

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mai 2014

---

Présidence de M. MERZ  
Juges : Mmes Thalmann et Berberat  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Georges Reymond,  
avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

---

**Art. 17 al. 1, 51 et 53 al. 1 et 2 LPGA**

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

**A.** Arrivé en Suisse en 1984, F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant espagnol, né en 1961, est au bénéfice d'un permis d'établissement (C). Marié et père de deux enfants adultes, il travaillait depuis 1996 en tant que façadier, respectivement maçon-isoleur, puis chef d'équipe, au service de la société X.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, l'assureur, la caisse ou l'intimée).

Le 30 août 2005, l'employeur de F.\_\_\_\_\_ a transmis à la CNA une déclaration d'accident, annonçant que celui-ci avait été victime d'une chute sur un chantier en date du 26 août 2005. L'accident était décrit en ces termes :

« A glissé sur le panneau de l'échafaudage et est tombé en arrière sur l'encadrement de la porte du bâtiment ».

L'assuré a présenté une contusion lombaire avec une fracture de l'apophyse transverse droite de L1 et de L2. La CNA a pris le cas en charge, en versant les prestations correspondantes (frais de traitement et indemnités journalières).

A la suite de son examen du 21 novembre 2005, le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr W.\_\_\_\_\_, a suggéré un séjour de l'intéressé à la Clinique N.\_\_\_\_\_ si le traitement de physiothérapie que l'assuré était sur le point de débiter ne donnait pas rapidement le résultat escompté.

Du 17 janvier 2006 au 1<sup>er</sup> mars 2006, l'assuré a séjourné une première fois à la Clinique N.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 10 mars 2006, les Drs P.\_\_\_\_\_, chef de service, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation et FMH en rhumatologie, et J.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC (S) PRIMAIRE(S) :**

Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1)

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES :**

Lombalgies chroniques (M 54.5)

Arthrose lombaire (M 47.8)

Fracture des apophyses transverses de L1 et L2 le 26 août 2005 (T 91.1) »

Constatant une évolution objectivement favorable (augmentation nette des performances), ils ont estimé qu'une reprise de l'activité professionnelle dans un premier temps à 50% à la demi-journée était envisageable dès le 6 mars 2006. Ce taux était sujet à réévaluation.

Se plaignant de douleurs persistantes, l'assuré a effectué, sur proposition du Dr W.\_\_\_\_\_, du 7 août 2006, un second séjour à la Clinique N.\_\_\_\_\_, du 25 octobre 2006 au 5 décembre 2006. En lieu et place des lombalgies chroniques diagnostiquées précédemment, les Drs P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont retenu dans leur rapport du 12 janvier 2007 des douleurs chroniques de la fesse droite (M 54.88) et, à titre de co-morbidités, des vertiges d'origine indéterminée (R 42) ainsi qu'une dysurie (R 30.0). Sous l'intitulé « appréciation et discussion », ils ont notamment écrit ce qui suit :

« (...)

Selon le consilium psychiatrique, il n'y a pas de trouble psychique atteignant un seuil diagnostique. Actuellement, il n'y a aucune plainte du registre dépressif et psychiatrique en général, raison pour laquelle, nous arrêtons progressivement la médication de Citalopram.

(...)

En résumé, M. F.\_\_\_\_\_ présente des douleurs musculosquelettiques non lésionnelles de la fesse droite depuis plusieurs mois, avec, selon lui, une aggravation au cours des derniers mois. Le handicap fonctionnel pour les AVQ [activités de la vie quotidienne, réd.] apprécié par le questionnaire Oswestry est, de manière surprenante, très élevé (score 50%). On note une augmentation du handicap annoncé par rapport au dernier séjour pour la position assise prolongée, debout prolongée, les activités sociales et la vie sexuelle. Les douleurs actuelles ont une origine non lésionnelle et sont sans rapport avec les fractures des apophyses

transverses droites L1 et L2 qui avaient été diagnostiquées en août 2005 et étaient consolidées par le scanner de février 2006. D'ailleurs, le patient note une disparition des douleurs à ce niveau. Une maladie inflammatoire, des irradiations radiculaires, et un processus évolutif local ont été exclus.

(...)

Du point de vue professionnel, M. F. \_\_\_\_\_ est maçon-isoleur sans CFC. D'un point de vue médical, compte tenu de la reproductibilité du trouble annoncé, de la bonne collaboration du patient aux thérapies et des aptitudes fonctionnelles faibles mesurées, l'incapacité de travail dans la profession actuelle est de 50%, de longue durée. Un changement d'activité professionnelle est nécessaire, étant donné que le poste de travail actuel comprend des tâches qui ne sont plus exigibles médicalement (port de charges lourdes, travail dans des postures difficiles sur échafaudages par exemple). Dans une activité professionnelle légère, avec ponctuellement des ports de charges allant jusqu'à 20 kg dans de bonnes conditions ergonomiques, ce patient a une capacité de travail totale. Si la symptomatologie des vertiges venait à persister, cela impliquerait des risques lorsque le patient monte sur des échafaudages. Ceci serait donc une limitation supplémentaire. Au poste de travail aménagé par l'employeur avant l'hospitalisation, il restait des contraintes physiques importantes, notamment pour décharger la camionnette sur les chantiers. Dorénavant, le patient aura plutôt un rôle dans la supervision ».

De ce qui précède, les médecins prénommés ont conclu à une incapacité de travail de longue durée de 50% dans la profession de maçon-isoleur, dès le 7 décembre 2006.

Le 20 février 2007, le médecin d'arrondissement, Dr W. \_\_\_\_\_, a procédé à l'examen médical final de l'assuré et a exprimé en ces termes son appréciation du cas :

« Actuellement, le patient dit qu'il n'y a pas de changement. Il se plaint toujours amèrement de douleurs dans la fesse droite, irradiant dans le membre inférieur droit qu'il essaie de soulager en serrant fortement la région douloureuse, au point qu'il a même présenté un hématome. Il aurait aussi des douleurs nocturnes qui le réveillent. Sa femme, qui l'accompagne, ajoute qu'il ne peut pas continuer à vivre comme cela (...).

Objectivement, la musculature paravertébrale est très développée, un peu tendue mais non douloureuse à la palpation. La mobilité est bien récupérée. La mobilisation s'effectue harmonieusement avec de légères douleurs dans la fesse droite en fin d'amplitude. La manœuvre de Lasègue entraînerait également des douleurs dans la fesse droite, en fin de course. Il n'y a pas de déficit neurologique aux membres inférieurs.

Au total, l'examen clinique est peu contributif et le patient ne semble pas avoir de limitation fonctionnelle notable.

Au vu des investigations réalisées à la Clinique N. \_\_\_\_\_ et des conclusions qui ont été tirées, la responsabilité de la Suva ne saurait être engagée plus avant et il convient de clore le cas.

Le patient et sa femme en sont informés.

Ils ne peuvent se rallier à cette appréciation, invoquant le principe "post hoc, ergo propter hoc" ».

**B.** Par acte du 27 février 2007 intitulé « décision », expédié en pli recommandé à l'assurance de protection juridique de l'assuré (B. \_\_\_\_\_ SA), qui agissait en tant que mandataire, la CNA a fait savoir ce qui suit :

« Nous nous permettons de revenir à l'accident professionnel du 26 août 2005 dont a été victime notre assuré susmentionné à la suite duquel nous avons alloué nos pleines prestations d'assurance accidents.

Compte tenu du cours de la guérison, nous avons réexaminé la question de l'obligation de verser des prestations à l'attention de M. F. \_\_\_\_\_.

Selon la loi et la jurisprudence, la Suva peut allouer les prestations aussi longtemps qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il n'y a plus de séquelles accidentelles.

Or, selon l'appréciation par notre médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistent aujourd'hui ne sont plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident nous occupant.

Au vu de la situation en fait et en droit, nous devons, pour les suites de l'accident, clore ce cas avec effet au 11 mars 2007 et mettre fin aux prestations d'assurance (indemnité journalière et frais de traitement).

A compter de cette date, l'incapacité de travail et le traitement médical de M. F. \_\_\_\_\_ ne sont donc plus à la charge de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie, que nous informons en lui transmettant une copie de la présente.

La présente décision passera en force si elle n'est pas attaquée par voie d'opposition dans les 30 jours à compter de sa notification. (... ) »

En date du 6 mars 2007, l'assurance-maladie de l'assuré, M. \_\_\_\_\_, a formé opposition contre cette décision. Elle l'a retirée par pli du 16 mars 2007.

L'assuré n'a lui-même pas interjeté d'opposition contre cette décision.

**C.** Le 21 janvier 2010, B. \_\_\_\_\_ SA s'est adressée à la CNA pour lui demander de « bien vouloir rouvrir le dossier de M. F. \_\_\_\_\_ ». Elle a expliqué qu'une procédure était en cours devant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) en raison d'une incapacité totale de travail de l'assuré imputable, selon elle, à l'accident du 26 août 2005, lequel serait également à l'origine des problèmes de santé qu'il rencontrerait.

En réponse à cette lettre, la CNA a rappelé le 27 janvier 2010 qu'une décision formelle de fin de prestations lui avait été notifiée le 27 février 2007 contre laquelle il n'avait pas formé opposition, si bien que cette décision était entrée en force. En conséquence, la CNA refusait de rouvrir le dossier.

Le 29 janvier 2010, B. \_\_\_\_\_ SA a précisé qu'elle n'entendait pas remettre en question la décision rendue le 27 février 2007. Elle sollicitait uniquement une réouverture du dossier en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et priait dès lors la CNA de bien vouloir prendre contact avec le médecin traitant de l'assuré, le Dr C. \_\_\_\_\_.

Par lettre du 10 février 2010, la CNA a opposé une fin de non-recevoir à la requête. Au vu du contenu de sa décision du 27 février 2007, à laquelle elle se référait, elle a déclaré qu'il ne lui appartenait pas de prendre position sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré, de sorte qu'elle ne demanderait aucun rapport médical complémentaire.

Désormais représenté par Me Georges Reymond, l'assuré a demandé à la CNA, par lettre du 8 juillet 2010, qu'elle lui transmette une copie de son dossier, ce qu'elle a fait en date du 13 juillet 2010.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2010, il s'est une nouvelle fois adressé à la CNA, en alléguant une péjoration de son état de santé imputable à l'accident du 26 août 2005, lequel serait aussi à l'origine de son incapacité totale de travail, ce que le Dr C. \_\_\_\_\_ serait d'après lui en mesure de confirmer.

Faisant suite à cette missive, la CNA a répondu en date du 8 décembre 2010 que l'instruction était close, que la décision du 27 février 2007 était entrée en force et qu'elle ne contacterait donc pas le Dr C. \_\_\_\_\_. Elle a joint à sa lettre une copie de son pli du 10 février 2010 à B. \_\_\_\_\_ SA.

**D.** Le 16 juin 2011, l'office AI a fait parvenir à la CNA une copie de son projet de décision daté du même jour. Celui-ci se rapportait à une demande de prestations du 11 juillet 2006 et comportait les constatations suivantes :

« Depuis le 26 août 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon les renseignements en notre possession, vous travaillez en qualité de chef de chantier chez X. \_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> mars 1996.

En date du 26 août 2005, vous avez été victime d'un accident sur le lieu de votre activité professionnelle. Vous avez fait une chute depuis un échafaudage, vous heurtant le bas du dos contre une porte. A la suite de cet accident, vous avez présenté une incapacité de travail complète. Dès le 6 mars 2006, vous avez pu reprendre votre activité pour un taux de 50% moyennant quelques aménagements de votre poste de travail.

Vous avez séjourné à la Clinique N. \_\_\_\_\_ du 25 octobre au 5 décembre 2006. A la fin du séjour, il est confirmé que du point de vue médical, votre capacité de travail en qualité de maçon isoleur est raisonnablement exigible à raison d'un taux de 50%. A la suite de ce séjour, vous avez été convoqué à la SUVA par le médecin d'arrondissement en vue d'un examen médical final qui s'est déroulé le 7 août 2006 [recte : 20 février 2007].

Il ressort de cet examen que des mesures professionnelles peuvent être mises en place du fait que dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100% à compter du jour de l'examen en question. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de travail dans des postures difficiles sur des échafaudages.

Nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 26 août 2006, vous présentez un degré d'invalidité de 50%, qui vous donne droit à une demi-rente.

Votre capacité de travail étant exigible à 100% dans une activité adaptée à compter du 7 décembre 2006 [sic], nous avons mandaté notre service de réadaptation en vue d'une orientation professionnelle.

Au cours des entretiens avec notre service de réadaptation, vous avez affirmé que vous n'étiez pas en mesure de travailler à plus de 50%, même dans un emploi adapté. Nous avons donc complété l'instruction médicale de votre dossier et l'avons également transmis au Service Médical Régional AI (SMR) pour déterminer s'il y avait des modifications quant au taux de votre capacité de travail dans une activité adaptée. Selon le SMR, qui s'est prononcé le 8 juillet 2008, le statut clinique est superposable à celui de 2007 et maintient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Au cours du dernier entretien avec notre conseiller en vue de vous octroyer des mesures professionnelles, vous contestez ce taux d'activité de 100% dans un emploi adapté. Vous estimez être à votre maximum à 50%. Vos douleurs vous empêchent de travailler à plus de 50%, voire vous former quelle que soit l'activité. Par conséquent, nous allons déterminer votre revenu d'invalidé par une approche théorique.

Au vu du calcul ci-dessous, votre préjudice économique (34%) est important et aurait pu être réduit par des mesures professionnelles notamment chez votre employeur actuel.

Votre préjudice économique découle du calcul suivant :

[Suit le considérant-type expliquant sur la base de la jurisprudence fédérale à quelles conditions il peut être fait appel aux données statistiques pour déterminer le revenu d'invalidé.]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'732.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1 ; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'933.11 (CHF 4'732.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 59'197.32.

[Suit le considérant-type relatif à la faculté de réduire le revenu d'invalidé en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré.]

Compte tenu des limitations fonctionnelles dues à votre atteinte à la santé, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 53'277.59.

**Comparaison des revenus :**

Sans invalidité	CHF	80'925.00		
Avec invalidité	CHF	53'277.60		
La perte de gain s'élève à	CHF	27'647.40	=	un degré

d'invalidité de 34.16%

Au vu de ce qui précède, à partir du 26 août 2006, soit après le délai d'attente d'une année, le droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50% est reconnu jusqu'au 31 mars 2007, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI, susmentionné.

En effet, par la suite, votre degré d'invalidité étant inférieur à 40% (préjudice économique de 34%), le droit à la rente n'est plus ouvert.

Suite à votre contestation du 13 octobre 2008 à l'encontre de notre projet d'acceptation de rente limitée dans le temps du 4 septembre 2008 [annulé et remplacé par le projet de décision du 16 juin 2011, réd.], nous avons complété l'instruction médicale de votre dossier, notamment en effectuant deux expertises psychiatriques [la première auprès de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ (Dresse V. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique), qui a donné lieu à un rapport du 11 juin 2010 et la seconde auprès du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 27 mai 2011, réd.].

Il ressort, effectivement, de cette instruction complémentaire que votre état de santé s'est aggravé à partir d'avril 2009 et que depuis cette date, vous présentez une incapacité de travail et de gain de 50%, en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

S'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, il y aurait eu lieu d'introduire un nouveau délai d'attente d'une année.

Toutefois, et au vu de votre préjudice économique de 34%, nous avons procédé à une invalidité moyenne sur une année. Votre degré d'invalidité atteint ainsi en moyenne 40% **en août 2009**, ce qui vous ouvre le droit à un quart de rente. Celui-ci est remplacé par une demi-rente à partir du **1<sup>er</sup> novembre 2009**, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 2, RAI, précité.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Vous avez droit à :

- une demi-rente (50%) du 26 août 2006 au 31 mars 2007
- **un quart de rente (40%) du 1<sup>er</sup> août 2009 au 31 octobre 2009**
- **une demi-rente (50%) dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009** »

**E.** Le 8 février 2012, le conseil de l'assuré a écrit une nouvelle lettre à la CNA, dans laquelle il a répété que l'état de son mandant s'était

péjoré depuis la décision rendue au mois de février 2007. Pour étayer son propos, il a produit les trois rapports médicaux suivants :

Daté du 30 octobre 2009 et dû à la plume du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et médecin traitant, le premier de ces documents (destiné à B.\_\_\_\_ SA) contenait un résumé de l'opération subie par l'assuré en date du 2 octobre 2009. Il s'agissait de mettre en place une électrode chirurgicale de stimulation médullaire au travers d'une mini-laminectomie au niveau L2-L3. Cette intervention a été qualifiée de particulièrement longue et difficile. La deuxième pièce, datée du 26 février 2010, faisait suite à un contrôle effectué un mois plus tôt et avait été rédigée à l'intention de l'office AI par le Dr C.\_\_\_\_\_. Celui-ci y relevait que sitôt après l'accident de 2005, l'assuré avait présenté des irradiations le long du segment L5 et que ces douleurs, de caractère neuropathique, persistaient de façon inchangée et étaient accompagnées de crampes. Dans la jambe, les douleurs avaient une intensité atteignant jusqu'à 7/10, les lombalgies variant entre 3/10 et 8-9/10. L'assuré avait remarqué une diminution de sa force dans le membre inférieur droit, se manifestant par exemple lorsqu'il montait des escaliers. Diagnostiquant un traumatisme du cône médullaire, radiculopathie L5 droite depuis le 26 août 2005, le Dr C.\_\_\_\_\_ considérait que l'assuré était « absolument incapable de fournir un travail tant physique qu'intellectuel à cause de l'ampleur des douleurs provoquées par la radiculopathie dans son membre inférieur droit ». Il estimait toutefois que, par un rétablissement de la stimulation médullaire en vue d'obtenir une couverture du territoire douloureux appropriée, les restrictions à la capacité de travail pourraient être réduites.

Enfin, du troisième rapport daté du 19 janvier 2012 signé par la Prof. R.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital G.\_\_\_\_\_, ainsi que par T.\_\_\_\_\_, spécialiste FSP en neuropsychologie, et A.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, il ressort que l'assuré ne travaillait plus depuis 2008 en raison de douleurs et de troubles cognitifs consécutifs à l'accident du 26 août 2005. S'agissant des antécédents médicaux, il était retenu ce qui suit :

« Accident de la voie publique avec traumatisme crânio-cérébral et fractures des apophyses transverses de L1 à L2 traitées conservativement en 2005. Mise en place d'un stimulateur lombaire en raison de lombalgies persistantes en 2009. Quatre opérations de repositionnement de l'électrode épidurale entre 2009 et 2010. Traumatisme crânio-cérébral sur crise convulsive tonico-clonique généralisée le 17 juin 2011. **Angio-CT cérébral du 18 juin 2011** : hématome sous-dural de la faux du cerveau. Hémorragie sous-arachnoïdienne pariéto-occipitale gauche. Contusions hémorragiques temporo-polaire et basi-frontale gauches avec œdème périlésionnel. Petite collection juxtadurale au regard de la contusion hémorragique temporo-polaire gauche compatible en premier lieu avec un petit hématome sous-dural. Fracture temporo-pariétale droite et fracture transverse du rocher droit. **Bilan neuropsychologique des 21 et 22 juin 2011** : légères perturbations du langage oral et écrit, difficultés au calcul mental, troubles modérés de la mémoire à court terme et de la mémoire antérograde verbales, dysfonction exécutive, ralentissement psychomoteur et troubles attentionnels modérés chez un patient évoquant des modifications du comportement et de l'humeur ».

Le rapport se concluait en ces termes :

« Le bilan neuropsychologique de ce patient gaucher contrarié de 50 ans, présentant une thymie abaissée et d'importantes douleurs, met en évidence, comparativement au bilan des 21 et 22 juin 2011, la persistance de troubles modérés de mémoire antérograde verbale, d'un ralentissement psychomoteur, de difficultés attentionnelles et d'une fatigabilité intellectuelle. On note en revanche une amélioration de la symptomatologie cognitive sur le plan des fonctions exécutives (avec toutefois la persistance de difficultés de programmation gestuelle), de la mémoire à court terme verbale, du langage oral (persiste un manque du mot en expression spontanée) et du calcul.

**DC : trouble de mémoire épisodique verbale, fléchissement exécutif, manque du mot en expression spontanée, ralentissement psychomoteur, difficultés attentionnelles, fatigabilité intellectuelle. Thymie abaissée. AVP avec TCC en 2005. TCC sur crise convulsive tonico-clonique généralisée le 18 juin 2011 ».**

L'assuré ayant été victime d'un nouvel accident au mois de juin 2011, son conseil demandait à la CNA de réétudier le cas en vue de prendre position sur une éventuelle prise en charge ainsi que sur le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Se référant aux avis exprimés par le Dr C. \_\_\_\_\_ et par la Prof. R. \_\_\_\_\_, il faisait valoir que l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs actuelles de l'intéressé et l'accident subi en 2005 étaient désormais clairement établies.

Par lettre du 27 février 2012, la CNA a une nouvelle fois renvoyé à sa décision du 27 février 2007. De plus, elle s'est référée à ses courriers des 27 janvier, 10 février et 8 décembre 2010. Au sujet de ces derniers, elle a émis les considérations suivantes :

« Ce faisant, la Suva a rendu des décisions informelles en tout cas les 10 février 2010 et 8 décembre 2010. Il est incontestable qu'il n'y a pas eu de réaction face à cette dernière décision informelle du 8 décembre 2010 dans un délai raisonnable (cf. arrêt du TF 8C\_14/2011 du 13 avril 2011). Cette décision est par conséquent entrée en force. Cela précisé, s'agissant de votre requête faite par courrier du 8 février 2012, nous considérons qu'il s'agit d'une demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. La révision procédurale des décisions n'est admise que dans les délais prévus aux art. 67 al. 1 et 2 PA (...).

Votre demande est hors délai et nous n'entrons pas en matière.

Une décision susceptible d'être l'objet d'une opposition sera rendue ultérieurement si vous le souhaitez ».

Le 28 février 2012, l'assuré a demandé à la CNA de rendre une décision susceptible de faire l'objet d'une opposition.

Le 8 mars 2012, la CNA a rendu une décision formelle, dont les termes et la motivation correspondent à sa missive du 27 février précédent.

**F.** En date du 3 avril 2012, l'assuré a formé opposition contre cette décision dont il a demandé l'annulation, après quoi, la cause devrait être renvoyée à la CNA pour nouvelle décision ensuite du réexamen par cette dernière de la situation de l'assuré. Pour l'essentiel, celui-ci a fait valoir qu'il avait réagi dans un délai raisonnable aux décisions informelles rendues par la CNA et qu'en outre sa prétendue requête de révision n'était nullement tardive. Il a annexé un bordereau de pièces, au nombre desquelles figuraient, outre des pièces déjà versées au dossier administratif, le rapport d'expertise psychiatrique de l'Hôpital K. \_\_\_\_\_ du 11 juin 2010 et celui du 27 mai 2011 du Dr D. \_\_\_\_\_. Ce dernier avait diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11), tandis que la Dresse V. \_\_\_\_\_ avait retenu un épisode dépressif

sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2), tous deux existant depuis avril 2009 et affectant la capacité de travail de l'assuré.

Par décision sur opposition du 20 juillet 2012, la CNA a rejeté l'opposition « dans le sens des considérants ». Après un rappel des dispositions légales et de la jurisprudence topiques, elle a considéré ce qui suit :

« En l'espèce, il convient de constater d'emblée que la Suva a rendu des décisions informelles en tout cas les 10 février 2010 et 8 décembre 2010 adressées à l'assuré par l'entremise de ses mandataires professionnels successifs, constat étant fait en particulier le 10 février 2010 qu'au terme de l'examen du 20 février 2007 par le médecin-conseil celui-ci avait considéré que les séquelles accidentelles étaient parfaitement guéries et que la responsabilité de la Suva ne saurait plus être engagée, les troubles subsistant n'étant plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident subi. Il est incontestable qu'il n'y a pas eu de réaction face à ces décisions informelles, pas même suite à la dernière décision informelle en date du 8 décembre 2010, cela dans un délai raisonnable. (...) Cette décision du 8 décembre 2010 est par conséquent entrée en force.

La requête faite par courrier du 8 février 2012 doit être considérée comme une demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGa. La révision procédurale des décisions n'est admise que dans les délais prévus aux art. 67 al. 1 et 2 PA. (...)

La demande de révision procédurale formulée le 8 février 2012 n'apporte pas d'éléments médicaux nouveaux et, en particulier, l'opinion du Dr C. \_\_\_\_\_ est à nouveau soumise à la Suva, comme cela avait été le cas en janvier 2010 par l'entremise de B. \_\_\_\_\_ SA. La Suva n'a pas à entrer en matière, à intervalles réguliers, sur des demandes de révision alléguant les mêmes griefs. Si l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ devait, par extraordinaire, être considéré comme un motif de révision, il est patent que le délai de 90 jours dès la découverte du motif de révision n'a pas été respecté. La demande est donc tardive et ne peut pas être examinée quant au fond.

Par surabondance de droit et s'il fallait entrer en matière sur la demande de révision, force est de constater que les rapports médicaux produits à la Suva par Maître Reymond dans le cadre de la requête du 8 février 2012, outre celui du Dr C. \_\_\_\_\_, mais aussi celui du service de neuropsychologie de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_, n'ont pas présenté des faits nouveaux ou des nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation différente, mais ont tout au plus relaté des faits connus pour en tirer simplement des conclusions nouvelles. Or, cela ne permet aucunement de réviser une décision entrée en force au sens de la jurisprudence citée, comme le voudrait l'opposant. Les nouveaux rapports médicaux invoqués à l'appui de la demande (neurochirurgie de l'Hôpital G. \_\_\_\_\_ et/ou Dr C. \_\_\_\_\_) ne servent pas à l'établissement de

faits qui se seraient produits jusqu'au moment où (décision initiale du 27 février 2007 entrée en force sans même dépôt d'une opposition) des allégations de fait étaient encore recevables. Ils donnent seulement une appréciation différente de celle qui a été retenue par la Suva à l'époque. La demande de révision doit dès lors de toute façon être rejetée.

Finalement, pour l'événement accidentel allégué en juin 2011, l'assuré n'est clairement pas au bénéfice d'une couverture d'assurance par la Suva ».

**G.** F. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision par acte du 14 septembre 2012 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En premier lieu, le recourant critique le fait que l'intimée aurait traité sa requête du 8 février 2012 comme une demande de révision. Il s'agirait tout au plus d'une demande de reconsidération. Par ailleurs, les indemnités journalières devraient être versées jusqu'à ce qu'un assuré ait retrouvé sa pleine capacité de travail ou jusqu'à ce qu'il touche une rente d'invalidité. Or, lorsque l'intimée avait décidé de ne pas rouvrir le dossier, il était toujours dans l'expectative d'une rente de l'assurance-invalidité et en incapacité totale de travail. Le recourant affirme aussi avoir prouvé le lien de causalité entre ses douleurs et l'accident de 2005 par des expertises médicales et des rapports médicaux. Pour le reste, il conteste que les réponses considérées par l'intimée comme des décisions informelles puissent lui être opposées. Elles ne renvoyaient qu'à la première décision du 27 février 2007, ne contenaient pas de nouvelle motivation, ne faisaient pas usage du terme de décision et n'indiquaient ni les voies de droit ni les délais.

Dans sa réponse du 17 décembre 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours. Pour l'essentiel, elle rappelle que la décision du 27 février 2007 est entrée en force, faute d'avoir été contestée par le recourant. De plus, quoi qu'en dise ce dernier, elle aurait bien pris position – certes de manière informelle – sur le sort à donner à sa requête de réouverture et relève que le recourant n'a jamais requis qu'une décision formelle lui soit adressée. En tout état de cause, un délai de quatorze mois pour manifester son désaccord ne saurait être considéré comme un délai

raisonnable, si bien que la décision informelle de l'intimée serait ainsi entrée en force. Relevant que l'assureur peut procéder d'office ou sur demande à la révision d'une décision entrée en force, l'intimée argue que la demande du recourant n'a pas à être examinée au fond, étant donné son caractère tardif au regard du délai de 90 jours prévu par l'article 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative. Si tel devait cependant être le cas, les conditions matérielles d'une révision ne seraient pas davantage réalisées, faute d'éléments de faits nouveaux et importants. Au surplus, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité ne lie pas l'assureur-accidents.

Par réplique du 18 avril 2013, le recourant répète que la requête du 8 février 2012 ne constitue pas une demande de révision, mais tend bien plutôt à la reconsidération de la décision du 27 février 2007, laquelle serait manifestement erronée puisqu'elle se fonderait sur un rapport médical contredit par le dernier examen subi par le recourant. Dès lors, peu importe que les décisions informelles soient entrées en force puisque la reconsidération permet de revenir en tout temps sur des décisions passées en force. Il a maintenu ses conclusions.

Dupliquant le 24 juin 2013, l'intimée prend acte que les requêtes adressées par l'assuré (21 et 29 janvier 2010, 1<sup>er</sup> décembre 2010 et 8 février 2012) doivent être considérées comme des demandes de reconsidération. Elle observe que l'assureur dispose à cet égard d'un pouvoir discrétionnaire, l'assuré ne pouvant exiger de ce dernier qu'il reconsidère sa décision. Un refus d'entrer en matière sur une telle demande est donc légitime. Se référant ensuite à la jurisprudence fédérale, l'intimée souligne que même s'il subsistait un doute raisonnable sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies, une appréciation médicale ultérieure ne suffisant pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision rendue en février 2007. Quoi qu'il en soit, celle-ci indiquait correctement les voies de droit ouvertes au recourant, lequel n'en a alors pas fait usage. Il ne saurait à présent se prévaloir de l'institution de la reconsidération pour tenter, à répétées reprises, de remettre en cause

une décision entrée en force, à peine de contrevenir au principe de la sécurité du droit. En conséquence, l'intimée a maintenu l'intégralité de ses conclusions.

Le recourant s'est exprimé une dernière fois par écriture du 28 août 2013. Prenant position sur les arguments développés par l'intimée dans sa duplique, il déclare en substance que les séquelles qu'il présente ont été découvertes à l'occasion d'une intervention chirurgicale et qu'elles sont suffisamment importantes pour fonder une demande de reconsidération. En outre, même si elles ont été mises en évidence après l'écoulement du délai de recours de 30 jours, elles ont immédiatement été annoncées à l'intimée en vue d'une réouverture du dossier. Le recourant a confirmé ses conclusions.

Le 29 août 2013, un exemplaire de ces déterminations a été transmis pour information à la partie intimée, qui n'a pas réagi.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit

être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01] ; art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

**c)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) –, devant le tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** In casu, il est constant que la décision rendue le 27 février 2007 par la CNA est entrée en force, faute d'avoir fait l'objet d'une opposition de la part de l'assuré. Dans la mesure où ce dernier fait valoir une aggravation de son état de santé après cette date, se pose la question de la portée juridique attachée aux courriers envoyés en 2010 par l'intimée aux représentants successifs du recourant. En d'autres termes, il importe de déterminer si le refus de rouvrir le dossier communiqué par « décision informelle », notamment du 8 décembre 2010, par l'intimée au recourant est entré en force, faute de contestation de sa part en temps utile.

**a)** En matière d'assurance-accidents, celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre.

**b)** En l'occurrence, par courrier simple du 8 décembre 2010, l'assureur-accidents a indiqué au conseil de l'assuré qu'il n'entendait pas contacter le Dr C.\_\_\_\_\_, dès lors que, selon les conclusions de son

médecin-conseil, les séquelles accidentelles étaient parfaitement guéries et que sa responsabilité n'était plus engagée. Il s'est référé à cet égard à sa décision du 27 février 2007 ainsi qu'à sa lettre du 10 février 2010 au précédent conseil de l'assuré. Ce n'est que le 8 février 2012 que Me Reymond s'est réadressé à l'intimée pour l'informer que son mandant avait été victime d'un nouvel accident au mois de juin 2011 et qu'il convenait dès lors qu'elle se prononce sur une éventuelle prise en charge, voire sur le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il a aussi réaffirmé que l'état de santé de son mandant s'était péjoré et que les pièces médicales produites attestaient l'existence d'un lien de causalité entre les douleurs présentées alors et l'accident de 2005. Il s'est par conséquent écoulé un délai de quatorze mois entre le refus d'entrer en matière sur une réouverture du dossier communiqué par l'assureur-accidents le 8 décembre 2010 selon une procédure simplifiée et le désaccord exprimé le 8 février 2012 par le recourant contre ce mode de procéder. La réaction de ce dernier est ainsi largement tardive à l'aune du délai d'examen et de réflexion convenable défini par la jurisprudence (cf. consid. 2a supra). Considérant que le courrier simple de refus adressé le 8 décembre 2010 par l'intimée l'a été en conformité avec l'art. 51 al. 1 LPGA (sur la notion d'injonctions importantes, cf. notamment TF 8C\_377/2009 du 18 février 2010 consid. 4.2 et la référence), il s'ensuit qu'elle est entrée en force, en l'absence de contestation de la part du recourant à son encontre dans le délai utile. Peu importe au demeurant que la lettre du 8 décembre 2010 n'ait pas comporté l'indication des voies de droit ou que la motivation développée par l'intimée ait été succincte. La jurisprudence résumée ci-avant vise précisément ce type d'actes ; que la motivation y figurant soit correcte ou non n'y change rien. Au reste, la question de savoir si l'application de cette jurisprudence exige une motivation peut en l'espèce demeurer indéterminée, puisque la lettre du 8 décembre 2010 explicite les motifs à l'appui du refus de l'intimée d'entrer en matière sur la requête du recourant.

**3.** Cela étant, le recourant fait valoir une aggravation de son état de santé sur le plan somatique et sur le plan psychique. Il allègue que la décision rendue par l'intimée le 27 février 2007 est manifestement

erronée, puisque le dernier examen médical subi s'oppose aux conclusions du rapport de son médecin d'arrondissement sur lequel se fonde dite décision. Se pose dès lors la question de savoir si les conditions d'une reconsidération sont en l'occurrence réalisées.

Au regard des critères posés par la jurisprudence (cf. en particulier ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références), il y a lieu de constater que l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de l'assuré. En effet, elle n'a pas examiné si les conditions d'une reconsidération étaient remplies. Au contraire, elle a simplement informé l'assuré de son refus d'entrer en matière sur sa requête. Dans la mesure où l'administration ne peut être contrainte d'entrer en matière sur une telle demande, ce refus ne peut faire l'objet d'un contrôle en justice. L'autorité de céans ne saurait donc se prononcer sur ce grief.

**4.** Il convient en revanche de déterminer si les moyens du recourant constituent un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, singulièrement de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA de la décision (informelle) de refus du 8 décembre 2010.

**a)** En vertu de l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). 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 (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372;

387 consid. 1b p. 390). 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 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss ; TF 9C\_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

**b)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, relatif à la révision dite procédurale, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision entreprise et à conduire à une décision différente en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 ; TF 9C\_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2 ; cf. pour la distinction entre la révision selon l'art. 53 al. 1 LPGA et celle selon l'art. 17 LPGA aussi Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd. 2009, n. 4 ad art. 17 LPGA).

**c)** Est en l'occurrence déterminante pour apprécier l'existence d'un motif de révision, ou de révision procédurale, non pas la date de la décision (formelle) rendue le 27 février 2007, mais celle de la décision (informelle) du 8 décembre 2010, vu qu'elle est entrée en force et qu'elle portait sur la question de savoir si des éléments constatés jusqu'à cette dernière date - ou du moins jusqu'à la date de la nouvelle demande de l'assuré du 1<sup>er</sup> décembre 2010 - devaient être pris en considération.

**5. a)** S'agissant des affections psychiques, il convient de relever que celles-ci étaient connues à tout le moins dès 2009. En effet, chacune des deux expertises psychiatriques mises en œuvre par l'office AI fait état d'un épisode dépressif existant depuis le mois d'avril 2009. En outre, l'expertise réalisée à l'Hôpital K.\_\_\_\_\_ a débouché sur la rédaction d'un rapport daté du 11 juin 2010. De ce qui précède, il appert que les problèmes psychologiques du recourant étaient connus à la date du 8 décembre 2010. Il en va d'ailleurs de même des pathologies mises en évidence par le Dr C.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 30 octobre 2009 et 26 février 2010. Dans la mesure où ces différents troubles sont apparus antérieurement au 8 décembre 2010 (date de la dernière décision entrée en force), respectivement avaient déjà fait l'objet d'investigations sur le plan médical à ce moment-là, ils ne sauraient constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Une révision procédurale n'entre pas non plus en ligne de compte. En effet, dès lors que ces affections étaient connues du recourant dans le cadre de la procédure (principale) ayant conduit à la décision (informelle) du 8 décembre 2010, elles ne sauraient constituer des faits nouveaux, conformément au texte de l'art. 53 al. 1 LPGA.

**b)** Dans sa requête du 8 février 2012, le recourant mentionne avoir été victime d'un nouvel accident en date du 17 juin 2011. D'après le rapport de la Prof. R.\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2012, celui-ci aurait subi un traumatisme crânio-cérébral sur crise convulsive tonico-clonique généralisée. Outre diverses lésions à la tête (hématome sous-dural de la faux du cerveau, hémorragie sous-arachnoïdienne pariéto-occipitale gauche, contusions hémorragiques temporo-polaire et basi-frontale gauches avec œdème périlésionnel notamment), cet événement aurait entraîné des difficultés d'ordre neuropsychologique, tels que des troubles de la mémoire, des difficultés attentionnelles ainsi qu'une fatigabilité intellectuelle. Selon le recourant, il existerait un lien de causalité entre ses douleurs actuelles et l'accident du mois d'août 2005. C'est pourquoi, il demande à la CNA de prendre position sur une éventuelle prise en charge ainsi que sur le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dès lors que l'événement accidentel s'est produit après la décision (informelle) du 8 décembre 2010, se pose la question de l'existence d'un motif de révision. Dans la mesure où cet événement est postérieur à ladite date, il n'y a pas de motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA (cf. consid. 4b supra). Dans ce contexte, on ne saurait reprocher au recourant de ne pas avoir fait valoir ce motif dans le délai de 90 jours prévu à l'art. 67 al. 1 et 2 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA (cf. TF U 454/06 du 11 avril 2007 consid. 4.1 et les références).

En revanche, on ne peut exclure que la traumatisme crânio-cérébral subi par le recourant au mois de juin 2011 constitue une modification des circonstances ayant présidé à la prise de décision du 8 décembre 2010 et, dans ce sens, puisse avoir une incidence sur le droit du recourant à des prestations de l'assureur intimé. On peut donc admettre l'existence d'un cas (par analogie) de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

Doit cependant encore être examinée la question de savoir si et, le cas échéant, à quelles conditions, l'intimée devrait répondre des conséquences induites par les séquelles et notamment le traumatisme crânio-cérébral subi par le recourant en 2011.

**6. a)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui

conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2 ; TFA U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.1).

**b)** En l'espèce, l'accident subi par le recourant en août 2005 a provoqué des fractures des apophyses transverses de L1 à L2. Par la suite, des lombalgies ont persisté, auxquelles se sont ajoutées diverses difficultés de nature fonctionnelle. Dès le mois de mai 2008, le Dr C. \_\_\_\_\_ a débuté le suivi thérapeutique de l'assuré, qui souffrirait, selon lui, d'une lésion neurologique au niveau radiculaire. Il présenterait également une atteinte temporaire du cône médullaire. A la suite de différents tests diagnostics, plusieurs interventions chirurgicales ont été pratiquées sur la personne de l'assuré entre 2008 et 2009, en vue de réduire les douleurs. Les premiers symptômes psychiques avérés et reconnus comme tels par l'assuré sont apparus au mois d'avril 2009, dans le contexte d'un nouvel échec de réimplantation de l'électrode de stimulation à but antalgique. L'assuré décrit des troubles du sommeil, des difficultés d'endormissement, une envie permanente de pleurer, des troubles de la mémoire et de la concentration, une diminution du plaisir ainsi que des troubles de la libido. L'assuré a été pris en charge sur le plan psychiatrique dès le mois de juillet 2009 et le psychiatre traitant a alors diagnostiqué un épisode dépressif sévère, lequel a été confirmé par les experts désignés par l'office AI, étant précisé que le Dr D. \_\_\_\_\_ a qualifié dit épisode de moyen. Toujours sujet à des douleurs ainsi qu'à des troubles cognitifs ayant conduit à une cessation de son activité professionnelle en 2008, l'assuré a été victime au mois de juin 2011 d'un traumatisme cranio-cérébral sur crise convulsive tonico-clonique généralisée, lequel aurait entraîné divers troubles neuropsychologiques décrits par la Prof. R. \_\_\_\_\_ (rapport du 19 janvier 2012).

En ce qui concerne les lésions neurologiques, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'exclut pas qu'elles puissent s'expliquer par la chute subie par l'assuré au mois d'août 2005. Pour sa part, la Prof. R. \_\_\_\_\_ considère que les douleurs et les troubles cognitifs présentés par le recourant découleraient de cet accident. Plus loin, elle écrit que les troubles somatiques, cognitifs et thymiques seraient apparus ensuite de l'événement accidentel d'août 2005 et se seraient aggravés depuis son traumatisme cranio-cérébral du mois de juin 2011. Fort de ces avis médicaux, le recourant soutient dans sa lettre du 8 février 2012 qu'il existerait un lien de causalité entre les douleurs actuelles et l'accident du mois d'août 2005. De son côté, la caisse intimée oppose le fait que, lors de l'événement accidentel du mois de juin 2011, le recourant n'était pas au bénéfice d'une couverture d'assurance auprès d'elle, si bien qu'elle ne serait pas tenue d'examiner son droit à des prestations.

Cette argumentation n'est pas convaincante. Outre le fait qu'elle ne repose sur aucun examen médical, elle fait fi de la jurisprudence résumée ci-avant et qui impose à l'assureur-accidents, à certaines conditions, de servir ses prestations en cas de rechutes ou de séquelles consécutives à un accident assuré. Or, mis à part les avis exprimés par le Dr C. \_\_\_\_\_ et la Prof. R. \_\_\_\_\_, on ignore dans quelle mesure le traumatisme cranio-cérébral et les divers problèmes neuropsychologiques en découlant pourraient se trouver dans un rapport de causalité naturelle, respectivement adéquate, avec l'accident d'août 2005. En l'état du dossier, il n'est pas possible de répondre à cette question. Si rien ne permet d'exclure que tel puisse être le cas, il n'en demeure pas moins qu'une appréciation médicale étayée sur ce point fait défaut.

**c)** Dans ces conditions, la cause doit être renvoyée à la caisse intimée afin qu'elle procède à une évaluation de la situation médicale du recourant, en répondant notamment à la question de savoir si la chute du mois de juin 2011 et les atteintes, notamment le traumatisme cranio-cérébral qui en ont résultés, se trouvent dans un rapport de causalité - naturelle et adéquate - avec l'accident du 26 août 2005. Ce faisant, il lui

appartiendra de clarifier les circonstances de cet événement et de s'enquérir en particulier de la couverture d'assurance dont l'assuré pouvait éventuellement bénéficier à ce moment-là. Après quoi, elle rendra une nouvelle décision sur le droit éventuel du recourant à des prestations. On ajoutera que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

**d)** En définitive, le recours doit être partiellement admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, en tant qu'elle concerne le traumatisme cranio-cérébral subi par le recourant en date du 17 juin 2011, la cause étant renvoyée à la caisse intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. La décision sur opposition du 20 juillet 2012 est confirmée pour le surplus.

**7. a)** Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens réduits qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'000 fr., à la charge de la caisse intimée (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 20 juillet 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, en tant qu'elle concerne les atteintes subies par F.\_\_\_\_\_ en date du 17 juin 2011, la cause étant renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. La décision sur opposition du 20 juillet 2012 est confirmée pour le surplus.
  
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
  
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à F.\_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Georges Reymond, avocat (pour F.\_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :