

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2015

Composition : M. MERZ, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Etienne Patrocle, avocat,
à Morges,

et

GENERALI ASSURANCES GÉNÉRALES SA, à Nyon, intimée.

Art. 37 al. 4 LPGA ; art. 53 al. 1 et 2 LPGA.

E n f a i t :

A. A.B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse né en 1989, a été assuré auprès de Generali Assurances Générales SA (ci-après : Generali ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non-professionnels compte tenu de sa qualité d'apprenti de la société C._____SA à compter du 25 août 2008.

B. Il a annoncé une blessure au genou, voire un ligament croisé déchiré, par une déclaration d'accident signée le 15 mars 2010 et adressée à Generali. Selon ce document, il aurait été victime de cette blessure en février 2009 lors d'un entraînement de judo, une date plus précise et le déroulement de l'incident n'ayant pas été relatés sous les rubriques correspondantes.

Dans un rapport médical du 22 janvier 2010 à l'attention de Generali, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a signalé que l'accident datait du 24 mai 2008. Il avait prodigué des soins pour la première fois au début de l'été 2009. Conformément aux indications de son patient, celui-ci aurait été victime d'une entorse du genou droit au judo le 24 mai 2008. Il avait été suivi par un confrère. Des imageries par résonance magnétique (IRM) successives avaient montré une lésion du ligament croisé antérieur. Le traitement avait été dans un premier temps conservateur, puis une nouvelle entorse était survenue au niveau du genou droit au début 2009. Depuis lors, l'assuré avait présenté de multiples lâchages du genou droit associés à des blocages et un sentiment d'insécurité. Une plastie du ligament croisé antérieur et une suture du ménisque externe avaient été entreprises le 14 juillet 2009. L'incapacité de travail avait été totale du 14 juillet 2009 au 28 août 2009. Dès le 29 août 2009, une reprise d'activité à plein temps avait été préconisée. Quant au traitement, il serait probablement terminé une année après l'opération.

Dans ce contexte, l'assuré avait séjourné en clinique du 14 juillet 2009 au 16 juillet 2009.

Précédemment, en date du 5 octobre 2009, le Dr D. _____ s'était adressé à l'assurance-maladie de l'assuré, E. _____ SA, en ces termes :

« [...] J'ai vu le patient la 1^{ère} fois le 07.07.2009. L'anamnèse révélait une entorse du genou D [réd. : droit] survenue le 24.05.2008 au judo.

À l'époque de l'accident, [l'assuré] avait été suivi par le Dr H. _____ et les IRM successives avaient montré une lésion du ligament croisé antérieur. Le traitement conservateur s'est poursuivi avec une évolution semble-t-il favorable permettant la reprise du judo début 2009. A ce moment (jan-fév 2009), une nouvelle entorse est survenue au niveau du genou D et depuis lors, [l'assuré] a présenté de multiples lâchages du genou associé à des blocages et un sentiment d'insécurité.

Il s'agit bien des suites de l'accident du 24.05.2008.

Vous trouverez en annexe des copies des IRM [réd. : des 28 mai 2008,

5 novembre 2008 et 26 janvier 2009 de l'Institut d'imagerie F. _____ SA] demandées par le Dr H. _____ ainsi que le protocole opératoire de l'intervention du 14.07.09.[...] »

Quant au Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, celui-ci avait retenu, dans un courrier-réponse du 20 décembre 2008 à l'attention de E. _____ SA, une entorse grave du genou droit au titre de diagnostic, dont le traitement n'était pas terminé, tandis qu'un traitement de reconstruction chirurgicale restait possible.

Des frais de traitement se montant en 2009 à environ 5'400 fr. (du fait de traitement médical ambulatoire, radiologie, physiothérapie et médicaments) ont été assumés par l'assurance-maladie (cf. décompte de prestations de E. _____ SA du 12 décembre 2009 avec des frais à la charge de l'assuré d'un peu plus de 4'000 francs).

Par courrier du 11 octobre 2010, E. _____ SA a informé l'assuré de l'examen opéré par Generali quant à la prise en charge des frais occasionnés par le traitement de son genou. Dans l'intervalle, E. _____ SA acceptait en tant qu'assurance-maladie d'avancer les prestations sous réserve d'une demande de remboursement.

Dans un questionnaire adressé par Generali à l'assuré, complété et signé par celui-ci le 13 novembre 2010, il a communiqué le déroulement exact de l'événement annoncé, précisant que l'entorse du genou droit était survenue au judo le 24 mai 2008. Par ailleurs, il n'avait pas souffert de ce genou avant cet événement. Après une dernière consultation auprès du Dr D. _____ le 11 novembre 2010, le traitement était terminé.

Par courrier du 26 novembre 2010, Generali a expliqué à l'assuré que, selon les renseignements obtenus, il souffrait du genou droit à cause d'un mouvement de valgus-rotation externe effectué à l'occasion d'un entraînement de judo le 24 mai 2008. Or, selon la déclaration d'accident de son employeur C. _____ SA, il avait été engagé par cette société en date du 25 août 2008. Par conséquent, l'événement annoncé avait eu lieu avant la date d'entrée en service auprès de cet employeur. Dès lors, la couverture de l'assurance-accidents auprès de Generali n'était pas acquise à la date du 24 mai 2008, cette assurance ne pouvant « verser aucune prestation dans le cas présent ». Elle a conseillé à l'assuré d'annoncer le cas à l'éventuel ancien assureur qui assumait la couverture contre les accidents à l'époque concernée pour autant qu'il en existât un.

Dans un courriel du 20 décembre 2010 adressé à Generali par un collaborateur de E. _____ SA, il a été souligné ce qui suit :

« Après examen des pièces de votre dossier que vous avez eu l'amabilité de nous remettre concernant [l'assuré], nous prendrons en charge les séquelles de l'accident du 24.05.2008 et la rechute de juillet 2009 conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). »

C. Le 14 février 2014, le conseil de l'assuré a informé Generali de son mandat et l'a priée de lui transmettre une copie du dossier complet de l'assuré. Generali y a donné suite le 12 mars 2014.

Par écriture du 8 avril 2014, l'assuré, avec l'assistance de son avocat, a déposé une « requête de révision conformément à l'art. 53

LPGA » de trois pages, à l'appui de laquelle il a produit un courrier non daté du Dr G._____, médecin généraliste, adressé à son mandataire. Il est indiqué ce qui suit dans ce document :

« [...] Je vous transmets la version des faits relatifs au cas cité en marge.

En mai 2008, [l'assuré] est victime d'un accident de sport. Les investigations radiologiques (cf. document en annexe [réd. : rapport d'IRM du genou droit du 28 mai 2008]) mettent en évidence au niveau du genou droit : une rupture du tiers moyen du ligament croisé antérieur, une rupture de l'insertion du ligament collatéral interne, ainsi que d'autres lésions mineures. La situation se stabilise de manière satisfaisante et ne nécessite pas d'intervention.

En novembre 2008 suite à un deuxième accident apparition d'autres lésions (cf. document en annexe [réd. : rapport d'IRM du genou droit du

5 novembre 2008] qui incitent alors le chirurgien à intervenir.

Les lésions de ce 2^{ème} accident ne sont apparemment pas la résultante du 1^{er} accident.

En l'absence du deuxième accident, il est plus que probable que [l'assuré] n'aurait pas eu besoin de subir une intervention chirurgicale. [...] »

Selon l'assuré, vu la jurisprudence (notamment ATF 129 V 110 consid. 1.1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C _23/2007 du 12 mars 2008), le courrier de Generali du 26 novembre 2010, auquel il n'avait pas réagi, avait certes acquis force de chose jugée. L'écriture précitée du Dr G._____ ouvrait toutefois le droit à la révision de son cas. Après un très bref rappel des faits (déclaration d'accident du 15 mars 2010 et courrier de l'intimée du 26 novembre 2010), ainsi qu'un court exposé général des art. 53 al. 1 et 2 LPGA (textes légaux et quelques principes ressortant de la jurisprudence relative auxdites dispositions), le mandataire de l'assuré a fait valoir les éléments ci-après dans son écriture du 8 avril 2014 :

« [...] 2.4 En l'espèce, le rapport du Dr G._____ exposant que le deuxième accident survenu en novembre 2008 ne présente aucun lien de causalité avec le premier accident du mois de mai 2008, la situation s'étant suffisamment stabilisée entre les deux accidents, est un moyen de preuve nouveau au sens de l'art. 53 LPGA qui ouvre le droit à la révision du cas de [l'assuré].

III. CONCLUSIONS

au vu des éléments qui précèdent, nous avons l'honneur de conclure à ce qu'il plaise à la Generali, en qualité d'assureur LAA :

1) Octroyer à [l'assuré] les prestations LAA pour les suites de l'accident de novembre 2008.

2) Mettre [l'assuré] au bénéfice de l'assistance juridique gratuite pour la présente procédure. [...] »

Par décision du 6 mai 2014, Generali a rejeté « la demande de révision procédurale du 8 avril 2014 » ainsi que la « demande d'assistance gratuite d'un conseil juridique ». Elle a estimé qu'auparavant il n'avait jamais été question d'un deuxième accident subi en novembre 2008. Aucun médecin, pas plus que l'assuré lui-même, ne l'avaient mentionné. Le Dr D. _____ avait de plus clairement indiqué que les lésions au genou droit étaient les suites de l'accident du 24 mai 2008. Le courrier du Dr G. _____ avait manifestement été établi en totale méconnaissance de l'anamnèse exacte de l'assuré, de sorte qu'il ne pouvait lui être reconnu une valeur probante. Cela justifiait le rejet de la demande de révision. Au sujet du refus de la demande d'assistance juridique, Generali a exposé notamment ce qui suit :

« [...] Il faut considérer que la demande de révision de votre mandant n'avait aucune chance de succès. En effet, votre mandant laisse son médecin affirmer qu'il aurait subi un accident en novembre 2008 alors qu'il sait que ce n'est pas le cas. L'anamnèse incomplète, voire erronée, fournie au médecin privait d'emblée son rapport de toute valeur probante et ne pouvait servir de base à une demande de révision. [...] »

D. a) Par acte de son mandataire du 4 juin 2014, l'assuré a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu à la modification de la décision du 6 mai 2014 en ce sens que l'intimée lui accorde le bénéfice de l'assistance juridique gratuite pour la procédure de révision introduite le 8 avril 2014. Il a par ailleurs sollicité la mise en œuvre de débats publics ainsi que son audition. Après un exposé de considérants généraux sur l'assistance judiciaire, son mandataire a fait valoir ce qui suit :

« [...] En l'espèce, [l'assuré] a requis l'assistance juridique gratuite dans le cadre d'une requête de révision procédurale de la « décision » du 26 novembre 2010.

Ses connaissances et son expérience ne lui permettent aucunement de requérir une révision. En effet, il ne connaît pas les conditions légales et jurisprudentielles d'entrée en matière sur une requête de révision, tout comme un assistant social ou toute autre personne non spécialisée dans le domaine des assurances sociales. Le recourant a d'ailleurs immédiatement requis de son médecin, le Dr

G._____, qu'il transmette son rapport directement au soussigné, ne sachant comment réagir aux éléments nouveaux apportés par son médecin.

De plus, le fait que la demande de révision ait été rejetée démontre la difficulté de l'affaire.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que les particularités du cas de [l'assuré] réclament l'assistance d'un avocat d'autant que l'enjeu de la procédure de révision est important pour lui [...]. »

Il ressort du dossier de Generali (les écritures de l'assuré ne se prononçant pas à ce sujet), que par acte de son mandataire du même jour, l'assuré a également interjeté une opposition contre le rejet de la demande de révision procédurale du 8 avril 2014. Il y a soutenu que le rapport du Dr G._____, selon lequel le deuxième accident de novembre 2008 n'avait aucun lien de causalité avec le premier accident de mai 2008, semblait être « le seul et unique avis médical qui ait été établi en toute connaissance de [son] anamnèse ».

b) Par écriture du 25 juin 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens. Le rapport du Dr G._____ constituait uniquement une appréciation médicale différente des faits, basée au demeurant sur une anamnèse erronée. Un tel moyen était irrecevable dans le cadre d'une procédure de révision procédurale et rendait la demande de révision dénuée de toute chance de succès. L'intimée a par ailleurs relevé que, dans sa requête de révision, l'assuré n'avait fourni aucune précision s'agissant des circonstances dans lesquelles le prétendu accident de novembre 2008 se serait produit. Le Dr G._____ était apparemment parti de l'idée qu'un deuxième accident était survenu en novembre 2008 simplement parce qu'un nouvel examen IRM du genou droit avait été pratiqué le 5 novembre 2008 et que des lésions supplémentaires étaient apparues par rapport à l'examen antérieur du 28 mai 2008. Il ressortait toutefois du rapport d'IRM que certaines de ces lésions étaient compatibles avec le remaniement cicatriciel de l'ancienne déchirure du ligament collatéral interne, déjà présente lors de l'IRM du 28 mai 2008. Il n'était pour le reste pas crédible que l'assuré eût omis de mentionner à ses précédents médecins l'existence d'un accident qui serait survenu en novembre 2008.

Par réplique et duplique des 18, respectivement 28 août 2014, les parties ont maintenu leurs conclusions. Le mandataire de l'assuré a notamment fait valoir les éléments suivants :

« [...] En l'espèce, [l'assuré] est un assuré dépourvu de toute connaissance juridique, c'est d'ailleurs pour cette raison que le Dr G. _____ s'est adressé directement à Me Jean-Michel Duc sur requête de son patient, lorsqu'il a constaté que le rapport du Dr D. _____, sur lequel l'intimée s'était fondée pour nier le droit aux prestations LAA était erroné, afin que ses droits soient sauvegardés. Nous relèverons dans ce contexte que [l'assuré] n'a pas les connaissances nécessaires pour requérir une révision. En effet, il ne connaît pas les conditions légales (p.ex. délai de 90 jours à respecter) et jurisprudentielles nécessaires à ce qu'il soit entré en matière sur une requête de révision, tout comme un assistant social ou toute autre personne non spécialisée dans le domaine des assurances sociales.

Concernant l'argument invoqué par l'intimée selon lequel le rapport du

Dr G. _____ n'aurait aucune valeur probante, ce qui aurait pour conséquence de nier les chances de succès de la requête de révision du recourant, il est à rappeler que pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage

(TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3).

Or, en l'espèce aucun élément n'a été oublié par le Dr G. _____. Le fait que « le Dr G. _____ ne prétend pas que l'existence d'un accident en novembre 2008 lui ait été rapportée par son patient » n'est pas un élément permettant de nier la valeur probante à son rapport. Il se tient d'ailleurs à disposition de l'intimée pour toute précision relative à cet accident qui lui a été rapportée par son patient.

De plus, le fait que le Dr D. _____ n'ait pas parlé de ce deuxième accident permet de nier la valeur probante de son rapport.

Finalement, dans la mesure où l'issue de la révision dépend d'une expertise à mettre en œuvre, la procédure ne peut être considérée comme vouée à l'échec.

Par conséquent, il convient d'accorder l'assistance juridique gratuite à [l'assuré] pour la procédure d'instruction de sa requête de révision déposé[e] le 8 avril 2014. [...] »

c) Vu la demande de l'assuré, le Tribunal lui a accordé l'assistance judiciaire pour la présente procédure judiciaire par décision du 18 août 2014, avec effet au 4 juin 2014, Me Patrocle étant désigné comme

conseil d'office. L'assuré a été en outre dispensé du paiement d'avances et de frais judiciaires.

d) A la demande du Tribunal de produire son dossier actualisé, Generali a répondu en date du 20 juillet 2015 que son dossier ne comportait aucune nouvelle pièce depuis son envoi du 25 juin 2014 ; elle avait suspendu la procédure d'opposition jusqu'à droit connu sur la demande d'assistance juridique.

Conformément à la requête de l'assuré, une audience de jugement a eu lieu le 25 août 2015. A cette occasion, l'assuré a été entendu et a déclaré ce qui suit :

« Je n'ai actuellement aucun revenu. Je rentre de l'armée, soit de l'école de recrues et de sous-officier. Je suis sans travail. Je vis avec ma mère. J'assume le loyer, soit la moitié de 1'135 fr. par mois, ainsi que les frais liés à ma voiture, pour environ 300 fr. par mois, ainsi que mon assurance-maladie pour environ 300 fr. par mois. Je suis en recherche d'emploi dans deux directions, l'une afin de terminer mon CFC et l'autre afin d'avoir un revenu dans n'importe quel domaine. J'ai eu deux accidents, en 2008 si je ne me trompe pas, le premier lors d'une compétition en été, le deuxième en hiver, sauf erreur. Je n'ai pas de formation juridique et je n'aurai pas été en mesure d'agir seul ; on m'a expliqué les tenants et aboutissants de cette procédure, ce qui fait que je peux m'orienter désormais dans la procédure.

Sur question du juge instructeur, j'indique que le Dr G. _____ est mon médecin de famille ; je ne me souviens pas depuis quand, mais en tout cas depuis une date antérieure à mes accidents. C'est lui qui m'a envoyé chez un spécialiste du genou, le Dr D. _____. Le Dr H. _____ est le médecin qui m'a pris en charge lors de mon accident.

Je ne sais pas pourquoi je n'ai pas réagi à la communication du 26 novembre 2010 par laquelle l'intimée m'a informé de son absence de prise en charge.

Sur question de Me Patrocle, je ne suis pas sûr d'avoir compris les enjeux de cette communication. Je ne me souviens plus du contexte précis.

Sur question du juge instructeur, je signale que j'ai mentionné mon deuxième accident au Dr G. _____. Il y a eu une incohérence entre le Dr G. _____ et le Dr D. _____.

Ce n'est pas moi qui ai rappelé au Dr G. _____ la survenance de mon deuxième accident.

Sur question du juge instructeur, je précise que quand bien même j'étais encore en traitement auprès du Dr D. _____, celui-ci m'a autorisé à reprendre le judo. Au second entraînement, j'ai été victime de mon deuxième accident. »

Sur ce, la cause a été gardée à juger, tandis que Me Patrocle a produit la liste de ses activités en date du 2 septembre 2015, dans le délai imparti par le Tribunal.

E n d r o i t :

1. Est exclusivement litigieuse la décision de refus de l'assistance juridique pour la procédure administrative dans le contexte de la demande de révision du 8 avril 2014. La procédure de révision en soi ne forme pas l'objet du présent litige. Le recourant a interjeté, dans cette mesure, une opposition auprès de l'intimée sur laquelle celle-ci devra statuer, en principe avant qu'un tribunal ne puisse se saisir de l'affaire (cf. art. 56 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

1.1 Interjeté par l'assuré, en tant que personne directement concernée par la décision attaquée, dans le délai légal de 30 jours et dans les formes prévues, le présent recours est en principe recevable (cf. art. 59, 60 et 61 let. b LPGA). On s'étonnera cela étant qu'aux termes de son acte de recours, l'assuré se soit prononcé sur la nécessité d'un avocat et moins sur les chances de succès que l'intimée avait niées pour lui refuser l'assistance juridique.

Vu que la décision d'octroi de l'assistance juridique en procédure administrative est considérée comme une décision d'ordonnancement au sens de l'art. 52 al. 1 LPGA, la voie de l'opposition n'est pas ouverte sur cette question, la décision corrélatrice pouvant directement faire l'objet d'un recours (cf. art. 56 al. 1 LPGA).

1.2 Une telle décision est toutefois également considérée comme décision incidente, si l'autorité n'a pas en même temps statué dans la cause principale (cf. ATF 139 V 600 consid. 2.2).

Un recours contre une décision incidente n'est possible qu'à des conditions spéciales prévues à l'art. 74 al. 3 et 4 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), sur lesquelles l'assuré ne s'est pas du tout déterminé. Selon cette disposition les décisions incidentes notifiées séparément sont susceptibles de recours si elles peuvent causer un préjudice irréparable au recourant ou si l'admission du recours peut conduire immédiatement à une décision finale qui permet d'éviter une procédure probatoire longue et coûteuse. Dans les autres cas, les décisions incidentes ne sont susceptibles de recours que conjointement avec la décision finale.

Quand une décision a trait au refus de l'assistance juridique, un intérêt à recourir immédiatement est régulièrement admis, lorsqu'il s'agit de pouvoir garantir cette assistance pour la procédure sur la question principale qui est toujours pendante. En l'espèce, l'intimée s'est toutefois prononcée en même temps et dans la même décision sur le fond (respectivement sur la demande de révision) et a donc rendu une décision finale et non pas une décision incidente notifiée « séparément » au sens de l'art. 74 al. 4 LPA-VD. L'assuré a interjeté une opposition à l'encontre de la décision de refus de la révision. On pourrait en conséquence se demander si l'assuré ne devrait pas attendre l'issue de la procédure d'opposition avant de pouvoir recourir contre le présent refus de l'assistance juridique. D'une part, il n'y a en effet pas de décision incidente notifiée « séparément ». D'autre part, dans une telle situation, on perçoit difficilement l'intérêt à recourir tout de suite au tribunal contre la décision de refus de l'assistance juridique, avant que la décision sur opposition sur la question principale ne soit rendue, vu que l'assistance juridique octroyée pour une étape de la procédure ne vaut pas automatiquement pour toutes les étapes suivantes, telle que la procédure d'opposition (cf. ATF 139 V 600 consid. 2.3). Comme dans le cas d'une procédure devant le Tribunal fédéral (cf. ATF 131 I 57 consid. 1 ; 133 III 629 consid. 2.3 ; 133 V 477 consid. 5.2 ; 645 consid. 2.1), la recevabilité d'un tel recours avant que la décision sur opposition n'ait été rendue, présente une charge et complication supplémentaires sans même qu'il semble y avoir un risque

que l'assuré subisse un dommage irréparable, ni même qu'il semble y avoir un intérêt digne de protection de l'assuré à ce qu'il soit statué immédiatement sur la question de l'assistance juridique pour la procédure de demande de révision. Pour la procédure d'opposition, l'assuré aurait pu et dû, s'il le souhaitait, déposer une nouvelle demande d'assistance juridique. Ce n'est pas parce qu'un assuré a pu bénéficier de l'assistance juridique en procédure administrative d'instruction que cette assistance doit absolument aussi valoir pour la procédure d'opposition. Il se peut qu'elle ne se justifie plus en procédure d'opposition.

En l'espèce, la question de savoir si le recourant pouvait recourir immédiatement contre le refus d'assistance juridique peut toutefois demeurer indécise compte tenu du développement contenu aux considérants 2 et suivants infra.

1.3 La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente à raison du lieu et de la matière (cf. art. 57 et 58 al. 1 LPGA, 93 LPA-VD et 83 b LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 sur l'organisation judiciaire ; RSV 173.01]). Etant donné que la valeur litigieuse s'avère inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (cf. art. 94 LPA-VD).

2. Aux termes de l'art. 37 al. 4 LPGA, dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances « l'exigent ».

2.1 Par cette disposition, le législateur a introduit une réglementation légale de l'assistance juridique dans la procédure administrative (ATF 131 V 153 consid. 3.1 ; TF 9C_674/2011 du 3 août 2012 consid. 3.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 676/04 du 30 mars 2006 consid. 6.1 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd. 2009, n. 22 ad art. 37 LPGA). La jurisprudence y relative rendue dans le cadre de l'art. 4 aCst (ancienne Constitution fédérale de 1874), respectivement de l'art. 29 al. 3 Cst (actuelle

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), sur les conditions de l'assistance judiciaire en procédure d'opposition - soit que la partie soit dans le besoin, les conclusions non dépourvues de toute chance de succès et l'assistance objectivement indiquée d'après les circonstances concrètes (ATF 132 V 200 consid. 4.1 ; 125 V 32 consid. 2 et les références ; TFA I 676/04 précité consid. 6.2 et les références) - continue de s'appliquer, conformément à la volonté du législateur (TF 9C_674/2011 précité consid. 3.1 ; 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 1.2 ; FF 1999 4242).

2.2 Le point de savoir si les conditions de l'assistance par un avocat sont réalisées doit être examiné à l'aune de critères plus sévères dans la procédure administrative que dans la procédure judiciaire. En effet, l'art. 61 let. f LPGA, applicable à la procédure judiciaire, parle d'accorder l'assistance judiciaire gratuite lorsque les circonstances le « justifient », tandis que l'art. 37 al. 4 LPGA, applicable à la procédure administrative, parle d'accorder l'assistance gratuite d'un conseil juridique lorsque les circonstances « l'exigent ». Il s'agit d'un choix délibéré du législateur (TF 9C_486/2013 du 2 décembre 2013 consid. 3.2.3 [non publié in ATF 139 V 600] ; TFA I 674/04 précité consid. 6.2 et les références ; Kieser, op. cit., n. 22 ad art. 37 LPGA).

Ainsi, ce n'est pas parce que l'assistance judiciaire a été octroyée pour la procédure devant le tribunal qu'elle est également due en procédure administrative. L'assistance d'un avocat pendant la procédure administrative s'impose, respectivement est exigée selon l'art. 37 al. 4 LPGA, uniquement dans les cas exceptionnels où des questions de droit ou de fait difficiles rendent l'assistance par un avocat apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références). A cet égard, il y a lieu de tenir compte du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. Si la procédure en cause présente des risques importants pour la situation

juridique de l'intéressé, l'assistance gratuite d'un défenseur est en principe accordée. Sans cela, elle ne le sera que si, à la difficulté relative de l'affaire, s'ajoutent des problèmes de fait ou de droit auxquels le requérant ne pourrait faire face seul ou avec l'aide d'une autre personne (ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références ; 125 V 32 consid. 4 ; TFA I 676/04 précité consid. 6.2).

Il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité à s'orienter dans une procédure (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les références ; TF 9C_674/2011 précité consid. 3.2). Les seuls motifs que l'intéressé ne maîtrise pas ou mal la langue de procédure et ne dispose d'aucune qualification, ne suffisent pas pour justifier l'assistance d'un avocat (TF 9C_486/2013 précité consid. 3.2.1 [non publié in ATF 139 V 600] ; 9C_105/2007 du 13 novembre 2007 consid. 3.2). Dès lors, le fait que l'intéressé puisse bénéficier de l'assistance de représentants d'associations, d'assistants sociaux ou encore de spécialistes ou de personnes de confiance œuvrant au sein d'institutions sociales permet d'inférer que l'assistance d'un avocat n'est ni nécessaire ni indiquée (TFA I 557/04 du 29 novembre 2004 consid. 2.2 ; TF 9C_105/2007 précité consid. 1.3).

2.3 Comme il a été exposé au considérant 2.1 supra, pour avoir un droit à l'assistance juridique, il faut en plus que les conclusions du requérant sur la question de fond, en l'espèce donc la révision demandée, ne soient pas dépourvues de toute chance de succès, voire ne soient pas vouées à l'échec. Le recourant semble avoir perdu cette condition de vue dans son acte de recours, puisqu'il expose avant tout son besoin d'être représenté par un avocat, sans se prononcer sur le raisonnement de l'intimée, selon lequel la cause était d'emblée dénuée de chance de succès. Ce n'est que dans sa réplique que le recourant se détermine sur les chances de succès de sa demande de révision.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une requête est vouée à l'échec si les chances d'obtenir gain de cause sont

sensiblement inférieures au risque d'être débouté et si elles ne peuvent donc guère être qualifiées de sérieuses. En revanche, la démarche n'est pas dépourvue de chances de succès si les chances d'obtenir gain de cause et les risques de perdre sont à peu près équivalents ou si les premières ne sont que de peu inférieures au seconds. Ce qui est déterminant est de savoir si une partie, qui disposerait des ressources financières nécessaires, se lancerait ou non avec un avocat dans une telle démarche après une analyse raisonnable. Un requérant ne doit pas pouvoir mener une procédure qu'il ne conduirait pas à ses frais, uniquement parce qu'elle ne lui coûte rien. L'appréciation des chances de succès doit être faite en fonction des circonstances existant au moment de la requête d'assistance judiciaire (cf. ATF 133 III 614 consid. 5 ; 129 I 129 consid. 2.3.1 ; 128 I 225 consid. 2.5.3). Lorsqu'un requérant demande des prestations et qu'il dépose dans ce cadre une requête d'assistance juridique, on peut attendre de lui, d'autant plus lorsqu'il est représenté par un avocat, qu'il expose de manière précise les circonstances permettant d'admettre que sa demande de prestations n'est pas vouée à l'échec (cf. ATF 124 II 361 consid. 2b ; 122 II 385 consid. 4c/cc ; 121 II 97 consid. 1c), alors que pour l'appréciation des chances de succès est déterminant le moment du dépôt de la requête d'assistance juridique (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1 in fine ; 128 I 225 consid. 2.5.3).

3. Le Tribunal de céans conclut que, dans le cadre de la demande de révision du 8 avril 2014, le soutien d'un avocat n'était pas exigé au sens entendu par l'art. 37 al. 4 LPGa. La demande de révision motivée par l'écriture, respectivement les constatations du Dr G._____, ne rendait pas l'assistance d'un avocat nécessaire. Si le recourant préférait ne pas agir seul, une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales entrerait certainement en considération. Contrairement à ce que soutient le recourant, on ne voit pas dans quelle mesure il fallait absolument un avocat pour déposer la demande de révision basée sur le seul rapport du Dr G._____. Par ailleurs, à l'analyse de la demande de révision du 8 avril 2014, on ne voit pas dans quelle mesure le mandataire aurait apporté des arguments pertinents que

l'assuré ou une autre personne d'une institution sociale n'aurait pas pu avancer ou qui ne ressortaient pas déjà assez clairement de l'écriture du Dr G._____. Les considérants généraux énumérés avant le point 2.4 de la demande de révision et l'exposé très bref des faits - de plus sans aucun détail sur le prétendu accident de novembre 2008 - ne justifiaient pas d'emblée l'assistance d'un avocat. Quant au point 2.4 de la demande, il n'apporte pas d'éléments que l'assuré ou une autre personne n'aurait pas pu avancer elle-même.

4. Comme évoqué par l'intimée, s'ajoute à cela le constat selon lequel la demande de révision du 8 avril 2014 s'avérait effectivement dépourvue de chances de succès, ce pour les raisons énoncées ci-dessous.

4.1 En l'espèce, l'intimée n'avait certes pas rendu de décision formelle en 2010 eu égard à son refus de prise en charge du cas. La communication de l'intimée du 26 novembre 2010 avait été adressée à l'assuré informellement. Cependant, 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.

Vu que le recourant n'a pas réagi face à l'intimée dans un délai d'une année après avoir reçu la communication du 26 novembre 2010, le refus de prester prononcé par Generali est entré en force.

4.2 En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit, notamment pour éviter de pouvoir remettre perpétuellement en cause des décisions rendues.

Cependant, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force (ATF 135 V 215).

Tout d'abord, une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 LPGA. Par ailleurs, lorsqu'une modification de l'état de fait, déterminante pour le droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut le cas échéant être effectuée dans le cadre d'une révision de la prestation au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En outre, si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération selon l'art. 53 al. 2 LPGA. Enfin, si les fondements juridiques de la décision changent, après le prononcé de la décision (par exemple en cas de modification de la loi ou, sous certaines conditions, de changement de jurisprudence), une réduction ou une suppression de prestations en cours ou l'octroi de nouvelles prestations peut se justifier en fonction d'une pesée des intérêts ou de dispositions transitoires particulières (ATF 135 V 215 consid. 4).

4.3 En l'espèce, le recourant a invoqué uniquement l'art. 53 LPGA en faisant valoir « un moyen de preuve nouveau ».

4.3.1 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. La notion de « faits ou moyens de preuve nouveaux » s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt fédéral (art. 123 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; cf. TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; 8C_215/2008 du 16 octobre

2008 consid. 5.1 ; U 57/06 du 7 février 2007 consid. 3.1 ; Kieser, op. cit., n. 134 ad art. 61 LPGA).

Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, ainsi que selon l'art. 64 al. 2 let. b LPA-VD, 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 ; 134 III 669 consid. 2.2 ; TF 9C_102/2013 du 10 juillet 2013 consid. 2.2).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal ou l'administration. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal ou l'administration paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 précité ; TF 8F_9/2010

du 10 mars 2011
consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; TFA I 8/05 du 31 janvier 2006 consid. 5).

4.3.2 Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (cf. ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits ; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 119 V 410 consid. 3a ; 117 V 8 consid. 2c et 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. Autrement dit, pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable ; le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels (cf. TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.3 et 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2 et 3.2). S'il subsiste des doutes raisonnables sur le

caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (cf. TF 9C_7/2014 précité consid. 3.1 et 9C_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1 et les références citées).

4.3.3 Selon l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021], applicable par renvoi de l'art. 55 LPGA, une demande de révision doit être déposée à l'autorité dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision. Quant au dies a quo de ce délai, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (essentiellement subjective) du motif de révision, mais bien sur le moment à compter duquel la personne habilitée à requérir la révision a pu en avoir objectivement connaissance (cf. TF 8C_302/2010 du 25 août 2010 consid. 4).

4.4 En admettant les déclarations du recourant selon lesquelles il aurait eu, après le début de l'apprentissage auprès de C._____SA, un deuxième accident avec de nouvelles lésions au même genou, il y a lieu de retenir ce qui suit.

Lorsqu'il a reçu la communication de refus de prester de l'intimée _____ du 26 novembre 2010, il savait qu'il avait subi, postérieurement à mai 2008, un deuxième accident avec des lésions du genou qui avait nécessité, selon lui, notamment une IRM et une opération. Malgré cela, il n'a pas fait opposition ou du moins réagi d'une quelconque manière face à l'intimée à l'encontre de cette communication. Pourtant, sachant qu'il avait eu un deuxième accident, subi pendant son apprentissage auprès de C._____SA, il apparaît évident qu'il aurait dû réagir dans l'année qui suivait cette communication. Le recourant ne peut pas remettre en question ce constat après plus de trois ans. Cela serait contraire à la sécurité du droit.

De plus, selon les déclarations du recourant, il était déjà avant le premier accident de mai 2008 en traitement auprès du Dr G._____. Ce dernier est son médecin traitant généraliste. Selon les décomptes de

E. _____ SA, l'assuré avait consulté le Dr G. _____ notamment aux mois de juillet, septembre et novembre 2009. Si effectivement il y avait eu un accident en novembre 2008, le Dr G. _____ aurait déjà pu constater à l'époque que les lésions présentées en 2009 et les traitements qui ont suivi n'étaient pas dus au premier accident de mai 2008, mais à celui de novembre 2008. Cela vaut d'autant plus que le Dr G. _____ fonde ses arguments non pas sur des récents documents d'IRM ou de récentes constatations propres, mais sur des documents qui existaient déjà en 2009, étant rappelé qu'il invoque les rapports d'IRM des 28 mai 2008 et 5 novembre 2008.

Vouloir demander sur ces bases, en date du 8 avril 2014, de revenir sur le refus de prester de novembre 2010, s'avère donc à tous points de vue tardif.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr G. _____ n'est qu'une appréciation différente d'un état de fait qui n'a en soi pas changé, ce qui exclut également de revenir sur la décision entrée en force (cf. ci-dessus consid. 4.3.1 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; 387 consid. 1b ; TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36). D'une part, l'assuré savait qu'il y avait eu un deuxième accident. D'autre part, les IRM étaient déjà connues et n'ont été ni produites, ni réalisées après coup.

4.5 Pour le reste, différents éléments rendent peu vraisemblable la survenance d'un prétendu accident en novembre 2008. Singulièrement on peut relever les faits que le recourant n'a jamais auparavant annoncé ce prétendu événement et que même dans la déclaration d'accident du 15 mars 2010 et dans le questionnaire complété le 13 novembre 2010, tous deux signés par le recourant, il n'a pas fait part d'un tel accident. Par ailleurs, le Dr D. _____ qui a traité le genou du recourant n'a pas non plus été mis au courant de cet accident, ou du moins ne l'a pas mentionné, sans que l'assuré ne se manifeste à cet égard. Ce dernier n'a depuis lors pas davantage détaillé ce prétendu événement, ce y compris après le reproche explicite de l'intimée quant à ce défaut dans sa réponse au recours.

4.6 Le courrier du Dr G. _____, tout comme le prétendu accident de novembre 2008, ne sont ainsi pas des faits nouveaux ou des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant, de sorte qu'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA est d'emblée exclue en invoquant lesdites circonstances. Vu ce qui précède, le refus de prester de novembre 2010 n'était et n'est de toute évidence pas non plus manifestement erroné au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

Ces conclusions s'imposent autant en procédant à un examen sommaire de la demande de révision qu'à un examen plus approfondi sur la base des explications du recourant. Malgré ce qui a été rappelé au considérant 2.3 ci-dessus, le recourant, respectivement son mandataire, n'a notamment pas exposé de manière précise les circonstances permettant d'admettre que sa demande de prestations, voire de révision, n'était pas vouée à l'échec. Lors du dépôt de la requête d'assistance juridique, il n'a pas davantage donné de précisions à ce sujet. Même ultérieurement, le recourant n'a pas pu expliquer pourquoi il n'avait pas fait valoir à temps l'éventuel second accident.

5. Le recours contre la décision de refus de l'assistance juridique en procédure administrative s'avère donc mal fondé et doit être rejeté dans la mesure où il est recevable.

5.1 La procédure est en principe gratuite, sous réserve de procédures où la partie agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA). Le Tribunal de céans a averti le recourant et son mandataire lors de l'audience du 25 août 2015 qu'il se réservait d'impartir exceptionnellement des frais judiciaires. Il sera cette fois-ci néanmoins renoncé à percevoir de tels frais.

5.2 Le recourant qui n'obtient pas gain de cause n'a pas droit à des dépens, ni l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA et ATF 127 V 205).

5.3 Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Etienne Patrocle à compter du 4 juin 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel et matériel fixé par la décision d'octroi.

Le 2 septembre 2015, Me Patrocle a produit le relevé des opérations liées à la présente procédure. La liste corrélatrice s'étend du 4 juin 2014 au 2 septembre 2015 pour un total de 10 heures et 25 minutes facturées. Elle fait également état de démarches effectuées durant un peu plus de deux heures dans le dossier de l'assuré, lesquelles n'ont toutefois pas été portées en compte. Il s'agit ainsi de retenir les opérations effectuées par Me Patrocle à hauteur du total de 10 heures et 25 minutes au tarif horaire d'avocat de 180 fr., soit 1'875 fr.(art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile; RSV 211.02.3]). A ce montant s'ajoutent les débours par 148 fr. 90 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un total de 2'185 fr. 80 pour l'activité déployée dans la présente cause, lequel est pris en charge provisoirement par l'État.

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 2'185 fr. 80 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ), la subrogation en faveur de l'État demeurant réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- III. L'indemnité d'office de Me Patrocle, conseil du recourant, est arrêtée à 2'185 fr. 80 (deux mille cent huitante-cinq francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
- IV. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'État.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Etienne Patrocle, à Morges (pour A.B. _____),
- Generali Assurances Générales SA, à Nyon,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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

La greffière :