142'454 fr. depuis 2012.

A. _____ SA a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire en neurologie et psychiatrie, confiée au Dr Ex.P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au Dr Ex.N. _____, spécialiste en neurologie.

Les éléments suivants ressortent du rapport du 5 juin 2015 du Dr Ex.N. _____ :

« Au plan neurologique, il existe un syndrome myélopathique cervical séquellaire, avec un niveau sensitif thoracique situé entre Th4 et Th6. En dessous de ce niveau, il existe une atteinte spinothalamique, expliquant bien les douleurs neuropathiques. Il existe également une atteinte cortico-spinale aux membres inférieurs, avec paraspasticité à prédominance droite, et paraparésie distale M3-M4. La démarche est de type spastique. A l'atteinte sensitivo-motrice se surajoutent des troubles sphinctériens et sexuels.

Le tableau neurologique actuel selon la classification ASIA est compatible avec un degré D.

Les limitations fonctionnelles déplorées par l'assuré sont plausibles et en lien avec l'atteinte neurologique. En effet, les douleurs mentionnées prennent les caractéristiques de douleurs neuropathiques. Elles sont sévères, interfèrent avec la résistance. De plus, la médication antalgique est potentiellement sédatrice. L'atteinte cortico-spinale avec une atteinte paraparétique et paraspastique interfère sur les déplacements. Enfin, les troubles sphinctériens sont également potentiellement invalidants, essentiellement en termes de rendement. L'ensemble de ce tableau se répercute au plan psychique. Le co-expert psychiatre a retenu un trouble dysthymique sans répercussions sur la capacité de travail.

Au total, l'assuré nous semble au maximum de ses possibilités en travaillant comme chef de vente auprès de son employeur actuel à 60%. La capacité de travail pourrait être améliorée de manière significative, dans un poste plus sédentaire et comportant moins d'exigences en termes de stress. Toutefois, compte tenu de la fatigue et des troubles sphinctériens, sur le plan neurologique, même dans une activité adaptée, il conviendrait de retenir une baisse de rendement de 20%.

Concernant l'atteinte à l'intégrité, il faut se référer à la table 21 de l'OLAA. Il s'agit donc d'une atteinte cervicale de degré ASIA D, ce qui correspond à une atteinte à l'intégrité de 60%.

[...]

L'assuré est gêné dans ses déplacements. L'activité adaptée est donc une activité sédentaire. Les troubles sphinctériens interfèrent avec les contacts, les réunions, qui devraient être limitées au maximum. Les douleurs se répercutent sur la résistance et entraînent une fatigabilité. Ceci est majoré par le stress et les responsabilités liées au poste de directeur. Dès lors, dans une activité avec moins de responsabilités (ce qui n'est pas défendable en termes de capacité de gain), et qui respecte les limitations susmentionnées, il persiste une baisse de rendement de 20%.

[...]

Dans l'activité actuelle, l'assuré semble être au maximum de ses forces, et le pronostic est donc réservé. »

Dans son rapport du 10 juin 2015, le Dr Ex.P. _____ a retenu le diagnostic de trouble dysthymique (dysthymie). Il a précisé que l'assuré avait d'abord présenté un trouble de l'adaptation avec, entre autres symptômes, une humeur dépressive. Ce type de pathologie était fréquent

dans les suites d'un traumatisme tel que celui qu'avait vécu l'intéressé. Il correspondait à un tableau dépressif, voire anxieux, de peu de gravité qui apparaissait dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dont la clinique n'avait pas la sévérité d'un trouble anxieux ou dépressif spécifique. La désignation diagnostique de trouble de l'adaptation devait cependant être limitée dans le temps, la CIM-10 proposant une durée de six mois et de pas plus de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Un peu plus de quatre ans après l'accident, il n'était plus possible de retenir un trouble de l'adaptation, même si le tableau clinique de dépression de peu de sévérité avait perduré. Il n'y avait pas d'autres pathologies psychiatriques. Le Dr Ex.P. _____ n'a cependant pas retenu d'incapacité de travail en raison du trouble dysthymique dès lors que les limitations de l'assuré étaient peu marquées et certainement inconstantes, qu'il était apte à respecter les règles et les routines de son activité professionnelle, qu'il pouvait planifier et structurer ses tâches et faire usage de ses compétences, malgré quelques difficultés attentionnelles, qu'il était capable d'apprécier une situation et de prendre les décisions qui s'imposaient, qu'il restait apte à s'affirmer, qu'il n'avait pas de problèmes majeurs dans ses relations avec les autres, qu'il conservait des activités de loisirs et qu'il était totalement autonome, du point de vue psychiatrique, pour ses activités de la vie quotidienne. Le Dr Ex.P. _____ a répondu comme il suit aux questions de l'intimée (pp. 18-19) :

« 8.7. Les troubles manifestés par l'assuré et les constatations objectives sont-ils en relation de causalité naturelle pour le moins partielle avec l'accident du 06.04.2011 ?

Sachant que les troubles psychiques résiduels sont de peu de sévérité, qu'ils sont essentiellement conditionnés par les séquelles somatiques de l'accident en cause, le soussigné considère qu'on doit admettre la causalité naturelle entre le trouble dysthymique (dysthymie) et l'événement traumatique du 06.04.2011, même quatre ans plus tard.

Pour l'expert, cette causalité naturelle doit être admise avec un degré de vraisemblance prépondérante (>75%). Le soussigné est persuadé que R. _____ n'aurait pas présenté les troubles psychiques actuels et en ce moment, s'il n'y avait pas eu l'accident du 06.04.2011.

8.8. Comment évaluez-vous l'évolution de la causalité naturelle depuis 2008 ?

De façon générale, on admet que la causalité naturelle entre des troubles psychogènes et l'événement traumatique en cause doit diminuer en vraisemblance avec le temps qui passe, à moins de circonstances exceptionnelles.

Sachant que les troubles psychiques résiduels sont de peu de sévérité, le soussigné considère que les facteurs liés à l'accident du 06.04.2011 restent la cause principale du trouble dysthymique de R._____.

8.9. Du point de vue psychique, le statu quo ante (même état qu'avant l'accident) ou le statu quo sine (état identique à celui qui se présenterait aujourd'hui sans l'accident en tenant compte d'une évolution normale de la maladie) est-il atteint, respectivement quand a-t-il été atteint ou quand sera-t-il probablement atteint ?

Pour le soussigné, le statu quo ante devrait être atteint dans un délai d'un à deux ans. »

A teneur d'un avis du SMR du 21 juillet 2015, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a estimé qu'il y avait lieu de suivre l'expertise du 5 juin 2015 du Dr Ex.N._____. Il a ajouté qu'une réadaptation dans une autre profession paraissait difficile à imaginer. Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : « Difficultés dans les déplacements, troubles de l'attention liés aux douleurs neurogènes et au traitement y relatif, fatigabilité, nécessité de pouvoir accéder rapidement de manière impérative et imprévisible aux WC. »

Dans un rapport du 18 septembre 2015, le Dr F._____ de l'U._____ a décrit l'augmentation des problèmes de fatigue, de stress au travail et des douleurs neuropathiques. La situation sur le plan intestinal s'était détériorée et des changements dans la médication avaient été discutés. L'assuré avait repris le suivi psychologique au vu de la situation.

Par décision du 6 octobre 2015, l'assureur-accident a octroyé à l'assuré, sur la base d'un taux d'invalidité de 40 %, une rente d'invalidité normale mensuelle de 3'360 fr. fondée sur un gain assuré de 126'000 fr., ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75'600 francs, soit un taux de 60 %.

Le 4 novembre 2015, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision susmentionnée.

Selon un courriel du 6 novembre 2015 de l'employeur, l'assuré a touché à titre de bonus 50'000 fr. pour 2012, 54'700 fr. pour 2013 et 45'400 fr. pour 2014.

Dans un projet de décision du 26 novembre 2015, l'office AI a proposé d'octroyer à l'assuré une rente entière du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014, une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014 et un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2015.

L'assuré, représenté par Me Philippe Nordmann, a contesté le projet de décision AI du 26 novembre 2015 le 17 décembre 2015. Il a exposé s'opposer uniquement à la rente octroyée à partir du 1^{er} janvier 2015. L'intéressé a indiqué avoir fait l'impossible pour garder un taux d'activité de 60 %, au prix d'un épuisement de plus en plus marqué, tout en ayant conscience du fait que son rendement n'atteignait pas le 60 %. Il a conclu à une capacité de gain ne dépassant pas 50 %, entraînant l'octroi d'une demi-rente. L'assuré a produit un rapport du 18 septembre 2015 de l'U._____, qui soulignait l'augmentation des problèmes de fatigue, de stress au travail et des douleurs neuropathiques. La situation sur le plan intestinal s'était détériorée et des changements dans la médication avaient été discutés. L'assuré avait repris le suivi psychologique au vu de la situation.

Aux termes de l'avis du 26 janvier 2016 du Dr Z._____ du SMR, les informations ressortant du rapport du 18 septembre 2015 de l'U._____ n'apportaient aucun renseignement anamnestique, ni aucun constat médical objectif susceptibles de contredire valablement les conclusions de l'expertise du 5 juin 2015 du Dr Ex.N._____.

Dans un courrier du 8 avril 2016, l'office AI a informé l'assuré que les arguments avancés dans le cadre de sa contestation n'étaient pas de nature à modifier l'appréciation du cas, les diagnostics et les plaintes étant identiques à ceux constatés lors de l'expertise du 5 juin 2015.

Par courriels des 11 mai 2016 (corrigé par conversation téléphonique du 29 juin 2016) et 18 octobre 2016, S. _____ (qui avait entretemps acquis E. _____ SA) a communiqué la rémunération de l'assuré pour les années 2011 à 2015. Il en résulte ce qui suit :

- « - 2011 : chiffres pas connus (S. _____ ne gérait pas E. _____ SA) ;
- Avril 2012 à décembre 2012 : 90'489 fr.(171'109 fr. 15 avec les indemnités LAA) + bonus de 29'920 fr. 50, soit 38'894 fr. pour l'entier de l'année. ;
 - 2013 : 124'492 fr. (192'569 fr. avec les indemnités LAA) ;
 - 2014 : 125'596 fr. (200'322 fr. avec les indemnités LAA) + bonus de 54'700 fr. ;
 - 2015 : 141'217 fr. 20 (189'681 fr. 20 avec les indemnités LAA) + bonus de 45'400 francs. »

Le 24 mai 2016, l'assuré a envoyé à A. _____ SA son nouveau contrat de travail, qui transformait, à partir du 1^{er} mai 2016, l'ancien contrat avec bonus en un contrat de durée indéterminée prévoyant un revenu mensuel de 6'750 fr. sur treize mois, soit 87'750 fr. par année, avec un défraiement forfaitaire mensuel de 730 fr. pour le véhicule et de 200 fr. supplémentaires au titre de collaborateur du service [...]. Le taux d'activité était toujours de 60 % et le poste occupé celui de « [poste de direction intermédiaire] ». L'assuré a expliqué que son état de santé ne lui permettait plus de fournir les efforts exigés pour obtenir les bonus précédemment perçus.

Le 7 septembre 2016, le Dr K. _____, spécialiste en cardiologie a signalé une fibrillation auriculaire paroxyste bien contrôlée sous traitement médicamenteux adéquat.

Sur demande de l'office AI, la société E. _____ SA a exposé ce qui suit dans un courrier du 16 septembre 2016 :

- « 1. Depuis le 1^{er} octobre 2015, nous n'avons plus reçu d'indemnités journalières de A. _____ SA. Pourtant, nous

avons versé à R. _____ son salaire intégral jusque fin avril 2016. Par contre, depuis septembre 2015, R. _____ reçoit des paiements directement de A. _____ SA. Pour éviter que les versements directs de A. _____ SA ne constituent un trop-perçu pour R. _____, nous avons convenu au printemps 2016 de réduire son taux d'activité. Cette mesure s'applique contractuellement depuis le 1^{er} mai 2016. Pour la période du 1^{er} septembre 2015 au 30 avril 2016, nous avons convenu un paiement rétroactif avec R. _____.

2. En raison de sa maladie et partant, de sa capacité de travail de 60%, il est difficile pour R. _____ de continuer à exercer une fonction de direction. En outre, en raison du rachat de la société Y. _____ par E. _____ SA, le poste de responsable des ventes en [...] se trouvait alors occupé par deux personnes à la fois. D'un commun accord avec R. _____, nous avons donc convenu que ce dernier exercerait à l'avenir la fonction d'[poste de direction intermédiaire].
3. Le forfait véhicule de CHF 730.- ainsi que les indemnités forfaitaires pour frais de CHF 200.- correspondent au taux d'activité de 60%.
4. Les indemnités forfaitaires pour frais ne font pas partie du salaire soumis à l'AVS. »

Dans un rapport du 16 octobre 2016, le Dr L. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a constaté que sur le plan professionnel, son patient disposait toujours d'une activité comme cadre dans un service immobilier à un taux de 60 %, taux qui devait être maintenu dans le futur, malgré l'équilibre précaire qui se dessinait et l'apparition d'un canal lombaire étroit en L4-L5 qui venait se surajouter.

Selon un rapport du 24 octobre 2016, le Dr F. _____ a constaté chez l'assuré une dégradation de la marche en comparaison avec les examens précédents. Dès lors que l'intéressé était de plus en plus gêné par son syndrome de douleurs neuropathiques, le spécialiste susmentionné avait en outre proposé d'augmenter le dosage de la médication pour ce trouble.

Le 31 janvier 2017, l'office AI a informé l'assuré qu'au vu des réponses fournies par son employeur le 16 septembre 2016, il apparaissait que des facteurs économiques ou conjoncturels avaient essentiellement justifié la diminution du salaire, notamment des questions de surindemnisation et organisationnelles au sein de la société E. _____ SA.

L'office AI en a conclu qu'il s'agissait de questions purement financières qui ne concernaient pas l'assurance-invalidité. Par ailleurs, aucun rapport médical n'étayait une éventuelle diminution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles avaient déjà été retenues dans l'expertise du 5 juin 2015 du Dr Ex.N._____. Il n'y avait dès lors pas lieu de modifier le projet de décision du 26 novembre 2015.

A._____ SA a soumis les nouveaux éléments médicaux aux Drs Ex.P._____ et Ex.N._____, afin de déterminer si la situation de l'assuré s'était modifiée depuis leur expertise respective. Le Dr Ex.P._____ a confirmé, à teneur de son rapport du 3 mars 2017, que l'état psychique de l'assuré ne s'était pas péjoré. Dans un rapport du 3 avril 2017, le Dr Ex.N._____ a quant à lui retenu ce qui suit :

« L'ensemble des éléments susmentionnés, tant subjectifs qu'objectifs, ont donc été évalués, et comparés à ce qui apparaît dans mon rapport d'expertise du 05.06.2015. Force est de constater que l'ensemble du tableau subjectif, décrit dans mon expertise en pages 6 et 7, ne s'est guère modifié. Il en va de même du status neurologique dont le dernier à disposition, datant du mois d'octobre 2016, est parfaitement superposable à celui décrit dans mon rapport d'expertise.

Au total, je ne retiens pas de péjoration de l'état médical de l'assuré de manière significative par rapport à la date où je l'ai examiné, et les conclusions de mon rapport d'expertise sont maintenues sur la base des nouveaux éléments susmentionnés. »

Par courrier du 5 avril 2017, l'assuré a transmis un courriel reçu de S._____ le 4 avril 2017 confirmant que l'élément déclencheur de la modification de la fonction et du salaire était sa limitation de santé et sa capacité de travail de 60 %, l'ancienne fonction de direction n'étant plus possible pour lui. Il ne s'agissait donc pas de raisons économiques ou conjoncturelles. L'assuré a ainsi réitéré que le changement du poste de travail et du salaire était avant tout dû à ses problèmes de santé.

A._____ SA a soumis les nouveaux éléments médicaux à son médecin-conseil, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Le 10 avril 2017, ce dernier a retenu que les expertises et leurs conclusions restaient valables.

Le 16 août 2017, le Dr L. _____ a signalé, notamment, que toutes contraintes excessives ou état de stress se traduisaient soit par une majoration du clonus et de l'insécurité à la marche, soit par une majoration des troubles sphinctériens.

Dans un rapport du 14 novembre 2017, le Dr F. _____ a fait état d'une évolution défavorable avec en particulier l'apparition d'une rupture du tendon du biceps à droite, responsable de douleurs de plus en plus importantes au niveau de l'épaule droite, lésion à laquelle s'ajoutait une épicondylite latérale gauche à l'origine de douleurs supplémentaires. Il relevait une baisse d'humeur en lien avec des problèmes au travail et dans la vie privée.

Par décision du 10 novembre 2017, l'office AI a octroyé à l'assuré un quart de rente du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 30 avril 2016.

Par acte du 13 décembre 2017, R. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une demi-rente pour la période du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 30 avril 2016 et au-delà du 1^{er} mai 2016 également.

Le 19 décembre 2017, le Dr F. _____ a recommandé une reprise de la physiothérapie ambulatoire dans un cadre plus intensif pour travailler sur les déficits neurologiques, la marche, l'équilibre, la proprioception, la stabilisation du tronc, le renforcement de la musculature et l'endurance.

Dans un courrier du 22 mai 2018 adressé à la Caisse de chômage, S. _____ a fait savoir qu'elle avait licencié l'assuré pour le 30 avril 2018 en raison d'une réorganisation interne, son poste n'ayant pas été repourvu.

Le 18 juin 2018, le Dr F._____ a fait état d'une suspicion d'une lésion musculaire au niveau des adducteurs et d'une sciatalgie à gauche, commandé un examen radiologique et proposé un traitement antalgique à base de Voltarène®.

Le 7 août 2018, l'assuré a débuté un nouveau travail pour J._____ SA, actuellement J._____ SA, active dans l'immobilier, en qualité de responsable des ventes pour la Suisse romande au taux d'activité de 60 % pour un revenu de 60'000 fr. par an selon un contrat de travail du 6 août 2018.

Le 20 août 2018, le Dr F._____ a fait savoir que les douleurs de l'assuré étaient soulagées par le traitement de Voltarène®, ce qui lui permettait de marcher avec plus de plaisir et de sûreté. Son patient a en outre mentionné une prochaine reprise professionnelle à un taux d'activité de 60 %. Il a aussi adressé son patient au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à U._____.

Par arrêt du 3 septembre 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours du 13 décembre 2017 et confirmé la décision de l'office AI du 10 novembre 2017. La Cour a liminairement constaté que le litige en matière d'AI portait sur le droit de R._____ à une rente AI entre le 1^{er} janvier 2015 et le 30 avril 2016. Elle a confirmé la valeur probante de l'expertise du 5 juin 2015 du Dr Ex.N._____ ainsi que de son complément du 3 avril 2017 desquels il ressortait que l'intéressé présentait un syndrome myélopathique cervical séquellaire, une atteinte spinothalamique, expliquant les douleurs neuropathiques, une atteinte cortico-spinale aux membres inférieurs, avec paraspasticité à prédominance droite et paraparésie distale M3-M4, ainsi que des troubles sphinctériens et sexuels. De ces atteintes découlaient les limitations fonctionnelles suivantes qui n'étaient pas remises en cause : difficultés dans les déplacements, troubles de l'attention liés aux douleurs neurogènes et au traitement y relatif, fatigabilité, nécessité de pouvoir accéder rapidement de manière impérative et imprévisible aux toilettes.

La Cour a confirmé l'appréciation de la capacité de travail de l'intéressé en ces termes (consid. 4c) :

« Dans son expertise du 5 juin 2015, le Dr Ex.N._____ estime que le recourant peut poursuivre son ancienne activité à un taux de 60 %, ce qui constitue selon ce médecin le maximum envisageable en qualité de chef de vente auprès de la société E._____ SA vu les atteintes à la santé, les limitations fonctionnelles y relatives et les contraintes de l'emploi. Au niveau de l'exigibilité de l'activité habituelle, le Dr Ex.N._____ a estimé qu'elle était admise vu les aménagements apportés au poste en raison des limitations fonctionnelles et l'engagement notamment d'une aide pour seconder le recourant. Les constatations médicales du Dr Ex.N._____ correspondent par ailleurs à la réalité du recourant qui a travaillé du 1^{er} octobre 2014 au 30 avril 2016 dans son ancienne fonction sans que l'employeur n'envisage une diminution de salaire. (...).

Confirmant le taux d'activité de 60 % dans l'activité habituelle, la Cour a retenu un degré d'invalidité de 40 % sur la base d'un salaire annuel de 187'854 fr. (142'454 fr. de salaire fixe et 45'400 fr. de bonus) en 2014. En ce qui concernait la période courant dès le 1^{er} mai 2016, la Cour a constaté que l'instruction de l'office AI était incomplète et ne permettait pas une extension de la procédure.

Le 12 septembre 2018, le Dr F._____ a indiqué que les examens radiologiques n'avaient pas mis en évidence de pathologie aiguë, mais une scoliose et un déséquilibre du bassin.

Le 1^{er} février 2019, le taux d'activité de l'intéressé a été réduit à 20 % par J._____ SA en raison des difficultés financières de cette société (cf. contrat de travail du 1^{er} février 2019).

A la suite de l'arrêt du Tribunal cantonal du 3 septembre 2018, l'office AI a continué l'instruction et sollicité des informations auprès de S._____. Le 4 mars 2019, cette société a indiqué ce qui suit :

« - Pour quelles raisons avez-vous estimé qu'il était de plus en plus difficile pour R._____ de continuer dans son poste de direction ?

La fusion des deux sociétés E._____ SA et Y._____ a encore renforcé les exigences imposées à la fonction de directeur [...] de E._____ SA. L'état de santé de R._____ ne lui a pas permis

d'assumer des responsabilités supplémentaires et donc plus de pression / stress.

- Avez-vous constaté personnellement certaines choses à ce sujet ?

Il n'est pas difficile de constater que la santé de R._____ est défaillante. Il a des difficultés à se déplacer et souffre de la défaillance de plusieurs organes qui lui rend la vie difficile. Ainsi, ce dernier a des troubles digestifs qui l'obligent à aller à la selle de manière impromptue.

- Pouvez-vous dire si, dans l'ancienne fonction de direction à 60 %, R._____ avait vraiment un rendement à 60 % et, dans l'affirmative, si dans la durée, il aurait pu conserver un tel rendement (avec les primes et bonus y afférents) ?

La charge de travail de 60 % a épuisé R._____. Il avait un canapé dans son bureau pour se détendre. R._____ ne pouvait plus faire face aux demandes croissantes résultant de la fusion des deux sociétés. La prise en charge d'une nouvelle tâche a entraîné une adaptation de la rémunération.

- Estimez-vous que les contraintes sont moindres dans la nouvelle fonction d'[poste de direction intermédiaire] (par rapport l'ancienne fonction de direction [...]) ?

La tâche d'[poste de direction intermédiaire] n'implique pas de tâches de direction d'équipe, d'effort administratif ou de représentation. L'employé est moins exposé à la pression et au stress et peut mieux gérer son temps. Il est moins contrôlé de l'extérieur et peut planifier les périodes de repos nécessaires.

- Pouvez-vous dire si, à supposer que vous n'avez pas racheté Y._____ et que vous n'avez donc pas eu une 2^{ème} personne disponible pour une fonction de direction, ce changement de fonction et de salaire pour Y._____ aurait de toute façon dû avoir lieu ?

L'évolution du marché, en particulier dans le E._____ SA, signifie que les exigences à l'égard de cette position ne cessent d'augmenter. Une telle tâche ne peut être accomplie avec une charge de travail de 60 % et une santé limitée.

- Estimez-vous que R._____ compte tenu de son handicap fait le maximum de ce qu'il peut dans sa nouvelle fonction (du point de vue du rendement) ?

Oui. »

S._____ a joint à ses réponses le questionnaire « rapport pour l'employeur » de l'office AI et les décomptes de salaires de l'assuré couvrant la période du mois de janvier 2015 au mois d'avril 2018.

Dans un rapport du 19 mars 2019, le Dr C._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée.

Le 20 mars 2019, le Dr F._____ a relevé que l'assuré était plus gêné dans ses activités quotidiennes voire dans ses activités sportives par l'épuisement et la fatigue chronique. Il a estimé que l'assuré était dans un état de rééducation stable, précisant que le soutien psychothérapeutique lui faisait du bien et le rassurait vis-à-vis de ses projets professionnels futurs.

A._____ SA a soumis le rapport du C._____ du 19 mars 2019 au Dr Ex.P._____ qui a indiqué ce qui suit le 6 mai 2019 :

« (...) le Dr C._____ pose formellement un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Cette entité clinique valide un tableau dépressif de peu de sévérité qui n'atteint pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif stricto sensu. Elle est par ailleurs limitée à deux ans.

Si ce tableau clinique de trouble de l'adaptation persistait au-delà des deux ans, le diagnostic devrait évoluer vers un trouble dysthymique tel qu'il est défini dans la C1M-10 et le D5M-1V-TR.

Dans la mesure où le confrère C._____ ne valide pas le diagnostic d'un épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère pour lequel on lui a adressé l'intéressé et qu'il retient un simple diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, on doit raisonnablement admettre que le tableau clinique n'est pas différent de ce que j'avais constaté au mois de juin 2015. Je n'ai par conséquent pas de motif à modifier mes conclusions. »

Le 5 juin 2019, l'assuré a informé A._____ SA que son contrat avec J._____ SA se terminait le 31 juillet 2019 et qu'à partir du mois de septembre 2019, il travaillerait auprès de H._____ à un taux de 40 % pour un revenu annuel de 61'800 fr. par an selon le contrat de travail du 30 avril 2019. L'assuré a par ailleurs indiqué qu'il cherchait activement une activité complémentaire de 20 %. Le même jour, il a adressé un courrier dans le même sens à l'office AI.

Dans un rapport adressé à l'office AI le 3 juillet 2019, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une capacité de travail de 40 % du 12 septembre 2018 au présent, mentionnant une situation peu évolutive, voire instable, avec une neurostimulation vésicale qui nécessite toujours des ajustements, une thymie variable et la persistance de symptômes douloureux dans le cadre

d'un état somatique imprévisible. Il justifiait l'incapacité de travail retenue par des contraintes non modifiables (sphincter, effets secondaires des médicaments, douleurs et spasmes, limitation dans les déplacements).

Par rapport du 23 septembre 2019 adressé à l'office AI, le Dr F._____ a estimé la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Il a indiqué que les patients atteints de tétraplégie incomplète sur le plan sensorimoteur ont nettement moins de ressources et de réserves à disposition sur le plan somatique et qu'ils ont besoin de plus de temps de récupération. Selon lui, cette fatigabilité plus rapide, associée à un syndrome douloureux neuropathique au niveau des quatre membres, entraînait des limitations fonctionnelles cognitives, notamment de l'attention et de la concentration. Il a aussi relevé que son patient présentait une démarche non physiologique, nécessitant une capacité de concentration nettement accrue lors de la marche.

Le 25 février 2020, le Dr M._____ du SMR a indiqué, en se basant notamment sur les avis du Dr F._____, qu'il ne trouvait pas d'éléments médicaux justifiant le changement de poste au mois de mai 2016. En revanche, à partir du mois d'octobre 2016, une péjoration de l'état de santé était étayée et justifiait dès lors de se rallier à l'appréciation du Dr F._____ qui estimait la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée.

Par projet d'acceptation de rente du 12 mars 2020, l'office AI a reconnu à l'assuré une rente entière du 1^{er} avril 2012 au 31 mars 2014, une demi-rente du 1^{er} avril 2014 au 31 décembre 2014, un quart de rente du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2016, une demi-rente du 1^{er} mai au 30 septembre 2016 et trois quarts de rente dès le 1^{er} octobre 2016.

Le 26 mars 2020, l'assuré a accepté le projet d'acceptation de rente de l'office AI du 12 mars 2020 (cf. s'agissant de la confirmation du projet de décision, voir la motivation séparée de l'office AI du 25 mai 2020 et les décisions de la Caisse des 28 août et 29 octobre 2020).

Au terme de son évaluation du cas du 2 avril 2020, le Dr G. _____ a retenu ce qu'il suit :

« Après lecture de toutes les pièces, je suis partiellement d'accord avec l'avis du Dr M. _____ du SMR.

Même s'il n'y a pas de preuve absolue d'une nette péjoration sur le plan neurologique et que sur le plan psychiatrique, il n'est retenu aucune atteinte suffisante pour juger qu'une incapacité de travail se justifie, on se trouve quand même sur des séquelles graves.

Comme le mentionnait le Dr Ex.N. _____ dans sa première expertise, 60 % de capacité lui semblait un maximum. De plus, ce genre de patient, en raison de l'atteinte neurologique, va vieillir prématurément par rapport à une population d'âge comparable. A cela s'ajoutent des douleurs neurogènes constantes, qui fatiguent physiquement et psychologiquement, surtout au long cours.

Dans un tel contexte, admettre une baisse de la capacité de 10 % en plus, actuellement, est médicalement justifiable.

Néanmoins, je ne comprends pas la date d'octobre 2016 fixée par le Dr M. _____ car :

- Les Drs Ex.N. _____ et Ex.P. _____ en 2017 ne retiennent pas d'aggravation manifeste dans leurs rapports du 03.04.2017 et du 03.03.2017.

- Ce n'est que dans les rapports médicaux du Dr F. _____ du 14.12.2017 et du 19.12.2017, qu'une péjoration est véritablement mentionnée et surtout dans les rapports médicaux du 14.02.2018 et 18.06.2018.

En conclusion, je ne peux suivre que partiellement l'avis du Dr M. _____. Dans ce contexte, je retiendrai plutôt la date de la péjoration à partir de début 2018 et une incapacité de travail de 50 % à partir de cette date. »

Le 11 juin 2020, le Dr Ex.N. _____ a apprécié le cas en ces termes :

« Lors de notre expertise du 05.06.2015, basée sur un examen neurologique effectué le 01.06.2015, et sur les pièces médicales, nous avons retenu une capacité de travail à 60 %, et ceci sur la base du tableau subjectif et objectif. Je me réfère au paragraphe 2 e) qui rapporte en détail l'ensemble des plaintes déplorées par l'assuré à la date de l'examen. En résumé, l'assuré présentait d'importantes douleurs aux membres inférieurs, à prédominance droite, qualifiées "d'épouvantables", cotées 8/10. Il avait également des douleurs sur le versant ulnaire des deux avant-bras, une sensation de brûlure intéressant les organes génitaux, des douleurs lombaires et cervicales, des douleurs sus-pubiennes. A cela s'ajoutaient d'autres symptômes et en particulier un épuisement. Il s'agit donc d'un tableau subjectif très sévère dont nous avons tenu compte pour évaluer la capacité de travail. Les divers rapports à disposition du Docteur F. _____, susmentionnés, ne permettent pas de mettre en

évidence une péjoration de la symptomatologie décrite dans mon expertise. Même s'il existe des complications neuro-orthopédiques objectives, et rapportées par le Docteur F._____, leur répercussion au plan subjectif est dès lors incertaine. A la lecture des différents documents, à savoir l'expertise du 05.05.2015, et les rapports de consultation du Docteur F._____, nous n'avons de loin pas la certitude que les plaintes douloureuses, ainsi que la fatigue, se sont réellement aggravées, symptômes qui étaient déjà cotés pratiquement au maximum de l'échelle subjective en juin 2015. De plus, les investigations radiologiques effectuées à la demande du Docteur F._____, rapportées dans son rapport du 12.09.2018, n'ont pas permis de mettre en évidence de manière objective des complications orthopédiques suspectées.

Le Docteur F._____ rapporte par ailleurs une amélioration des douleurs avec le Voltarène en août 2018. Certes la situation est décrite comme aggravée dans le rapport du 14.11.2017, mais de façon transitoire puisque l'anamnèse intermédiaire évoquée dans le rapport du 19.12.2017 rapporte une amélioration.

En mars 2019, le point de vue paraplégiologique est considéré comme stable, sans complication ni grand problème. L'assuré semble surtout épuisé et l'assuré semble très occupé par la planification de son futur professionnel. Il a encore des activités sportives.

Au total, même si la remarque du Docteur M._____ est plausible, à savoir une péjoration de la fatigue en lien avec une augmentation de la posologie de Lyrica de 175 à 300 mg dès octobre 2016, les documents à disposition peinent à convaincre quant à la présence d'une réelle péjoration du tableau clinique, et dès lors de la capacité de travail.

Si malgré cela, l'assureur estimait que la capacité de travail résiduelle de cet assuré ne dépassait pas 50 %, la date de l'aggravation exacte ne pourrait être qu'arbitraire. »

Par décision sur opposition du 21 août 2020, A._____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu en substance que les différents rapports médicaux n'étaient pas de nature à remettre en cause l'expertise médicale du Dr Ex.N._____ et l'évaluation de la capacité de travail qui en résultait quelle que soit la période concernée, étant précisé que les conclusions de l'expert Ex.P._____ n'étaient pas contestées. En conséquence, le degré d'invalidité de 40 % devait être confirmé du fait qu'il correspondait à l'incapacité de travail dès lors que l'assuré conservait une capacité de travail optimale dans son activité habituelle et que les documents médicaux ne mettaient pas en évidence une aggravation de l'état de santé. Quant au montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, elle a retenu que le taux de 60 % retenu correspondait à ce qui résultait de la table 21 (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésion médullaire) qui

englobait les atteintes dans leur globalité, y compris les problématiques neuropsychologique et sexuelle.

B. Par acte du 14 septembre 2020, R._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme de la décision sur opposition attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70 % au minimum et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) fondée sur un taux de 80 % au minimum, le tout avec intérêt à 5% l'an dès l'échéance de chaque prestation arriérée et sous réserve de modification en cours d'instance. En substance, il met en doute le bien-fondé des bases du calcul du degré d'invalidité. Il fait valoir que le revenu sans invalidité serait largement supérieur à 210'000 fr. sur la base de la moyenne des salaires perçus de 2012 à 2015. De l'avis du recourant, les conséquences économiques de son état de santé s'étaient péjorées, ce dernier allant en s'aggravant. Il se prévaut d'une baisse de sa capacité de travail à 50 %. Il soutient que, compte tenu des efforts déployés depuis l'accident pour se maintenir dans une activité professionnelle malgré le cumul des handicaps, il fallait admettre que le gain réalisé auprès de H._____ par 61'800 fr. constitue la meilleure utilisation possible de sa capacité de gain résiduelle. Il déduit de la comparaison des montants précités un degré d'invalidité de 71 % environ. En ce qui concerne le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenu par A._____ SA (60 %), le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir apprécié correctement le nombre et la gravité des atteintes ; il soutient qu'un taux de 80 % au minimum aurait dû être retenu.

Dans sa réponse du 30 octobre 2020, A._____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se référant à cette dernière.

Répliquant le 7 décembre 2020, le recourant a confirmé ses conclusions et motifs. Il allègue que les expertises au dossier ne seraient que des avis médicaux et ne revêtraient pas la qualité d'expertise. Il requiert l'audition d'un témoin pour préciser les handicaps rencontrés

dans son ancienne activité pour E._____ SA. Il requiert en outre que ses médecins soient interrogés en ce qui concerne le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et subsidiairement qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre.

En duplique du 8 janvier 2020, A._____ SA a maintenu que le recourant n'avait pas vu son état de santé s'aggraver. En substance, elle rappelle qu'elle n'est pas liée par l'appréciation des organes de l'assurance-invalidité. Elle ajoute que l'audition du témoin requise en réplique n'est pas nécessaire compte tenu du fait que l'ancien employeur avait été interrogé par l'office AI. Pour le reste, A._____ SA a confirmé sa conclusion tendant au rejet du recours.

Le 25 janvier 2021, le recourant a maintenu ses motifs et conclusions.

Le 2 février 2021, la juge instructrice a requis la production du dossier de l'office AI.

Le 8 février 2021, l'intimée a précisé qu'elle avait mandaté les Drs Ex.N._____ et Ex.P._____ en qualité d'experts externes, maintenant pour le reste sa conclusion tendant au rejet du recours.

Le 9 février 2021, l'office AI a produit son dossier.

Le 25 mars 2021, le recourant a maintenu que les Drs Ex.N._____ et Ex.P._____ ne revêtaient pas la qualité d'expert dès lors que les règles légales n'auraient pas été suivies par l'intimée. Il a requis l'audition d'un second témoin.

Par ordonnance du 22 juillet 2021, la juge instructrice a requis la production du contrat de travail et/ou cahier des charges relatif à l'emploi auprès de J._____ SA, des certificats de salaire annuel (fiscal) pour les années 2018 à 2020 pour les emplois auprès de J._____ SA et H._____, ainsi que toute pièce attestant du bonus qui aurait été versé

pour l'exercice 2011, à défaut de toute pièce explicitant l'absence de versement de bonus.

Le 12 août 2021, le recourant a renvoyé la Cour au dossier d'A._____ SA en ce qui concernait le bonus 2011 et produit les pièces suivantes en réponse à l'ordonnance du 22 juillet 2021 :

- Contrats de travail pour J._____ SA des 6 août 2019 et 1^{er} février 2019 ;
- Résiliation du contrat de travail J._____ SA au 31 janvier 2019 ;
- Certificat de salaire 2018 de J._____ SA (7 août 2018 au 31 décembre 2018) ;
- Certificat de salaire 2019 de J._____ SA (1^{er} janvier au 31 juillet 2019) ;
- Certificat de salaire 2019 de H._____ du 1^{er} septembre au 31 décembre 2019 ;
- Certificat de salaire 2020 de H._____ du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020.

Par ordonnances des 21 septembre et 13 octobre 2021, la juge instructrice a requis la production des extraits du compte individuel AVS du recourant auprès de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et de SVA Zürich.

Les 6 et 25 octobre 2021, ces caisses de compensation ont produit les extraits requis.

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 degré d'invalidité présenté par le recourant au terme de la stabilisation de son état de santé le 1^{er} juin 2015 et sur l'indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites de l'accident du 6 avril 2011.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce pour un accident survenu le 6 avril 2011. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Pour statuer sur le droit aux prestations du recourant des suites de l'accident du 6 avril 2011, l'intimée s'est fondée sur les rapports d'expertise des Drs Ex.N. _____ et Ex.P. _____ des 5 et 10 juin 2015, ainsi que sur leur complément des 3 mars 2017, 3 avril 2017 et 11 juin 2020. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant remet en cause l'impartialité des Drs Ex.N. _____ et Ex.P. _____ qui ne seraient pas des experts indépendants, mais des « médecins d'assurance ».

b) L'art. 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties, lesquelles peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

La communication du nom de l'expert doit permettre à l'assuré de reconnaître s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation. Lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert, l'assureur doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise (ATF 146 V 9 consid. 4.2.1 et les références citées). Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible – soit, en principe, dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument du motif de récusation qui était connu auparavant (Jacques Olivier Piguet, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 47 ad art. 44 LPGA). Une violation des règles relatives à la récusation peut néanmoins être constatée d'office, notamment dans le contexte de l'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise. Mais sauf cas grave, le juge ne devrait pas être tenu de compléter l'instruction pour vérifier le bien-fondé d'un tel grief lorsqu'il est soulevé tardivement (Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless, op. cit., n. 33 ad art. 56 LPGA).

c) En l'occurrence, il apparaît que l'intimée a bel et bien mandaté les Drs Ex.N. _____ et Ex.P. _____ en qualité d'experts, faisant suite à une demande de son médecin-conseil, le Dr G. _____ (avis du 8 septembre 2014 ; notice d'entretien du 16 février 2015). Il ne ressort pas du dossier que le recourant ait contesté l'indépendance des experts une fois leur nomination connue ou après l'expertise, ce qui n'est d'ailleurs pas allégué (cf. à cet égard, procès-verbal de l'inspecteur des sinistres du 4 mars 2015 ; courriers électroniques des 10 et 13 mars 2015). L'intimé a transmis les rapports d'expertise au conseil du recourant par courrier du 8 juillet 2015. Ce dernier s'est déterminé à une première reprise le 17 août 2015 sans remettre en cause l'indépendance des Drs Ex.N. _____ et Ex.P. _____ et sans contester qu'ils aient été mandatés en qualité d'experts. Bien au contraire, le terme d'expert est

utilisé à réitérées reprises et le travail des Drs Ex.N._____ et Ex.P._____ est même salué. En outre, le recourant ne précise pas en procédure de motif particulier qui serait apparu au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, voire après l'une des sollicitations ultérieures des experts. Au final, le moyen, allégué tardivement et sans motivation substantielle au stade du recours, doit être rejeté, les griefs se confondant pour le surplus avec les critiques à l'égard du degré d'invalidité, soit une question de fond.

5. a) En l'occurrence, les parties admettent que le droit à la rente est ouvert dès le 1^{er} juin 2015, soit moins de 5 ans après l'accident survenu le 6 avril 2011. Le recourant reproche à l'intimée d'avoir violé le droit fédéral, en tant qu'elle a fixé le degré d'invalidité à 40 % dès cette date.

b) aa) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

bb) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de

l'assuré – ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – 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 (art. 19 al. 1 LAA).

c) aa) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

bb) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) aa) En l'espèce, il n'est pas contesté sur le plan médical que le recourant présente un syndrome myélopathique cervical séquellaire, une atteinte spinothalamique, expliquant les douleurs neuropathiques, une atteinte cortico-spinale aux membres inférieurs, avec paraspasticité à prédominance droite et paraparésie distale M3-M4, ainsi que des troubles sphinctériens et sexuels (rapport du Dr Ex.N. _____ du 5 juin 2015 ; rapports du Dr F. _____ des 19 décembre 2017, 18 juin, 20 août et 12 septembre 2018 ainsi que du 20 mars 2019 ; rapport du Dr L. _____ du 16 octobre 2016 ; avis du SMR du Dr Z. _____ du 21 juillet 2015). Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr Ex.N. _____ dans son rapport du 5 juin 2015, soit des difficultés dans les déplacements, des troubles de l'attention liés aux douleurs neurogènes et au traitement y relatif, une fatigabilité, la nécessité de pouvoir accéder rapidement de manière impérative et imprévisible aux WC, ne sont pas remises en cause par le recourant.

bb) Le recourant soutient que son état de santé se serait péjoré au mois de mai 2016 en s'appuyant sur la décision de l'office AI du 28 août 2020 et sur les rapports du Dr F. _____ (14 novembre et 19 décembre 2017 ; 18 juin, 20 août et 12 septembre 2018 ; 20 mars et 23 septembre 2019) du Dr M. _____ du SMR (25 février 2020) et du Dr G. _____ (2 avril 2020). Il en déduit une capacité de travail réduite à 50 % (rapport du Dr F. _____ du 23 septembre 2019).

En présence de rapports médicaux contradictoires, le Dr Ex.N. _____ a expliqué de manière convaincante que la capacité de travail n'a pas évolué depuis son premier rapport (cf. compléments d'expertise des 3 avril 2017 et 11 juin 2020).

L'avis du Dr G. _____ du 2 avril 2020 peut être relativisé vu la prudence dont fait preuve ce médecin (absence de « *preuve absolue d'une*

nette péjoration sur le plan neurologique »). Quant à celui du Dr M. _____ (avis SMR du 25 février 2020), il apparaît fondé sur une évaluation médico-théorique, mais n'emporte pas la conviction lorsqu'on le confronte aux rapports du Dr F. _____ qui n'attestent pas d'une réelle péjoration du tableau clinique dans le cadre d'une situation neuro-motrice stable avec une antalgie efficace (rapport du Dr F. _____ du 20 août 2018), sans complications orthopédiques objectivables (rapport du 12 septembre 2018) et d'un status inchangé sur le plan neurologique. L'estimation du Dr F. _____ (50 % ; cf. rapport du 23 septembre 2019) ne peut ainsi pas être retenue dès lors qu'elle n'est que plausible et n'apparaît pas confirmée par les éléments médicaux du dossier (rapport du Dr Ex.N. _____ du 11 juin 2020) et les déclarations du recourant. Celle du Dr X. _____, qui retient une capacité de travail de 40 % (cf. rapport adressé à l'office AI le 3 juillet 2019), n'emporte pas la conviction et se heurte à celle des spécialistes consultés par le recourant (rapports du Dr F. _____ du 23 septembre 2019 et du Dr L. _____ du 16 octobre 2016).

Dans les faits, l'appréciation de la capacité de travail retenue par le Dr Ex.N. _____ est au demeurant confirmée par les choix professionnels du recourant qui recherche un travail à un taux de 60 %, de telle sorte que les critiques à l'égard de cet expert tombent à faux. Le recourant parvient en effet à surmonter les difficultés liées à son état de santé. La situation factuelle est d'ailleurs bien décrite par le Dr L. _____ qui relatait dans son rapport du 16 octobre 2016 que son patient, cadre dans un service immobilier à 60 %, devrait pouvoir maintenir son taux d'activité dans le futur, malgré l'équilibre précaire qui se dessinait. Il convient de souligner que la position du recourant par rapport à sa capacité de travail est constante comme cela ressort notamment de la note d'entretien de l'office AI du 11 novembre 2014 dans laquelle on apprend que l'intéressé avait demandé à ses médecins d'augmenter son taux d'activité à 60 %, ceux-ci l'estimant d'ailleurs à « 50-60 % », ce qui reste compatible avec l'estimation du Dr Ex.N. _____. Par la suite, l'intéressé a précisé qu'il cherchait activement une activité complémentaire de 20 % au moment d'informer A. _____ SA et l'office AI

de sa prise de fonction pour H._____ au taux de 40 % (cf. courriers du 5 juin 2019). Il convient donc de considérer que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, soit un poste de direction dans l'immobilier, est de 60 %.

cc) Concernant le trouble dysthymique, le recourant ne conteste pas les conclusions de l'expertise du 10 juin 2015 du Dr Ex.P._____, ni ses compléments des 3 mars 2017 et 6 mai 2019, confirmant l'absence d'atteinte incapacitante sur ce plan.

dd) Au vu de ce qui précède, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il indique que les répercussions des atteintes à la santé se seraient aggravées au mois d'octobre 2016. L'activité habituelle demeure ainsi exigible, dès le 1^{er} juin 2015, à un taux d'activité de 60 %, ceci sans préjudice du caractère adapté ou non des activités exercées par le recourant.

6. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA).

b) aa) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 ; TF 8C_643/2016 du 25 avril 2017 consid. 4.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (TF 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

Selon l'art. 15 al. 1 LAA, les indemnités journalières et les rentes sont calculées d'après le gain assuré. Les bases de calcul dans le temps du gain assuré sont différentes pour l'indemnité journalière et pour la rente (art. 15 al. 2 LAA). Est réputé gain assuré pour le calcul de la rente le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA), y compris les éléments de salaire non encore perçus et auxquels il a droit (art. 22 al. 4, première phrase, OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

Faisant usage de la délégation de compétence de l'art. 15 al. 3 LAA, le Conseil fédéral a prévu des prescriptions sur la prise en compte du gain assuré dans des cas spéciaux à l'art. 24 OLAA, qui liste ces cas de manière exhaustive (TFA U 308/04 du 16 janvier 2006 consid. 3.1). Cette disposition a pour but d'atténuer la rigueur de la règle du dernier salaire reçu avant l'accident lorsque cette règle pourrait conduire à des résultats inéquitables ou insatisfaisants (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n. 313 p. 999 et les références citées, n. 186 ss pp. 963-965).

L'art. 24 al. 2 OLAA prévoit que lorsque le droit à la rente naît plus de cinq ans après l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle, le salaire déterminant est celui que l'assuré aurait reçu, pendant l'année qui précède l'ouverture du droit à la rente, s'il n'avait pas été victime de l'accident ou de la maladie professionnelle, à condition toutefois que ce salaire soit plus élevé que celui qu'il touchait juste avant la survenance de l'accident ou l'apparition de la maladie professionnelle.

On ne tiendra par ailleurs compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; TF 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 18 ad art. 16 LPGA).

cc) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2). La détermination du revenu d'invalidité suppose - à la différence de ce qui vaut dans le cadre de la fixation du revenu d'une personne sans invalidité - la prise en considération de l'obligation de diminuer le dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Cette exigence

signifie notamment que l'assuré doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3).

dd) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Dans le domaine de l'assurance-accidents, une modification de l'état de fait est en principe sensible ou notable, au sens de l'art. 17 LPGA, lorsque la différence du taux d'invalidité par rapport à la situation antérieure s'élève au moins à 5 % (ATF 140 V 85

consid. 4.3 et 133 V 545 consid. 6.2 ; Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 25 ad art. 17 LPGa).

e) Si l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants, une rente complémentaire lui est allouée, qui correspond à la différence entre 90 % du gain assuré et la rente de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-vieillesse et survivants mais au plus au montant prévu pour l'invalidité totale ou partielle (art. 20 al. 2 LAA).

f) Il convient enfin de rappeler que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2)

7. Pour l'intimée, le recourant a toujours conservé une capacité de travail dans son activité habituelle, de sorte que le taux d'invalidité serait identique au taux de l'incapacité de travail. Elle calcule le montant de la rente sur la base du gain assuré maximum de 126'000 fr. à l'époque de l'accident (cf. art. 22 al. 1 aOLAA, RO 2007 3667) et de la capacité de travail résiduelle de 60 % admise par l'expert Ex.N. _____ (cf. décision du 6 octobre 2015 et décision sur opposition du 21 août 2020). Ce faisant, l'intimée applique implicitement la méthode de la comparaison en pourcentage dès lors que le recourant était selon elle totalement apte à exercer la même activité que précédemment (cf. réponse du 30 octobre 2020, p. 90, ch. 4.4). L'application de cette méthode n'est toutefois pas automatique (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, p. 413, n. 33 et les références citées). L'aptitude à travailler dans son activité habituelle ne préjuge ni des revenus réalisés lorsque ceux-ci peuvent être établis sur la base des pièces du dossier comme en l'espèce ni de l'évolution particulière de la situation professionnelle du recourant (adaptation du poste de travail suivi

d'une période d'instabilité professionnelle) (Valterio, *ibid.*), de sorte qu'il convient de procéder au calcul des revenus avec et sans invalidité.

8. a) Le recourant soutient que le revenu sans invalidité doit être calculé sur une base d'au moins 210'000 fr. Il se fonde sur le décompte de surindemnisation établi par l'intimée le 21 octobre 2016 et soutient que les gains présumés perdus pour les années 2012 à 2015 s'élèveraient à 227'113 fr. 95 (2012), 192'566 fr. 70 (2013), 200'319 fr. 30 (2013) et 223'664 fr. 70 (2014), le tout après annualisation. Il observe aussi que le revenu sans invalidité retenu par l'office AI se montait à 192'596 fr. 97 (pour 2019, cf. projet de décision du 12 mars 2020), tout en rappelant que ce montant n'était, selon lui, « *pas tout à fait correct* ». Ce faisant, le recourant se prévaut de perspectives d'augmentation dont il conviendrait de tenir compte pour fixer le revenu sans invalidité.

b) S'agissant du revenu sans invalidité, aucune situation spéciale, visée à l'art. 24 OLAA, et singulièrement à l'alinéa 2 de cette disposition, n'est réalisée en l'espèce. Le principe voulu par le législateur (revenu de l'année précédant l'accident, sous réserve de cas spéciaux) ne souffre pas d'exception (TFA U 308/04 du 16 janvier 2006 consid. 3.1) et contrairement à ce qui prévaut en matière d'assurance-invalidité, il ne saurait être tenu compte d'un revenu moyen calculé sur plusieurs exercices lorsque comme en l'occurrence, les revenus sont variables. Au demeurant, les gains présumés perdus pour les années 2012 à 2015 apparaissent de pure conjecture dans la mesure où ils ne sont pas attestés par une perspective réelle d'augmentation attestée par des pièces au dossier.

En conséquence, il convient de retenir, au titre de revenu sans invalidité, le salaire réalisé dans l'année précédant l'accident (art. 15 al. 2, deuxième phrase, LAA) auquel on ajoute le bonus versé en 2011 pour l'exercice 2010, soit un élément de salaire non encore perçu auquel il avait droit au moment de l'accident selon le contrat de travail stipulé avec E._____ SA (art. 22 al. 4 OLAA ; cf. Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, p. 956, n. 182 et la référence citée).

Dans ce cadre, il ressort du rapport employeur adressé par E. _____ SA à l'office AI le 21 octobre 2011 que le recourant a vu son salaire mensuel augmenter à 11'085 fr. dès le mois d'avril 2010 avec pour corollaire que le revenu annuel sans invalidité, avant bonus, est de 133'020 fr. (11'085 fr. × 12 mois). Il est constant que le recourant ne percevait pas de treizième salaire, mais un bonus qui serait de 30 % selon le questionnaire susmentionné (ch. 2.10). Or, les bonus versés antérieurement à l'accident sont tous supérieurs à ce pourcentage selon les annexes au rapport employeur. On s'en tiendra donc au seul critère de l'art. 22 al. 4 OLAA en ajoutant au salaire annuel brut de 133'020 fr. le bonus de l'exercice 2010, soit 58'300 francs. Le revenu sans invalidité doit donc être arrêté à 191'320 fr. (133'020 fr. + 58'300 fr.).

9. En ce qui concerne le revenu avec invalidité, il convient de relever qu'entre le 1^{er} juin 2015 et la décision attaquée deux modifications sont intervenues. La première concerne non pas le taux d'activité exigible sur le plan médical, mais le caractère adapté du poste de travail, à savoir l'abandon d'une profession, soit le poste de directeur [...] chez E. _____ SA, ceci pour des raisons indépendantes de la conjoncture économique (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 292 p. 993 et la référence citée, n. 182 p. 956 et la référence citée à la RAMA 1992 n. U 143, p. 79, à propos d'une révision à partir du moment où un sportif d'élite aurait mis fin à sa carrière professionnelle). La seconde modification a trait aux circonstances économiques, à savoir la perte de stabilité de l'emploi qui a suivi le départ de chez E. _____ SA. Dans ces circonstances se pose la question de l'applicabilité de l'art. 17 LPGA.

a) aa) Depuis le 1^{er} juin 2015, date à laquelle s'ouvre le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents jusqu'au 30 avril 2016, le recourant a conservé son activité de directeur [...] qu'il occupait avant l'accident auprès du même employeur (rapport employeur adressé par E. _____ SA à l'office AI le 21 octobre 2011 ; courrier du 24 mai 2016 du recourant à l'intimée) à un taux d'activité de 60 %. Le revenu avec invalidité est donc celui réalisé pour cet employeur. A cet égard, il

convient de se fonder sur les revenus attestés par S._____ dans les annexes de son courrier du 4 mars 2019 à l'office AI. Dès 2015, le recourant ne bénéficie apparemment plus d'un bonus dès lors que le taux d'activité de 60 % ne permettait selon lui plus d'en percevoir un (cf. opposition du 4 novembre 2015, p. 2). Il résulte toutefois de la ligne 186 du décompte de salaire annuel 2015 (annexé au courrier du 4 mars 2019 de S._____ à l'office AI) qu'il est toujours fait mention d'un bonus. Il se déduit toutefois des salaires bruts des mois de novembre 2015, avril 2016, novembre 2016 et novembre 2017 qu'un treizième salaire a de fait succédé au bonus. Entre les mois de juin 2015 et d'avril 2016, il ressort des décomptes des salaires annuels nets que le recourant a perçu un salaire mensuel net calculé sur la base du revenu brut soumis à AVS de 11'143 francs, période durant laquelle l'intimée a continué à verser les indemnités journalières de l'assurance-accidents. Le courrier du 16 septembre 2016 de E._____ SA à l'OAI révèle qu'un paiement rétroactif tenant compte des versements ultérieurs de la rente a été convenu entre employeur et employé. Il est par ailleurs vraisemblable, au vu des différents courriers de l'employeur, que le maintien du salaire contractuel à 100 % jusqu'en avril 2016 revête également une composante sociale, à tout le moins partiellement, élément que les autorités de l'assurance-accidents ne prennent pas en considération (ATF 141 V 351 consid. 4.2). Au vu de ces différents paramètres, le revenu avec invalidité pour la période courant entre le 1^{er} juin 2015 et le 30 avril 2016 sera calculé sur la base du revenu mensuel soumis à AVS de 11'143 fr., ramené à 60 %, taux d'activité convenu avec l'employeur, soit 6'685 fr. 80. Compte tenu du treizième salaire résultant des annexes au courrier du 4 mars 2019 de S._____ à l'office AI, le revenu avec invalidité se monte ainsi à 86'915 fr. 40 pour cette première période de calcul. Il en résulte un préjudice économique de 104'404 fr. 60 (191'320 fr. - 86'915 fr. 40). Le degré d'invalidité s'élève ainsi à 55 % (104'404 fr. 60 ÷ 191'320 fr. = 54,57 %) compte tenu de l'arrondi à l'entier (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

bb) Par conséquent, le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 55 % du 1^{er} juin 2015 et le 30 avril 2016.

b) aa) Sur le long terme, la poursuite de l'activité habituelle de directeur [...] pour E._____ SA s'est révélée incompatible avec l'atteinte à la santé. Par contrat de travail du 11 mai 2016, E._____ SA et le recourant ont convenu d'un nouveau contrat de durée indéterminée prévoyant un revenu mensuel de 6'750 fr. sur treize mois (plus défraiement forfaitaire mensuel de 730 fr. pour le véhicule et de 200 fr. au titre de collaborateur du service externe) au taux d'activité de 60 % pour un poste de « [poste de direction intermédiaire] ». Cette modification des circonstances déterminantes pour le calcul du degré d'invalidité résulte de l'impossibilité, sur le plan de la santé, de continuer l'activité de direction. L'activité doit être considérée comme adaptée à l'état de santé du recourant. L'adaptation du poste de travail de l'intéressé était déjà envisagée au mois de novembre 2014, période à laquelle l'assuré travaillait au-dessus de ses forces (cf. note d'entretien de l'office AI du 11 novembre 2014). Dans le courrier adressé à l'office AI le 16 septembre 2016, E._____ SA écrit en effet qu'en « *raison de sa maladie et partant, de sa capacité de travail de 60 %, il est difficile pour R._____ de continuer à exercer une fonction de direction* ». Le courrier électronique du 4 avril 2017 adressé par S._____ au recourant montre également que les atteintes à la santé et le taux d'activité de 60 % constituent les éléments déclencheurs de modification de la fonction et du salaire. Enfin, S._____ a expliqué le 4 mars 2019 que la charge de travail de 60 % en qualité de directeur avait épuisé le recourant et que la nouvelle fonction n'impliquait pas de tâches de direction d'équipe, d'effort administratif ou de représentation. Elle était de plus moins exposée à la pression et au stress, ce qui permettait une meilleure gestion du temps et du repos nécessaire. Il est aussi relevé que, dans son rapport du 5 juin 2015, le Dr Ex.N._____ relevait que les réunions devraient être limitées au maximum en raison des troubles sphinctériens et que les douleurs se répercutaient sur la résistance et entraînaient une fatigabilité, le tout majoré par le stress et les responsabilités liés au poste de directeur (pp. 16-17 ch. 15 ; voir aussi pp. 13-14). Dès lors que le recourant n'était plus en mesure d'assumer les fonctions de directeur [...], le maintien dans ce poste jusqu'au 1^{er} mai 2016, alors qu'il se révélait inadapté, comportait

manifestement un fondement essentiellement économique, lié à la couverture du salaire par les indemnités journalières et une évidente composante sociale (adaptation du poste de travail).

bb) Dès lors que la décision sur opposition attaquée alloue au recourant – pour la première fois et à titre rétroactif – une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il y a lieu d'échelonner ladite rente dans le temps, en fonction de l'évolution des circonstances correspondantes ayant une répercussion sur le droit à la rente (Moser-Szeless, op. cit., n. 9 et 21 ad art. 17 LPGA ; cf. aussi consid. 6d ci-dessus).

La circonstance déterminante est en l'espèce la modification des rapports de travail avec E. _____ SA qui a pris effet au 1^{er} mai 2016 selon le contrat de travail du 11 mai 2016. Un nouveau calcul s'impose à cette date. Le nouveau revenu d'invalidité se monte, conformément au contrat de travail à 6'750 fr. par mois, soit un revenu annualisé de 87'750 fr., treizième salaire compris (13 × 6'750 fr.). Les défraiements forfaitaires ne sont quant à eux pas soumis à l'AVS (annexes au rapport employeur du 4 mars 2019 cf. rubrique 102 « AHV Basis »). Il convient ensuite d'indexer le revenu sans invalidité de 191'320 fr. (valeur 2011) pour les années 2011 à 2016 selon la table T1.10 (Indice des salaires nominaux 2011-2020) éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Compte tenu de cette indexation (secteur 64 et 66 [Activités financières et assurances] ; 1,1 % en 2011, 0,7 % en 2012, 1,0 % en 2013, 1,3 % en 2014, 0,7 % en 2015 et 1,6 % en 2016), le revenu sans invalidité se monte à 203'889 fr. 56 en 2016. Il en résulte un préjudice économique de 116'139 fr. 56 (203'889 fr. 56 - 87'750 fr.). Le degré d'invalidité s'élève ainsi à 57 % (116'139 fr. 56 ÷ 203'889 fr. 56 = 56,96 %) compte tenu de l'arrondi à l'entier (ATF 130 V 121 consid. 3.2). La différence de 2 % ne constitue toutefois pas une modification de l'état de fait sensible ou notable selon l'art. 17 LPGA dans le cadre de l'assurance-accidents (cf. consid. 6d ci-dessus) ; la rente n'est pas modifiée et demeure fixée à 55 %.

c) aa) Le recourant a ensuite été licencié de E._____ SA pour le 30 avril 2018. A partir du 1^{er} mai 2018, sa situation professionnelle a perdu en stabilité. Après une période de chômage (cf. extraits du compte individuel AVS produits les 6 et 25 octobre 2021), l'intéressé a trouvé un nouvel emploi, dans sa branche d'activité pour J._____ SA, dès le 7 août 2018, initialement au taux d'activité de 60 %, pour un salaire annuel 64'000 fr., auquel s'ajoutait la remise annuelle de 240 actions d'une valeur nominale de 100 fr. dont la réalisation est soumise à des conditions telles qu'il n'apparaît pas possible dans le cas d'espèce de retenir un montant de 24'000 fr. en sus à titre de revenu annuel. Le chiffre 4.3 du contrat de travail du 6 août 2018 prévoit en effet une période de blocage de trois ans et une obligation de revente des actions en cas de cession de la société, le tout assorti d'une peine conventionnelle de 10'000 francs. A partir de la deuxième année d'engagement, le recourant pouvait certes décider de recevoir les 24'000 fr. en espèces ou en actions ; il n'a toutefois jamais pu faire valoir ce droit d'option dans la mesure où son taux d'activité a été réduit de manière unilatérale à 20 % et où il a ensuite été licencié. Les certificats de salaires attestent d'un revenu soumis à l'AVS de 24'001 fr. 90 du 7 août au 31 octobre 2018 et d'un salaire de 11'000 fr. 40, auquel se rajoutaient une indemnité spéciale de 6'000 fr. pour la période du 1^{er} janvier au 31 juillet 2019.

Dès le 1^{er} septembre 2019, le recourant a retrouvé un nouveau travail à 40 % pour H._____. Il perçoit à ce titre un salaire de 61'800 fr. par an (ch. 10). Le contrat ne prévoit pas de gratification. Le certificat de salaire pour la période du 1^{er} septembre 2020 au 31 décembre 2020 n'en prévoit pas. Le certificat de salaire 2020 de H._____ atteste cependant d'un versement de 5'150 fr. à ce titre, ce qui correspond à 1/12^e du salaire annuel.

bb) On a vu ci-dessus que la capacité de travail dans l'activité habituelle est demeurée à 60 %, conformément à l'avis du Dr Ex.N._____, corroboré par les propres déclarations de l'intéressé (courriers du conseil du recourant du 5 juin 2019 à l'intimée et à l'office AI). Le revenu du recourant a toutefois subi une diminution depuis son

départ de E._____ SA, qui peut s'expliquer par différents facteurs, tels que notamment des responsabilités moindres, une absence de progression salariale liée aux années d'expérience auprès d'un même employeur, des offres d'emplois moins attractives sur le plan salarial ou l'évolution du marché de l'immobilier. Il n'est ainsi pas possible de se fonder sur les revenus effectifs du recourant pour calculer le degré d'invalidité compte tenu du caractère variable et instable de ses revenus. Le revenu d'invalidé réalisé auprès de H._____ ne peut d'ailleurs être considéré comme suffisamment représentatif dans la mesure où le recourant continue à rechercher un emploi à 60 %. La formation et l'expérience professionnelle du recourant, de même que les emplois occupés depuis l'accident, démontrent cependant que la poursuite d'une activité dans son domaine de compétence lui demeure accessible.

Il convient donc de calculer le revenu avec invalidité en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'OFS dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Pour une personne exerçant une activité de direction dans le secteur de l'immobilier - ce qui correspond au parcours et aux acquis professionnels du recourant - le salaire de référence se monte à 10'244 fr. par mois, part au treizième salaire incluse (ESS 2018 tableau TA1_skill_level, rubrique 68 activités immobilières). Cela représente un revenu annuel de 122'928 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle de 41,6 heures dans les entreprises du secteur de l'immobilier en 2018 (OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique 1990-2019), le salaire annuel doit être adapté dans cette mesure, ce qui aboutit à un montant de 127'845 fr. 12 ($122'928 \text{ fr.} \times 41,6 \text{ heures} \div 40 \text{ heures}$) à un taux d'activité de 100 % et 76'707 fr. 07 au taux d'activité médicalement exigible de 60 %. Un abattement de 5 % se justifie à double titre. Il s'agit d'une part de tenir compte des empêchements et obstacles liés à la tétraplégie sensori-motrice incomplète (déplacements, accessibilité, locaux respectant la LHand [Loi fédérale sur l'élimination des inégalités frappant les personnes handicapées du 13 décembre 2002 ; RS 151.3]) dès lors que le

Dr Ex.N._____ retient des difficultés dans les déplacements et la nécessité d'un accès rapide aux toilettes (rapport du 5 juin 2015). D'autre part, le taux d'occupation de 60 % pour un poste à responsabilité limite les possibilités d'emploi, les postes de cadres à des taux d'activité inférieurs à 80 % étant notoirement inusuels. Le revenu d'invalidité se monte ainsi à 72'871 fr. 72 (76'707 fr. 07 - 5 %). Quant au revenu sans invalidité, indexé pour les années 2011 à 2018, il se monte à 207'775 fr. 70 (OFS, T1.10 précité ; 1,1 % en 2011, 0,7 % en 2012, 1,0 % en 2013, 1,3 % en 2014, 0,7 % en 2015, 1,6 % en 2016, 0,4 % en 2017 et 1,5 % en 2018). Il en résulte un préjudice économique de 134'903 fr. 98 (207'775 fr. 70 - 72'871 fr. 72). Le degré d'invalidité s'élève ainsi à 65 % ($134'903 \text{ fr. } 98 \div 207'775 \text{ fr. } 70 = 64,92 \%$) compte tenu de l'arrondi à l'entier (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

cc) La différence de 10 % constitue une modification de l'état de fait sensible ou notable selon l'art. 17 LPGA dans le cadre de l'assurance-accidents (cf. consid. 6d ci-dessus) ; la rente doit donc être portée à 65 % à partir du 1^{er} mai 2018.

dd) On précisera que cette solution est plus compatible avec l'obligation de diminuer le dommage (cf. consid. 6c/cc et ATF 138 I 205 consid. 3.2), que celle résultant de la proposition alternative du Dr Ex.N._____ dans son rapport du 5 juin 2015, à savoir une diminution de rendement de 20 % dans un poste plus sédentaire et moins stressant. En effet, compte tenu du CFC d'employé de commerce dont dispose le recourant (auquel s'applique le revenu statistique pour un niveau de compétence 2, correspondant à un poste comportant moins de responsabilités, selon l'ESS 2018, tableau TA1_skill_level, secteur services [45-96]), le calcul aboutirait à un revenu d'invalidité de 50'124 fr. 07 avec un abattement de 5 % ($5'272 \text{ fr. } \times 41,7 \text{ heures} \div 40 \text{ heures} \times 12 \text{ mois} - 5 \%$) et à un degré d'invalidité de 75,88 % ($[207'775 \text{ fr. } 70 - 50'124 \text{ fr. } 07] \div 207'775 \text{ fr. } 70$). Dans cette hypothèse, le degré d'invalidité serait largement supérieur à celui qui résulterait d'un taux d'activité de 60 % dans un poste à responsabilité qui correspond aux aspirations et compétences professionnelles du recourant.

10. 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.

b) aa) Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA, 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).

bb) La question du caractère durable de l'atteinte se pose tout particulièrement en présence de troubles psychogènes, qui, par leur nature même, sont sujets à évolution et à propos desquels on ne peut pas, sauf exception, émettre le pronostic qu'ils subsisteront la vie durant. Les troubles d'ordre psychique donnent cependant droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, pour autant que, suivant un avis psychiatrique, il soit possible de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclut pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration (ATF 124 V 209 consid. 4b). Le caractère durable de l'atteinte psychique doit alors être évalué au regard de l'événement accidentel, en application de la jurisprudence relative à l'existence d'un lien de causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. En application de cette jurisprudence, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique ne peut, en règle générale, être admis qu'en cas d'accident grave, ainsi que d'accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant qu'existent des circonstances en connexité étroite avec l'accident, qui revêtent une importance et une intensité particulières et ont de manière évidente favorisé, en tant que facteurs traumatisants, l'installation de troubles durables pour toute la vie

(Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, op. cit., n. 313 p. 999 et les références citées).

c) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 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). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'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 ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

d) En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité est fixée d'après l'ensemble du dommage (art. 36 al. 3, première phrase OLAA).

11. a) Le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir motivé le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60 %. Il soutient qu'il convient d'appliquer un taux d'au minimum 80 % (recours du 14 septembre 2020, p. 15). Dans sa réplique du 7 décembre 2020, le recourant précise qu'il convient de se prononcer sur la base de la table 102 de la CNA et qu'en cas de tétraplégie incomplète, il convient de cumuler les atteintes (motrices, digestives, sexuelles, douleurs, etc.), d'appliquer les barèmes par analogie et de procéder à une estimation

globale, évaluée à 80 %. Il ajoute cependant que pour évaluer l'atteinte à l'intégrité selon le formulaire requis des connaissances médicales étaient requises. Il requiert à cet effet d'interroger le Dr F._____, et subsidiairement de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

b) L'accident ayant entraîné un concours d'atteintes à la santé psychique et somatique, il convient d'examiner l'ensemble du dommage.

aa) Dans son rapport d'expertise du 10 juin 2015, le Dr Ex.P._____ a retenu le diagnostic de trouble dysthymique (dysthymie ; F34.1, cf. pp. 9 à 12). Il ressort du rapport d'expertise du 10 juin 2015 que, bien que la causalité naturelle soit admise, le caractère durable de l'atteinte à la santé psychique doit être nié, ce que le recourant n'a pas contesté au stade du recours. Le dossier ne permet pas de poser de manière indiscutable un pronostic individuel à long terme qui exclurait pratiquement pour toute la vie une guérison ou une amélioration. Au contraire, un pronostic de guérison à moyen terme (un à deux ans selon l'expert) est admis. Il ressort du dossier que le recourant a bénéficié d'une thérapie auprès de l'U._____. Le Dr C._____ a expliqué dans son rapport du 19 mars 2019 qu'il avait entamé une thérapie de soutien, de reconstruction de la confiance en soi, d'acceptation de ses pertes, avec un bon progrès. Ce spécialiste a ajouté que le recourant avait récemment perdu son emploi, ce qui avait compromis le succès de la thérapie, mais qui n'est toutefois pas en lien avec l'accident. Au vu de ces éléments, un pronostic à long terme excluant une guérison ou une amélioration à vie n'est pas établi. Invité à se prononcer sur ce rapport, le Dr Ex.P._____ a d'ailleurs confirmé ses conclusions dans un rapport du 6 mai 2019.

bb) Dans ces circonstances, il n'existe pas de droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité des suites des conséquences psychiques de l'accident.

c) aa) Pour ce qui concerne les aspects somatiques pertinents pour calculer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le recourant doit être suivi. L'intimée a retenu un taux de 60 % et ceci sans aucune

motivation. A la question de savoir s'il existe une atteinte à l'intégrité et le cas échéant quel est le pourcentage de l'atteinte, le Dr Ex.N._____ a énoncé qu'il convenait de se référer à la table 21 et que pour une atteinte de type ASIA D, l'indemnité était de 60 % (rapport du 5 juin 2015, p. 14, cf. aussi p. 17, ch. 17).

Le Dr G._____ n'a pas repris plus en avant ce chiffre dans ses différents avis. La question de la justification du taux est ensuite restée sans réponse de l'intimée, ceci malgré les demandes de l'intéressé (courriers du conseil du recourant à l'intimée des 17 septembre 2015, opposition du 4 novembre 2015). L'appréciation juridique de la décision sur opposition (pp. 89 à 93, ch. 6.3 à 8.3) ne permet pas de remédier à cette lacune de l'instruction dans la mesure où il s'agit d'une question de fait qui nécessite des renseignements médicaux circonstanciés. Il ne suffit pas davantage d'énoncer que le taux a été fixé « *en fonction des expertises* » (cf. duplique de l'intimée du 8 janvier 2020). Faute d'élément au dossier, il n'apparaît pas possible de comprendre et apprécier l'adéquation du taux retenu par l'intimée, apparemment sur la base de la table 21 de la CNA (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, Indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires) pour laquelle divers postes entrent en jeu.

bb) En l'espèce, il ressort du considérant qui précède que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire en ce qui concerne les aspects somatiques pertinents pour calculer le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. Le dossier ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour compléter l'instruction et notamment pour mettre en œuvre un complément d'expertise. C'est en effet à l'assureur 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 LPG). Dans le cadre du complément d'instruction, le recourant pourra faire valoir ses moyens et le cas échéant produire un avis de son médecin traitant comme il le requiert dans sa réplique du 7 décembre 2020.

12. 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). En l'occurrence, le dossier est complet. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux auditions requises par le recourant. S'agissant du rapport et de l'expertise requis en ce qui concerne le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, ils deviennent sans objet dès lors que la cause est renvoyée à l'intimée sur ce point (cf. consid. 11c/bb ci-dessus).

13. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis. La décision sur opposition du 21 août 2020 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 55 % du 1^{er} juin 2015 au 30 avril 2018 et de 65 % dès le 1^{er} mai 2018 ; elle est annulée en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 4'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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 mettre à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 21 août 2020 est réformée en ce qui concerne le droit à la rente. R._____ a droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 55 % du 1^{er} juin 2015 au 30 avril 2018 et de 65 % dès le 1^{er} mai 2018.
- III. La décision sur opposition du 21 août 2020 est annulée en ce qui concerne l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. La cause est renvoyée à A._____ SA pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- V. A._____ SA SA versera à R._____ une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille 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 Philippe Nordmann (pour le recourant),
- A._____ SA (intimée)
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :