

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 juin 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffier : M. Klay

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat  
à Lausanne,

et

**X.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 17 al. 1, 53 LPGA ; art. 10 al. 1, 18 al. 1, 20 al. 1, 21 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** G.\_\_\_\_\_ (ci-après également : l'assuré ou le recourant), né en [...], exerçait la profession de pharmacien. Le 20 février 2001, à A.\_\_\_\_\_ (VS), alors qu'il revenait vers son véhicule qui était parké dans une pente, ce dernier s'est mis fortuitement en mouvement. L'assuré est monté à l'intérieur de l'engin pour tenter de l'arrêter. Le véhicule est sorti de la chaussée et est tombé d'un mur d'une hauteur de 1 mètre 80, puis a roulé dans un talus. G.\_\_\_\_\_ a été éjecté, mais en poursuivant sa course, le véhicule l'a écrasé avant de s'immobiliser. L'assuré a subi une fracture en T du cotyle droit, une fracture bilatérale du sacrum, une fracture de l'omoplate droite, une fracture tassement du mur antérieur de L1 et une atteinte radiculaire de L5-S1 droite. Il a été amené en ambulance à l'Hôpital de [...]. Il est resté hospitalisé plusieurs mois. Malgré une bonne consolidation des fractures du bassin, après traitement conservateur et, pour la fracture du cotyle, réduction sanglante et ostéosynthèse, des douleurs importantes ont persisté après la sortie d'hôpital de l'assuré. Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

G.\_\_\_\_\_ était assuré contre les accidents par X.\_\_\_\_\_ SA (ci-après également : l'intimée). Cette dernière a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières. Le 1<sup>er</sup> mai 2002, l'assuré a également adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : OAI).

**b)** L'assurance-accidents a mandaté le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie à la Clinique V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_), pour qu'il fasse des propositions sur les éventuelles investigations médicales à réaliser, sur la suite du traitement et sur un éventuel séjour à la V.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 11 mars 2003, le Dr X.\_\_\_\_\_ a constaté une situation médicalement stabilisée, sans amélioration à attendre du traitement après deux ans d'évolution. La question de l'exigibilité devait être réglée par une expertise *lege artis*,

étant précisé qu'une reprise de l'activité de pharmacien à un taux initial minimal de 30 % était exigible depuis août 2002 déjà. Un séjour à la V. \_\_\_\_\_ ne paraissait pas utile. Sous la rubrique « Anamnèse actuelle », le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment présenté ce qui suit :

« M. G. \_\_\_\_\_ indique que son alitement, consécutivement à son traumatisme, a été de 13 semaines en tout. C'est à partir du mois d'octobre 2001 qu'il a été pris en charge par le Centre de la douleur de [...]. Depuis un an et demi, l'amélioration serait de 5 à, au maximum 10 %, en ce qui concerne l'intensité des douleurs. Aussi, progressivement, le patient a renoncé à une prise en charge médicale traditionnelle et il s'est adressé à des médecines parallèles. Actuellement, il tire un bénéfice momentané des séances d'acupuncture au rythme d'une fois toutes les trois semaines, d'ostéopathie une fois par mois et de chiatsu et d'eutonnie une fois par semaine.

Ses seuls traitements allopathiques consistent en Ponstan 500 mg entre 1 et 4 cps/jour auxquels il associe de l'Alucol et très occasionnellement en Tramal gouttes (3 - 4 gouttes, quelquefois chaque mois).

La douleur sacrée occupe le devant de la scène : le patient désigne la charnière lombo-sacrée et une ligne rejoignant le pli interfessier jusqu'au coccyx. Il parle "d'un string" douloureux, d'une compression linéaire, comme "un fil de fer barbelé". Sur un fond douloureux chronique se greffent des épisodes hyperalgiques, une sensation de pincement ou d'étau sacré. Il n'y a pas d'irradiation vers l'avant, en direction du périnée, pas plus que dans les membres inférieurs.

Cette douleur évolue avec un "bruit de fond" d'une intensité de 7 sur une échelle de 10, les pics hyperdouloureux allant jusqu'à 9,5 sur 10, plusieurs fois par jour. Plusieurs facteurs déclenchent les pics douloureux : les variations de la pression atmosphérique, les excès de sollicitations mécaniques, par exemple un kilomètre de nage ou les activités nécessitées par la garde de ses enfants trois jours par semaine.

[...]

Par ailleurs, le patient accuse des coups de fatigue importants, qu'il appelle des "comas", l'obligeant plusieurs fois par jour à se coucher, à un rythme de 2 à 4 fois en fonction de la durée des épisodes, qui varient d'une demi-heure à 4 heures. Le maintien d'une position assise est pénible. Il est toutefois venu pour la présente consultation en voiture, devant s'arrêter après une soixantaine de kilomètres.

Il continue d'utiliser les cannes anglaises, diminuant l'effet de poids sur le sacrum, augmentant ainsi son périmètre de marche, trouvant un appui lorsque la douleur survient en coup de poignard.

Accessoirement, le patient annonce des douleurs de l'omoplate droite, surtout lors des mouvements d'abduction forcée, des

douleurs lombaires hautes, de la face externe du grand trochanter. La douleur est également présente la nuit, occasionnant plusieurs réveils. »

Sous le titre « Appréciation », le Dr X. \_\_\_\_\_ a par ailleurs exposé ce qui suit :

« Les lésions dont [M. G. \_\_\_\_\_] a souffert sont les suivantes :

- Une fracture de l'apophyse transverse gauche de L5 a été traitée conservativement ; ce type de lésion n'a généralement aucun retentissement fonctionnel et doit être banalisé.
- Une fracture par enfoncement du plateau supérieur de L1 a également été traitée conservativement. Il faut relever que, comme le démontrent les clichés réalisés six semaines après le traumatisme, ni le mur postérieur, ni le mur antérieur n'ont été touchés ; ce type de fracture a généralement un bon pronostic de guérison ; elle n'occasionne aucune angulation de la colonne vertébrale.
- Une fracture de l'omoplate droite, avec un faible déplacement, est également à bon pronostic. Actuellement, la fonction de l'épaule droite doit être considérée comme tout à fait normale et l'on peut admettre que cette fracture ne laissera aucune séquelle.
- Une fracture du cotyle droit a été traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse à l'aide d'un davier de Weber et d'une plaque. Les clichés de contrôle montrent l'excellente réduction et la congruence tête-toit. La fonction de la hanche est actuellement excellente, la mobilité de la coxo-fémorale étant pratiquement symétrique. Du reste, M. G. \_\_\_\_\_ n'annonce pratiquement aucune plainte à ce niveau.
- Une fracture multifragmentaire du sacrum : du côté droit, il existe un trait de refend intéressant les trous sacrés. Il semble, selon les dires du patient, que l'atteinte des racines sacrées se serait traduite par une hypotonie du sphincter anal et par des troubles génitaux qui se sont secondairement corrigés. Plusieurs bilans neurologiques auraient été pratiqués avec, à deux reprises, une électromyographie. Sur la base du status actuel, on ne retient pas de trouble moteur ni réflexe. Pour une appréciation exhaustive, il faudrait disposer des rapports neurologiques et d'EMG [électromyogramme]. Les conséquences fonctionnelles d'éventuelles lésions neurologiques doivent toutefois actuellement être minimisées.

En définitive, on comprend au terme de l'examen clinique et des documents d'imagerie, qu'il existe un hiatus entre les constatations objectives d'une part, le retentissement douloureux et l'incapacité de travail d'autre part. Actuellement, cette incapacité repose essentiellement sur les troubles subjectifs. On sait toutefois que les fractures pelviennes peuvent, à long terme, comporter des douleurs rebelles dont l'origine précise reste hypothétique.

On doit relever qu'il s'agit d'un patient autonome, pouvant assumer la garde de ses enfants à mi-temps. Les thérapies traditionnelles, y

compris une prise en charge par un centre de la douleur, ont été mises en échec si bien que M. G.\_\_\_\_\_ s'est tourné vers des médecines parallèles (ostéopathie - acupuncture - eutonie, bientôt Tomatis), sans plus de succès.

[...] »

X.\_\_\_\_\_ SA a mandaté les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie au B.\_\_\_\_\_, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 16 décembre 2003, ces médecins ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'accident assuré avait provoqué un dommage permanent sous forme d'une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail. Ils ont précisé leur réponse en indiquant que les douleurs au niveau du bassin et du sacrum, prédominant à droite, de même qu'au niveau de l'épaule droite, secondaires à l'accident, étaient toujours présentes et persistantes depuis deux ans et demi, provoquant un dommage sous forme de diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail. Toujours selon les experts, « les douleurs [étaient] rapportées pour être limitatives dans les activités de la vie quotidienne et le travail n'a[vait] pas été repris ». Cependant, l'examen neurologique était rassurant, sans constat de déficience importante ni d'atteinte durable à l'intégrité. Au final, les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont proposé une reprise de l'activité de pharmacien précédemment exercée, à 30 %, avec un aménagement de la place de travail et en laissant à l'assuré la possibilité de s'allonger lorsque les douleurs en position assise ou debout étaient trop intenses. Sur le plan thérapeutique, ces médecins soutenaient la proposition du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, que l'assuré avait entre-temps consulté et qui suggérait une stimulation médullaire. Les experts ajoutaient qu'« un soutien psychologique dans le cadre de son syndrome douloureux » devait être proposé éventuellement par un psychiatre, avec si nécessaire un traitement antidépresseur.

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a tenté un traitement par stimulation médullaire, sans succès. Dans un rapport du 9 août 2004 à l'OAI, il a fait état d'une incapacité de travail totale de l'assuré en raison de douleurs neurogènes du bassin et des membres inférieurs.

Le 26 août 2004, les Drs S. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont répondu à un questionnaire que leur avait adressé le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR). Ils ont indiqué que leur estimation de l'incapacité de travail de l'assuré se fondait sur un examen clinique avec hyposensibilité de la face interne du pli interfessier droit de la région inguinale droite, de la face latérale du penis droit et au niveau de la face latérale de la partie médiane de la jambe et du pied droit, ainsi que la face latérale de la cuisse. Les examens complémentaires mettaient en évidence une atteinte du plexus lombaire, comme cela avait pu être mis en évidence dans un électroneuromyogramme (ENMG) le 29 octobre 2013. En outre, des examens radiologiques du bassin et de l'épaule droite, des 27 janvier, 20 mars et 28 août 2001, mettaient en évidence de multiples fractures notamment au niveau de L5 à gauche, de l'aileron sacré à gauche et du corps vertébral sacré ainsi que de l'omoplate à droite. L'examen ENMG démontrait une atteinte lombosacrée prédominant au niveau L5-S1 droite, mais en examinant en détail les résultats de cet examen, on retrouvait une atteinte plexuelle plus étendue affectant le plexus lombo-sacré dans son ensemble, comme on le retrouvait à l'examen clinique. Les douleurs neurogènes après une atteinte plexuelle étaient très variables selon les patients, mais pouvaient effectivement devenir chroniques, très invalidantes et résister au traitement, comme c'était le cas chez l'assuré.

Le 14 septembre 2004, la Dresse P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie, médecin au SMR, a émis des doutes sur le constat d'une atteinte du plexus lombaire. Le 22 septembre 2004, la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en pneumologie, également médecin au SMR, a partagé les mêmes doutes et a évoqué la discordance entre les plaintes et les constatations objectives mise en évidence par le Dr X. \_\_\_\_\_, ainsi que des épisodes de fatigue décrits par l'assuré comme des « comas ». Pour ces motifs, elle a recommandé une expertise psychiatrique. L'OAI a donc mandaté le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a établi un rapport d'expertise le 9 février 2005, dans lequel il a laissé en

suspens, dans un premier temps, le diagnostic éventuel de trouble somatoforme douloureux, en raison de l'absence d'unanimité des médecins somaticiens consultés jusqu'alors, les uns estimant que les plaintes douloureuses subjectives étaient disproportionnées par rapport aux lésions objectivables, ce qui laissait place à une éventuelle composante somatoforme, les autres considérant que les douleurs étaient explicables par un substrat organique neurogène. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a ensuite réfuté l'existence d'une autre atteinte à la santé psychique. Il a exposé que des facteurs psychologiques avaient pu contribuer provisoirement à aggraver les douleurs d'origine somatique, mais ne semblaient pas avoir joué un rôle primordial. Il n'a finalement pas constaté d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail, renonçant en particulier au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, estimant peu vraisemblable que les facteurs psychiques évoqués constituent encore la cause essentielle des douleurs.

L'OAI a également mandaté le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour la réalisation d'une expertise neurologique. Dans un rapport du 23 août 2005, celui-ci a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité de pharmacien, en raison des douleurs sacrées et à la hanche droite, d'origine neurogène et orthopédique. Sous appréciation du cas et pronostic, l'expert a notamment exposé ce qui suit :

« [..]

Dans mon expérience, le développement d'une hypersensibilité à la douleur est relativement plus fréquent après des lésions des dernières racines sacrées qu'après une atteinte des branches longues venant des racines S1 et L5. La lésion neurogène initiale est bien démontrée, partiellement récupérée sans que cela ne modifie l'intensité des douleurs. Il n'y a souvent pas de relation entre le développement d'une hyperpathie et la présence ou l'absence d'une récupération. Il me semble que la persistance de vives douleurs du sacrum avec une composante neurogène qui prédomine sur la ligne médiane de la hanche droite, après fracture du cotyle bien remise, fait partie d'un syndrome d'hypersensibilité à la douleur. Les divers termes utilisés correspondent à des conceptions pathogéniques d'âges différents. Actuellement, on estime que ces douleurs neurogènes sont dues à une potentialisation à long terme de récepteurs NMDA [acide N-méthyl-D-aspartique] sur des stimuli douloureux périphériques. Cette potentialisation rend prédominante la transmission de certains sous-types de récepteurs NMDA et entraîne un état douloureux chronique. Ici, l'atteinte neurogène et la

douleur au moins du sacrum ont pu contribuer au tableau actuel. L'association de ce tableau à des accès irrépessibles de sommeil diurne pose la question d'un autre trouble de la plasticité neuronale touchant d'autres circuits à la suite du traumatisme. On a en effet un peu de la peine à expliquer ces troubles qui ne sont pas d'origine médicamenteuse, qui ne semblent pas s'expliquer par une fatigabilité excessive provoquée par la douleur continue, et qui ne sont pas typiques d'une narcolepsie dans la mesure où la chute dans le sommeil n'est pas brutale. En conclusion, je partage l'opinion du médecin traitant depuis deux ans, le Dr J. \_\_\_\_\_, concernant la nature neurogène et orthopédique des douleurs, d'une part, l'incapacité de travail, d'autre part. »

Aux questions relatives à la capacité résiduelle de travail, l'expert a répondu comme suit :

« [...]

Le déplacement et la station debout sont limités par les douleurs sacrées et le besoin de décharger le bassin avec deux cannes anglaises. La position assise est possible, mais il faut souvent qu'il change l'appui du bassin sur le siège. Les activités manuelles sont possibles, mais elles entraînent facilement une douleur de l'omoplate droite à la mobilisation. Jusqu'à ce que l'on ait obtenu une réduction d'intensité des douleurs, je ne crois pas que l'on puisse exiger un travail à temps partiel dans son activité de pharmacien, ni proposer un recyclage dans un autre domaine.

[...] L'incapacité de travail de 100 % a débuté le 20.2.2001, elle est restée la même depuis lors. »

Ayant pris connaissance du rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_ SA lui a adressé un questionnaire complémentaire. Il y a répondu le 14 décembre 2005 en indiquant qu'une atténuation spontanée de douleurs neuropathiques présentes depuis cinq ans n'était pas statistiquement étayée. Il y avait des cas d'amélioration spontanée à assez long terme à la suite de modifications profondes soit exogènes (déménagement dans un autre pays, par exemple), soit surtout endogènes (apparition d'une autre maladie physique, pas forcément douloureuse elle-même). Dans le cas particulier, on ne savait pas si la réorganisation délétère de circuits neuronaux s'était déclenchée à l'entrée des fibres sensitives sacrées dans la moelle épinière, ou plus haut dans les circuits intracrâniens, ou encore à un étage puis à l'autre. Il n'y avait pas de critères permettant de prévoir une amélioration spontanée. Sur la composante orthopédique des douleurs, qui ne paraissait pas essentielle,

le Dr D.\_\_\_\_\_ estimait que la proposition du Dr J.\_\_\_\_\_ relative à la perfusion d'un anesthésique par cathéter péridural était la seule option qui n'avait pas encore été tentée. Un essai de d'un à deux jours pouvait être tenté avant la décision de relier le cathéter à une pompe sous-cutanée ou de le retirer. Cette proposition a été suivie, sans succès.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a encore répondu à un nouveau questionnaire complémentaire de l'assurance-accidents, le 31 janvier 2006, en proposant de constater un taux d'atteinte à l'intégrité de 30 %.

Par décisions des 23 décembre 2005 et 9 janvier 2006, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> février 2002. Il a considéré que l'intéressé présentait un taux d'invalidité de 70 %, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans son ancienne activité professionnelle. Il pouvait y exploiter au mieux sa capacité résiduelle de gain.

Pour sa part, X.\_\_\_\_\_ SA a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical avec effet dès le 31 janvier 2006. Elle a alloué une rente fondée sur un taux d'invalidité de 70 % dès le 1<sup>er</sup> février 2006 (décision du 27 janvier 2006), ainsi qu'une indemnité pour une atteinte à l'intégrité (IPAI) de 30 % (décision sur opposition du 11 janvier 2007). Parallèlement à ces prestations, X.\_\_\_\_\_ SA a alloué une prestation en capital d'un montant de 79'536 fr., en application d'un contrat d'assurance-accidents privée complémentaire. Ce montant correspondait à un taux d'invalidité médico-théorique dit « progressif » de 40 %, selon les conditions générales d'assurance applicables au contrat (lettre du 8 février 2006 à l'assuré).

**B.** G.\_\_\_\_\_ s'est également adressé à la Commune d'A.\_\_\_\_\_ pour lui demander le remboursement de son dommage, considérant que l'absence de barrière le long de la route communale, sur les lieux de l'accident, constituait un défaut d'ouvrage engageant sa responsabilité. Il a ouvert une procédure civile devant la Cour civile du Tribunal cantonal. Lors de cette procédure, le tribunal a mandaté le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste

en neurochirurgie, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 23 janvier 2009, ce dernier a constaté une incapacité de travail totale de l'assuré en raison des séquelles de l'accident subi en 2001. Il a notamment exposé, sous « Discussion » :

« La situation semble claire sur le plan diagnostique : status 8 ans après polytraumatisme du bassin, avec fracture en H du sacrum et atteinte lésionnelle des racines L5 à S3, prédominant du côté droit, ayant abouti à un syndrome de déafférentation grave.

L'autre volet des douleurs est en rapport avec les modifications de la statique lombo-sacro-pelvienne, restée perturbée malgré la consolidation des fractures. [...]

Par ailleurs, le soussigné ne peut que confirmer les notions avancées par le Dr D.\_\_\_\_\_ à savoir la mauvaise corrélation existant entre l'importance de l'atteinte neurologique et l'importance du syndrome douloureux de déafférentation. Cela concerne aussi une éventuelle récupération du déficit neurologique, ce dernier n'étant nullement garant d'une atténuation du déficit du syndrome de déafférentation. »

Dans ses réponses au questionnaire, le Dr N.\_\_\_\_\_ a ajouté, notamment :

« [...] Sont déterminants pour l'évaluation de l'état du demandeur, le syndrome douloureux de type déafférentation, qui est dû aux lésions radiculaires et du plexus lombo-sacré dans le cadre de la fracture du bassin [...].

Le rapport du 11.03.2003 par le Dr X.\_\_\_\_\_, [...], résume bien la situation, mais est porteur de certaines "imperfections" : selon la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin-chef du SMR de [...], le Dr X.\_\_\_\_\_ aurait trouvé « l'histoire trop fumeuse », en raison de la disparité entre les constatations objectives d'une part et le handicap subjectif d'autre part ([...]). Le Dr X.\_\_\_\_\_, auteur de ce rapport, admet toutefois que les fractures pelviennes peuvent comporter des douleurs rebelles dont l'origine précise reste hypothétique. La notion de corrélation peu fiable entre l'importance du syndrome douloureux de déafférentation et l'importance de l'atteinte neurologique ne lui est apparemment pas familière. »

La Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a rejeté la demande de G.\_\_\_\_\_ en considérant notamment que la Municipalité d'A.\_\_\_\_\_ n'encourait aucune responsabilité en raison de l'accident, ce dernier n'étant pas dû à un défaut d'ouvrage (jugement du 14 avril 2010). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours interjeté contre ce jugement (arrêt du 6 janvier 2011).

**C.** Au moment de l'accident de 2001, le véhicule accidenté faisait l'objet d'un contrat d'assurance accidents-occupant, auprès de L.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : L.\_\_\_\_\_). Ce contrat prévoyait, en faveur de l'occupant du véhicule, le versement d'un capital en cas d'invalidité à la suite d'un accident. G.\_\_\_\_\_ s'est adressé à L.\_\_\_\_\_ et a ouvert une action civile contre cet assureur, devant le Tribunal d'arrondissement de Lausanne. Le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a été désigné comme expert judiciaire. Dans un rapport du 29 décembre 2009, il a considéré que l'accident avait occasionné des lésions orthopédiques (fracture du bassin, notamment une lésion en H du sacrum, une fracture du cotyle droit traitée chirurgicalement, une fracture de la vertèbre L1, sans rupture du mur antérieur ou postérieur, ainsi qu'une fracture de l'omoplate droite). Ces lésions étaient aujourd'hui consolidées. Il était désormais difficile de distinguer, dans l'ensemble des plaintes douloureuses, les douleurs d'origine ostéo-ligamentaire et les lésions d'origine neurologique. L'expert constatait des signes objectifs de lésions radiculaires et tronculaires pluri-étagées sur l'ensemble du plexus lombosacré à droite. Avec une hypoesthésie dans le territoire inguinale gauche, on pouvait également évoquer une participation du plexus lombaire supérieur au niveau iléo-inguinal à gauche. Le patient présentait des douleurs et déficits neurologiques permanents, une limitation fonctionnelle particulièrement importante. L'atteinte pouvait être assimilée à un syndrome de la queue de cheval asymétrique. Globalement, en tenant également compte d'une hypersomnie et de troubles digestifs secondaires, le Dr Q.\_\_\_\_\_ estimait l'invalidité médico-théorique à 100 %.

Le 22 novembre 2011, le Tribunal d'arrondissement de Lausanne a alloué à l'assuré une prestation en capital correspondant à une atteinte à l'intégrité de 65 % selon les conditions générales applicables au contrat d'assurance. La Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a rejeté l'appel et l'appel joint formés contre ce jugement (arrêt du 17 décembre 2012).

**D.** Le 18 avril 2013, l'assuré, par son conseil, se référant à l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, a demandé à X.\_\_\_\_\_ SA de compléter le capital qu'elle lui avait alloué le 8 février 2006 au titre d'un contrat d'assurance privée complémentaire à l'assurance obligatoire des soins.

Le 30 mai 2013, X.\_\_\_\_\_ SA a répondu qu'en raison de « l'incertitude quant au caractère objectif ou subjectif des plaintes, incertitude qui subsistait malgré les nombreuses expertises », d'une part, et de « la possibilité que la symptomatologie douloureuse se soit estompée avec les années », d'autre part, elle entendait ordonner une nouvelle évaluation de la situation médicale, sous la forme d'une observation stationnaire à la V.\_\_\_\_\_.

Le 18 novembre 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur ce projet comme suit :

« [...]

Au terme de douze ans d'évolution, on voit donc que la spirale des prestations a été systématiquement "négative" pour l'assureur et, en corollaire, favorable au patient. D'une reprise possible du travail à 30 %, la situation de l'assuré a évolué vers une incapacité totale ; d'une absence d'atteinte à l'intégrité, on aboutit finalement à une IPAI de 100 %.

Je peux imaginer que, compte tenu des lésions de départ et en dépit d'un syndrome de désafférentation, on soit étonné du cours qu'ont pris les choses. De nombreuses critiques peuvent être émises sur les expertises médicales qui ont jusqu'ici été requises, mais je n'entrerai pas dans ce débat.

Actuellement, je ne vois pas qu'une observation ou une évaluation des capacités fonctionnelles puisse vous aider dans l'éclaircissement de ce cas. Au contraire, on peut présumer que le sujet procédera comme il l'a fait jusqu'ici, à savoir qu'il adoptera un comportement douloureux et s'auto-limitera dans toutes les tâches auxquelles il sera confronté. [...]

Comme j'ai déjà eu l'occasion de vous l'indiquer à plusieurs reprises, seule une expertise lege artis, pluridisciplinaire, comportant un volet neurologique, un volet orthopédique et un volet psychiatrique est susceptible de vous aider dans cette situation. [...] »

X.\_\_\_\_\_ SA a mandaté la Clinique C.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_ pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique,

neurologique, neuropsychologique et psychiatrique). A cette fin, l'assuré a été hospitalisé à F. \_\_\_\_\_ du 15 au 20 mars 2015. Le rapport de synthèse interdisciplinaire établi le 8 septembre 2015 expose que d'un point de vue neurologique, on pouvait présumer une lésion neuronale chez l'assuré, au niveau des racines de L5 jusqu'à S3 environ, du côté droit, toutefois sans destruction de ces structures neuronales. Les déficits de sensibilité chez l'intéressé dans la région périnéale, au niveau du scrotum et sur la face interne de la cuisse, à droite, étaient des séquelles de l'accident (peut-être également en lien avec l'intervention de stabilisation subie en mars 2001, qui s'était avérée nécessaire). La persistance de séquelles de l'accident dans la région uro-génitale ne pouvait être exclue. Toutefois, aucun handicap majeur lié à une incontinence (ou autre trouble de la miction), une constipation (ou autre trouble neurogène intestinal) ou un trouble sexuel n'était identifiable. Dans l'ensemble, on pouvait très probablement considérer qu'il s'agissait chez l'assuré de troubles durables de la sensibilité dans la région du bassin du fait des fractures subies. Sur le plan orthopédique, aucune séquelle du traumatisme n'expliquait l'important syndrome douloureux présenté par l'intéressé. Dans le même sens, d'un point de vue psychiatrique, l'assuré ne présentait aucune pathologie objectivable et l'existence d'une dépression ou d'un état de stress post-traumatique pouvait être exclue. Les douleurs ressenties par l'intéressé et l'épuisement dont il se plaignait étaient plutôt à mettre en rapport avec un spectre de troubles somatoformes (trouble somatoforme indifférencié), bien que les symptômes rapportés aillent bien au-delà de ce qui est caractéristique pour ce type de troubles. Les experts soulignaient qu'il leur paraissait incohérent que l'assuré décrive, d'une part un syndrome douloureux subjectivement invalidant, mais que d'autre part, toutes les tentatives de traitement antalgique aient échoué. Il en allait de même du fait que l'intéressé gérait son quotidien sans recourir régulièrement à des antalgiques (voire seulement rarement en fonction des besoins), mais qu'il ne se sentait pas en mesure de reprendre une activité à temps partiel à un poste adapté. Compte tenu du syndrome douloureux (subjectivement invalidant) décrit par l'assuré, il n'était pas imaginable qu'il puisse aller régulièrement nager ou qu'il se sente capable de conduire un véhicule en plein trafic. Les examens neuropsychologiques avaient donné des

résultats très inférieurs à la moyenne, voire largement inférieurs dans divers domaines fonctionnels, mais la validation standardisée des symptômes, menée en parallèle, avait révélé, selon toute probabilité, des signes de présentation inauthentique. Des résultats incohérents avaient également été signalés lors de la concertation interdisciplinaire, concernant l'évaluation ergothérapeutique et physiothérapeutique. Enfin, le comportement de l'assuré lors de chacun des deux entretiens psychiatriques allait bien au-delà des manifestations caractéristiques observées lors de troubles somatoformes. Les experts ont constaté une capacité de travail de 70 % dans l'activité de pharmacien précédemment exercée par l'intéressé, et de 100 % dans une activité moins exigeante intellectuellement. L'appréciation générale du comportement observé chez l'assuré laissait penser à une modification volontaire de sa part, suggérant qu'il pouvait sciemment maîtriser en grande partie son comportement. Il pouvait par conséquent utiliser ses ressources pour surmonter les conséquences fonctionnelles de ses symptômes.

Par décision du 9 mai 2016, X. \_\_\_\_\_ SA a informé l'assuré qu'elle l'estimait apte à reprendre son activité de pharmacien à 70 %. En substance, elle lui laissait encore un délai de quatre mois pour se préparer à reprendre une activité professionnelle, puis réduirait, dès le 31 août 2016, la rente complémentaire qui lui avait été allouée au titre de l'assurance-accidents obligatoire, pour tenir compte d'un taux d'invalidité de 30 %. Elle mettait par ailleurs fin, avec effet au 31 mars 2015, à la prise en charge des frais de traitement médical, hormis le remboursement des médicaments (antalgiques et protection gastrique). L'intéressé s'est opposé à cette décision, le 6 juin 2016.

Pour sa part, l'OAI a convoqué l'assuré pour un entretien avec son service de réadaptation professionnelle, le 12 mai 2016. A la suite de cet entretien, le service de réadaptation a proposé de constater un taux d'invalidité de 30 % compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 70 % dans l'ancienne activité professionnelle, en ouvrant une éventuelle mesure d'aide au placement si l'assuré manifestait la volonté d'en bénéficier (rapport final REA du 7 juin 2016). Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, l'OAI

a communiqué un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité. Le 6 octobre 2016, l'assuré a contesté ce projet de décision et a produit un rapport du 13 septembre 2016 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui indique que depuis le polytraumatisme sévère subi en 2001, la situation particulièrement algique de l'intéressé n'avait pas pu être contrôlée. Il présentait une douleur neuropathique sévère lombaire et des membres inférieurs, qui empêchait toute activité. La situation était toutefois devenue relativement stable jusqu'à un séjour à F.\_\_\_\_\_ en mars 2015, durant lequel la situation s'était décompensée à la suite des différentes demandes de travaux et de mobilisations de l'équipe de la Clinique C.\_\_\_\_\_. L'assuré allait nettement moins bien depuis lors, les douleurs étaient hors-contrôle et la thérapie médicamenteuse avait dû être modifiée. Il était tout à fait clair que l'intéressé était absolument inapte à une activité professionnelle. G.\_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 23 septembre 2016 du Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble douloureux somatoforme. Ce médecin attestait une incapacité de travail totale comme pharmacien, en raison de troubles de la concentration, de la fatigue, du besoin de repos et des conséquences des douleurs chroniques sur les capacités cognitives comme l'attention et la mémoire. L'assuré pouvait éventuellement donner quelques heures d'enseignement de biologie ou de pharmacie.

Par décision sur opposition du 21 mars 2017, X.\_\_\_\_\_ SA a maintenu, en substance, la réduction de la rente complémentaire de l'assurance-accidents obligatoire, avec effet dès le 31 août 2016, ainsi que la fin de la prise en charge des frais de traitement dès le 31 mars 2015.

Entre-temps, l'assuré a confié aux Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, un mandat d'expertise privée. Dans un rapport du 28 juillet 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté, sur le plan strictement orthopédique, une pleine capacité de travail dans l'activité de pharmacien. Il n'avait pas d'explication simple, claire et cohérente pour l'importance des plaintes douloureuses qui généraient un trouble

fonctionnel majeur. Ce médecin a souligné l'absence d'asymétrie de la musculature, voire presque une meilleure musculature à droite, ainsi que l'usure pratiquement symétrique des semelles des chaussures portées lors de l'expertise, qui ne paraissaient compatibles ni avec les plaintes, ni avec l'utilisation de cannes et une marche en décharge du côté droit depuis près de quinze ans. Pour sa part, le Dr R. \_\_\_\_\_ a souligné, dans son rapport du 26 juillet 2016, que la prise en charge des douleurs s'était avérée difficile et frustrante, toutes les mesures possibles ayant été épuisées, avec en particulier la prescription à bonne dose de médicaments spécifiques de la douleur neuropathique, des infiltrations, ainsi que des mesures invasives de type stimulation médullaire et administration intrathécale d'analgésiques. A la lecture du dossier, force était de constater que l'interprétation quant à l'origine de cette mauvaise évolution ne faisait pas l'unanimité. En mars 2003, le Dr X. \_\_\_\_\_ évoquait des incohérences et une mauvaise corrélation entre les éléments subjectifs et les constatations objectives. Tel était également l'avis des experts de F. \_\_\_\_\_. En revanche, une expertise neurologique avait été effectuée en décembre 2003 au B. \_\_\_\_\_ et en décembre 2009 par le Dr Q. \_\_\_\_\_. L'assuré avait également été vu par le Dr D. \_\_\_\_\_ en août 2005. Tous ces confrères avaient estimé que l'ensemble du tableau présenté par l'intéressé était d'origine neurologique somatique. Au terme de son propre examen clinique, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté un syndrome pluri-radiculaire lombo-sacré post-traumatique sur le plan sensitif, avec répercussions sphinctériennes et sur la fonction sexuelle, mais certainement majoré par une composante non organique. L'examen était parasité par un comportement douloureux majeur et d'origine manifestement non organique, et il était difficile de juger quelle était la part somatique de la composante douloureuse neurogène sous-jacente, appréciée par les experts de F. \_\_\_\_\_ comme légère à modérée. Le Dr R. \_\_\_\_\_ partageait, pour l'essentiel, cette appréciation et adhérait également au constat d'une incapacité de travail de 30 % en tant que pharmacien. Il estimait l'atteinte à l'intégrité à 25 %, correspondant à un hémisindrome de la queue de cheval. Ce médecin précisait notamment qu'au premier plan, le tableau semblait cohérent si l'on tenait compte des anomalies neuroradiologiques, de l'atteinte sensitive et objective, des

répercussions urogénitales. En revanche, l'intensité des douleurs et le comportement hyperalgique de l'assuré dépassaient très largement ce que l'on pouvait attendre des anomalies objectives. On avait de la peine à expliquer pourquoi celui-ci devait déambuler avec deux béquilles et pourquoi il existait une composante mécanique à la douleur, ce qui était atypique de la douleur neuropathique, alors que sur le plan ostéo-articulaire, l'évolution était tout à fait favorable.

**E.** Par acte du 4 mai 2017, G.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de Me Nordmann, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision sur opposition rendue le 21 mars 2017 par X.\_\_\_\_\_. SA. Il en demande l'annulation, sous suite de frais et dépens.

Le 7 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, sans frais ni dépens.

Les parties se sont encore déterminées les 14 septembre 2017 (recourant) et 2 novembre 2017 (intimée), sans modifier leurs conclusions.

Le 29 décembre 2017, l'intimée a transmis à la Cour de céans, comme objet de sa compétence, une lettre du 26 octobre 2017 que lui avait adressée la partie adverse en vue d'obtenir le versement des prestations au niveau antérieur à la décision sur opposition litigieuse, pendant la durée de la procédure. Invité à se déterminer, le recourant a requis, le 9 janvier 2018, une « prise de position » du juge instructeur sur la question de l'effet suspensif du recours.

Par ordonnance du 16 janvier 2018, le juge en charge de l'instruction de la cause a retiré l'effet suspensif du recours, renvoyant la décision sur les dépens à fin de cause. Le 18 mai 2018, il a informé les parties qu'il n'ordonnerait pas d'autre mesure d'instruction, sauf avis contraire de la Cour lorsqu'un projet d'arrêt lui aurait été soumis. Un jugement serait rendu, selon son estimation, dans un délai de deux mois.

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

**1.** Le recours a été interjeté dans le délai légal (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]), par le destinataire de la décision litigieuse, devant le tribunal compétent *ratione loci* (art. 58 al. 1 LPGA) et *ratione materiae* (art. 56 al. 1 et 57 LPGA ; art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il remplit les exigences de formes prévues, notamment, par l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit à la prise en charge du traitement médical par l'intimée, pour la période postérieure au 31 mars 2015, ainsi que sur le droit du recourant à une rente complémentaire de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 août 2016. Sur ce dernier point, le litige porte essentiellement sur le montant du droit à la rente, plus particulièrement sur le taux d'invalidité de de l'intéressé, l'intimée ayant admis de poursuivre le versement d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 30 %.

**3. a)** Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), 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. La rente d'invalidité s'élève à 80 % du gain assuré, en cas d'invalidité totale ; si l'invalidité n'est que partielle, la rente est diminuée en conséquence (art. 20 al. 1 LAA).

**b)** Une fois la rente allouée par une décision entrée en force, le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (art. 19 al. 2 LAA). La décision peut toutefois être également modifiée si elle était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable (reconsidération ; art. 53 al. 2 LPGA), ou si des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve, qui ne pouvaient être produits auparavant, sont découverts (révision

procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). Enfin, le droit à la rente peut être revu si les circonstances déterminantes se sont modifiées depuis la décision d'octroi de la prestation (révision « ordinaire »). L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit ainsi que 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.

En l'espèce, l'intimée a fondé sa décision de diminution relative à la rente sur l'art. 17 al. 1 LPGA. Elle ne soutient pas, à juste titre au vu du dossier, notamment des expertises sur lesquelles elle s'était fondée à l'époque, que la décision initiale d'octroi de la rente serait manifestement mal fondée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, ni qu'elle aurait découvert des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

**4. a)** Une modification notable du taux d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, peut notamment survenir si l'état de santé de la personne assurée s'améliore et permet désormais une plus grande capacité de travail et de gain. Une simple appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé ne permet en revanche pas une révision du droit à la rente. En particulier, un nouveau diagnostic ou le fait qu'un diagnostic n'est plus posé au terme d'un nouvel examen médical, ou encore que des limitations fonctionnelles constatées seraient moins étendues - ou plus étendues - que précédemment admis, ne constituent des motifs de révision que s'ils traduisent une réelle modification de l'état de santé, et non une simple divergence d'appréciation des nouveaux médecins consultés par rapport à ceux qui s'étaient déterminés précédemment (cf. TF 9C\_414/2016 du 7 décembre 2016 consid. 5.2 ; TF 9C\_418/2010 du 29 août 2011 consid. 4).

**b)** Pour l'application de l'art. 17 al. 1 LPGA, le point de savoir si un 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

reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et les circonstances régnant à l'époque du prononcé de l'assureur social au terme de la procédure de révision, d'autre part (ATF 133 V 108 ; TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

**5. a)** La rente dont le recourant est titulaire lui a été allouée par décision du 27 janvier 2006. A l'époque, l'intéressé présentait une hypersensibilité à la douleur et des accès irrépessibles de sommeil, qu'il évoquait en mentionnant des épisodes de « coma ». Les douleurs étaient prédominantes à droite, touchaient notamment le bassin et le sacrum (comme un « string douloureux ») ainsi que l'épaule droite. L'assuré n'avait pas repris son activité professionnelle de pharmacien et avait abandonné les sports qu'il pratiquait avant l'accident, hormis la natation, à laquelle il s'adonnait deux à trois fois par semaine en parcourant 500 mètres. Les médecins avaient des avis partagés sur l'origine des symptômes et sur leur influence sur la capacité résiduelle de travail. Mandaté par l'intimée, le Dr X.\_\_\_\_\_ avait clairement exprimé ses doutes, en soulignant un hiatus entre les constatations objectives, d'une part, et le retentissement douloureux et l'incapacité de travail alléguée par le recourant, d'autre part. L'incapacité de travail reposait essentiellement sur les troubles subjectifs. Le Dr X.\_\_\_\_\_ réservait d'éventuels examens neurologiques pour une appréciation exhaustive relative aux conséquences neurologiques de la fracture du sacrum. Il soulignait néanmoins que les conséquences fonctionnelles d'éventuelles lésions neurologiques devaient être minimisées. Il soulignait également que l'intéressé était autonome et pouvait assumer la garde de ses enfants à mi-temps. Il indiquait que les thérapies traditionnelles avaient été mises en échec, que l'assuré y avait progressivement renoncé et qu'il s'était tourné vers des médecines parallèles (ostéopathie, acupuncture, eutonie), sans plus de succès. Le Dr X.\_\_\_\_\_ observait que les seuls traitements allopathiques consistaient en Ponstan 500 mg, entre 1 et 4 cps/jour, de l'Alucol et très occasionnellement du Tramal gouttes (rapport du 11 mars 2003). On est frappé, à la lecture de ce rapport, par la similitude des

plaintes décrites par l'assuré au Dr X.\_\_\_\_\_, et aux médecins de F.\_\_\_\_\_, ainsi que par la similitude d'analyse entre ce médecin et ceux de la clinique de F.\_\_\_\_\_, sur le rapport desquels l'intimée a fondé sa décision. Comme le Dr X.\_\_\_\_\_, les médecins de F.\_\_\_\_\_ ont souligné le hiatus entre les constatations objectives et les douleurs exprimées, ainsi que l'incapacité de travail alléguée, le fait que l'intéressé ne recourait plus, ou pratiquement plus, à la médication allopathique traditionnelle, le fait qu'il était en mesure de pratiquer la natation deux à trois fois par semaine sur 500 mètres et le fait qu'il pouvait assumer la garde de ses enfants. L'appréciation diagnostique ainsi que celle relative à la capacité de travail du recourant ne repose ainsi pas, de ce point de vue, sur des faits nouveaux par rapport à la situation prévalant à l'époque de l'octroi de la rente.

**b)** Par la suite, l'intimée a confié une expertise neurologique aux Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_. Ces derniers ont constaté que l'examen neurologique était rassurant, sans constat de déficience importante ni d'atteinte durable à l'intégrité. Ils ont suggéré un soutien psychologique dans le cadre d'un syndrome douloureux et ont proposé une reprise du travail à 30 % dans l'activité de pharmacien (rapport du 16 décembre 2003). Dans un rapport complémentaire, les Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont indiqué que leur appréciation de la capacité résiduelle de travail se fondait sur un examen clinique permettant de constater une hyposensibilité au niveau sacrum, sur des examens mettant en évidence une atteinte du plexus lombaire et, notamment, une atteinte du plexus lombosacrée. Les douleurs neurogènes après une atteinte plexuelle étaient très variables selon les patients, mais pouvaient effectivement devenir chroniques, très invalidantes et résister au traitement, comme chez l'assuré (rapport du 26 août 2004). Les constatations des médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_ ne divergent guère de celles des Drs S.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ quant aux atteintes objectivement constatées. Seule leur appréciation des répercussions fonctionnelles de ces atteintes sont fondamentalement différentes, sans qu'elles reposent sur des faits nouveaux par rapports à ceux qui prévalaient à l'époque de la décision du 27 janvier 2006.

**c) aa)** A l'instar des médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_, les Dresses P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, médecins au SMR, ont émis de sérieux doutes sur les limitations fonctionnelles réelles, eu égard à la discordance entre les plaintes douloureuses et les épisodes de « coma » décrits par l'assuré, d'une part, et les constatations objectives, d'autre part. L'OAI a donc mandaté le Dr T.\_\_\_\_\_ en vue d'établir la situation sur le plan psychiatrique. Ce médecin a évoqué un éventuel trouble somatoforme douloureux, mais n'a finalement pas posé ce diagnostic, estimant qu'il était peu probable que les facteurs psychologiques, qui pouvaient avoir contribué pendant un certain temps à aggraver les douleurs somatiques, jouent encore un rôle essentiel quatre ans après l'accident. L'absence de cause organique au syndrome douloureux n'était par ailleurs pas franchement établie, certains médecins étant d'avis que les douleurs étaient explicables par un substrat organique neurogène. A la suite de cette expertise, l'OAI a mandaté le Dr D.\_\_\_\_\_ pour une expertise neurologique. Ce médecin a constaté, avec effet sur la capacité de travail, une hypersensibilité à la douleur, d'une part du sacrum après atteinte des trous de conjugaison du côté droit et fracture transverse du cotyle droit, d'autre part sur atteinte radiculo-plexuelle sacrée droite traumatique, ainsi qu'un accès irrépessible de sommeil diurne profond, quotidien, d'origine indéterminée. Il a constaté, sans répercussion sur la capacité de travail, des séquelles modérément douloureuses de fracture de l'omoplate droite, une légère douleur du corps de L1 après tassement de son plateau supérieur, un status après fracture de l'apophyse épineuse transverse de L5, des séquelles de lésions post-traumatiques des nerfs génito-fémoral, ilio-inguinal et fémoro-cutané à droite, des séquelles sensitives du dermatome L5 droit, une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane droite luxée vers le bas, au contact de la gain radiculaire S1 un peu refoulée, probablement asymptotique. En bref, le Dr D.\_\_\_\_\_ attribuait l'incapacité de travail totale qu'il constatait à une hypersensibilité à la douleur à la suite de l'atteinte des dernières racines sacrées. La lésion neurogène initiale était bien démontrée, partiellement récupérée, sans que cela ne modifie l'intensité des douleurs. Il n'y avait souvent pas de relation entre le développement d'une hyperpathie et la

présence ou l'absence d'une récupération. Les douleurs neurogènes étaient dues à « une potentialisation à long terme de récepteurs NMDA sur des stimuli douloureux périphériques [...], entraînant un état douloureux chronique ». L'association de ce tableau à des accès irrépessibles de sommeil posait la question d'un autre trouble de la plasticité neuronale touchant d'autres circuits à la suite du traumatisme.

**bb)** L'OAI a suivi, dans une large mesure, l'avis des Drs T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, fixant toutefois à 30 % la capacité résiduelle de travail dans l'activité habituelle de pharmacien, eu égard également à l'avis exprimé par le Dr X.\_\_\_\_\_. L'intimée s'est ralliée à l'évaluation de l'invalidité par l'OAI. On constate, au vu de ce qui précède, que la question d'un éventuel trouble somatoforme douloureux s'est posée à l'époque, car plusieurs médecins (Drs X.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_, M.\_\_\_\_\_) avaient de forts doutes sur l'origine organique ou neurologique des plaintes de l'assuré, ainsi que sur l'intensité des douleurs et l'incapacité de travail alléguée par l'intéressé. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a toutefois renoncé à poser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, notamment parce que l'origine somatique des plaintes n'était pas exclue. Pour sa part, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que le syndrome douloureux chronique était bien réel et découlait de l'atteinte neurologique initialement subie, en précisant qu'il n'y avait souvent pas de corrélation entre une hyperpathie causée par une atteinte des racines sacrées et la présence ou l'absence de récupération de l'atteinte neurologique initiale. L'expertise des médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_, sur laquelle se fonde l'intimée, fait état pour sa part d'un trouble somatoforme douloureux et ne retient, sur le plan neurologique, qu'un syndrome douloureux d'origine neuropathique léger à modéré au maximum, lié à des lésions essentiellement des nerfs périphériques au niveau du bassin. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique C.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_, discute expressément le diagnostic d'hypersensibilité, ou d'hyperpathie après une lésion des racines nerveuses sacrées, mais ne l'estime pas fondé en l'absence de déficience neurologique clinique reproductible et objectivable. Il en conclut que l'appréciation de la capacité de travail du recourant par le Dr D.\_\_\_\_\_ reposait essentiellement sur la description

de ses douleurs par l'assuré, non sur la constatation de lésions objectivables.

**cc)** Les avis des Drs T.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, d'une part, et ceux des médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_, d'autre part, ne sont pas dépourvus de cohérence. Les premiers estiment que les douleurs exprimées par le recourant sont d'origine neurogène, ce qui conduisait logiquement à renoncer au diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Les seconds estiment, au contraire, que les douleurs ne sont pas d'origine neurogène, ou ne le sont que dans une mesure très limitée, sans rapport avec les plaintes de l'assuré, et ont posé un diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Contrairement à ce que soutient l'intimée, ce diagnostic ne constitue en aucun cas un fait nouveau qui pourrait justifier une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Il traduit uniquement une différence d'appréciation diagnostique de faits demeurés inchangés. Le Dr KW.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique C.\_\_\_\_\_ de F.\_\_\_\_\_, souligne expressément (p. 39 du rapport d'expertise psychiatrique de F.\_\_\_\_\_) que le Dr T.\_\_\_\_\_ avait à l'époque décrit « pratiquement les mêmes symptômes qu'actuellement » ; l'expert psychiatre de F.\_\_\_\_\_ estime toutefois que l'analyse de son confrère reposait sur une citation erronée des critères diagnostics relatifs au trouble somatoforme douloureux. Pour sa part, l'expert neurologue de F.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_, a clairement manifesté qu'il contestait l'appréciation faite à l'époque par le Dr D.\_\_\_\_\_ sur l'origine neurogène de douleurs, qui ne reposait pas, d'après lui, sur le constat de lésions objectivables. Il a d'ailleurs réfuté (p. 56 de l'expertise neurologique de F.\_\_\_\_\_) l'hypothèse d'une lésion de racines nerveuses qui expliquerait l'apparition de douleurs dans la région lombo-sacrée et dans la jambe droite chez le recourant à la fin de l'année 2003. Il a également exprimé des critiques sur les appréciations émises ultérieurement par les Drs N.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, qui pour l'essentiel confirmaient la persistance d'une incapacité de travail totale en raison de douleurs d'origine neuropathique, fin 2008 et fin 2009. Il a ainsi exposé que le Dr N.\_\_\_\_\_ proposait « une invalidité à 100 % en se fondant sur les symptômes indiqués par l'assuré (et justifiés seulement

pour une moindre partie par des séquelles organiques de l'accident) ». Il a également fait observer que selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, les douleurs du recourant pouvaient être « provoquées par un cisaillement des racines sacrées lors de la fracture du sacrum », ce qui ne constituait qu'une « hypothèse d'un point de vue neurologique, alors même qu'aucun élément ne prouv[ait] le cisaillement ni aucune autre lésion importante des racines sacrées ».

**dd)** Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que les constatations des médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_, sur lesquelles l'intimée fonde sa décision de révision de rente, ne portent pas sur des faits nouveaux, à savoir une amélioration réelle de l'état de santé de l'assuré ou de sa capacité de travail, mais ne traduisent qu'une différence d'appréciation diagnostique ainsi qu'une divergence d'appréciation de l'intensité des douleurs et de leur répercussion sur la capacité de travail du recourant, par rapport à celle posée à l'époque par les Drs S.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ (puis, postérieurement à la décision de rente, par les Drs N.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, il ne s'agit pas de procéder à une comparaison des mérites respectifs de ces expertises, ni d'apprécier laquelle aurait le plus de valeur probante. Une décision a été rendue sur la base des pièces médicales au dossier à l'époque. Comme on l'a vu, l'intimée ne soutient pas, à juste titre, que cette décision serait manifestement erronée. Il convient donc de s'y tenir en l'absence de modification notable des circonstances depuis lors. Dans ce contexte, on soulignera que les expertises des Drs R.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ ne permettent pas davantage de constater une modification des circonstances qui expliquerait leur appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assuré, par rapport à la situation admise à l'époque de l'octroi de la rente. L'intimée admet elle-même que ces expertises ne diffèrent de celle des médecins de F.\_\_\_\_\_ que sur « des points de détails ». On peut d'ailleurs se référer, dans ce contexte, à l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_, qui pose clairement le constat d'une divergence d'appréciation médicale relative à l'origine des douleurs entre, d'une part, le Dr X.\_\_\_\_\_ et les médecins de F.\_\_\_\_\_ (on peut y ajouter les Desses P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ) et, d'autre part, les

Drs D.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ (on peut y ajouter les Drs S.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_).

Il s'ensuit que le recours doit être admis en tant qu'il porte sur la révision du droit à la rente, les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étant pas remplies. La question, soulevée par le recourant, de savoir si une telle révision aurait pu être entreprise sans mesure de réadaptation, compte tenu du fait qu'il est âgé de plus de 55 ans et titulaire d'une rente depuis plus de quinze ans, peut demeurer ouverte.

**6.** L'assuré demande la condamnation de l'intimée à prendre en charge les frais de traitement médical, postérieurement au 31 mars 2015, en particulier les frais de traitement psychiatrique et les frais d'ostéothérapie.

**a)** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien. Selon l'art. 21 al. 1 LAA, après qu'une rente a été allouée, l'assuré a encore droit à la prise en charge du traitement s'il souffre d'une maladie professionnelle (let. a), s'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que les mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b), s'il a besoin de manière durable de traitements ou de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c), ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

**b)** En l'espèce, aucun traitement médical ne permettrait d'améliorer notablement l'état de santé du recourant. La question est de savoir si un traitement empêcherait une notable détérioration de cet état de santé au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA.

**aa)** Dans la décision du 9 mai 2016, confirmée par la décision sur opposition du 21 mars 2017, l'intimée a expressément admis de poursuivre la prise en charge des médicaments antalgiques et de protection gastrique postérieurement au 31 mars 2015, de sorte que cette question n'est pas litigieuse. On admettra, dans ce contexte, que l'intimée doit également prendre en charge les consultations auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, au Centre de la douleur de la Clinique [...], qui permettent de vérifier l'adéquation du traitement et de prescrire les médicaments nécessaires, à raison d'une à deux séances par an. Au moment de l'expertise à F.\_\_\_\_\_, les séances étaient annuelles.

**bb)** Le recourant participe depuis de nombreuses années à des séances de groupe, initialement mises en place par le Dr W.\_\_\_\_\_, à un rythme d'une séance toutes les deux semaines. Ces séances sont associées à quelques consultations annuelles et ont pour but de permettre à l'assuré de gérer ses douleurs chroniques, ainsi que de faire face à un état de stress post-traumatique diagnostiqué par le Dr W.\_\_\_\_\_. Depuis le 3 février, ce suivi est assuré par le cabinet de psychothérapie du [...]. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a pas été posé par le Dr T.\_\_\_\_\_, mais uniquement par le Dr W.\_\_\_\_\_, très tardivement, soit en 2009. Il est réfuté par les médecins de la clinique de F.\_\_\_\_\_. Les rapports du Dr W.\_\_\_\_\_ sont, sur ce point, trop sommaires pour l'établir en dépit des avis contraires émis par les experts. On ne peut donc pas admettre le traitement de cette atteinte à la santé. Il n'en reste pas moins que le recourant souffre depuis des années de douleurs chroniques d'origine neurogène, selon plusieurs experts, d'origine psychique pour une partie tout au moins (trouble somatoforme), selon les experts de la clinique de F.\_\_\_\_\_. Un suivi psychothérapeutique sous forme de séances de groupe, associées à quatre séances individuelles par année au maximum, constitue donc une mesure thérapeutique à même d'éviter une péjoration supplémentaire de l'état de santé de l'intéressé. Les experts de la clinique de F.\_\_\_\_\_, en particulier le Dr KW.\_\_\_\_\_, ne soutiennent pas le contraire, dans la mesure où ils ne se prononcent pas expressément

sur ce traitement. Une modification proposée par le psychiatre traitant devra faire, cas échéant, l'objet d'une nouvelle évaluation par l'intimée.

**cc)** Le recourant demande encore la prise en charge d'un traitement par ostéopathie. Le 27 février 2012, l'intimée a refusé de prendre en charge ce traitement au motif qu'il ne s'agissait pas d'un traitement scientifiquement reconnu à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, ni à la charge de l'assurance-accidents obligatoire. Elle a renvoyé, sur ce point, à l'art. 69 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) ainsi qu'aux art. 44 et 46 à 54 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Dans la mesure où l'assuré demande à nouveau la condamnation de l'intimée à cette prestation, il se heurte à l'autorité de chose décidée, la décision sur opposition du 27 février 2012 étant entrée en force. Cette décision était au demeurant correcte au vu des dispositions citées. Sur ce point, le recours est mal fondé.

**7.** Les conclusions du recourant sont, pour l'essentiel, admises. L'intéressé peut donc prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA). Au vu de l'ampleur de la cause, mais également du fait que le mandataire du recourant suit le dossier de longue date et qu'il le connaissait donc parfaitement avant même le début de la procédure, les dépens sont fixés à 3800 francs. La procédure ne donne pas lieu à des frais de justice (art. 61 let. a LPGA).

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

**I.** Le recours est partiellement admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 21 mars 2017 par X.\_\_\_\_\_ SA est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente.
  
- III. En tant qu'elle porte sur le traitement médical, la décision sur opposition rendue le 21 mars 2017 est réformée en ce sens que X.\_\_\_\_\_ SA prendra en charge le traitement médical de G.\_\_\_\_\_ dans la mesure mentionnée aux consid. 6b/aa et 6b/bb.
  
- IV. X.\_\_\_\_\_ SA versera à G.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 3'800 francs (trois mille huit cents francs).
  
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

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),
- X.\_\_\_\_\_ SA,
- 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 :