

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 515 vom 7. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2018\\_\\_515](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__515)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 515 du 7 juin 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2018 / 515 del 7 giugno 2018

## Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, RENTE D'INVALIDITÉ, FRAIS DE TRAITEMENT, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, APPRÉCIATION DES PREUVES, CHOSE JUGÉE | 10 al. 1 LAA, 18 al. 1 LAA, 20 LAA, 21 al. 1 LAA, 17 al. 1 LPGA, 53 LPGA

## Erwägungen

### E. 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.

### E. 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 %.

### E. 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.

#### **E. 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).

#### **E. 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 irrépressibles 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, eutonnie), 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 Desses 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 irrésistible 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 asymptomatique. 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 irrépressibles 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 pouv[ai]t 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.

## E. 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.

#### **E. 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.