

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 juin 2019

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à T. \_\_\_\_\_ (France), recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, travaillant dans l'industrie en tant que manutentionnaire, a été victime d'un accident de voiture le 4 mars 2008, entraînant des contusions cervicales, lombaires et du genou gauche.

Une IRM du genou gauche pratiquée le 18 avril 2008 a mis en évidence une chondropathie débutante et une petite zone en hypersignal au niveau de la partie supérieure du ligament croisé antérieur vraisemblablement séquellaire d'une lésion traumatique ancienne. D'autres IRM du genou gauche ont été ultérieurement effectuées (4 octobre 2010, 29 janvier 2013, 25 juin 2013 et 29 septembre 2016) ayant confirmé pour l'essentiel la présence d'une chondropathie modérée associée à des troubles dégénératifs.

Les suites du cas ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Ensuite d'un entretien téléphonique avec l'assuré du 17 novembre 2008, durant lequel l'intéressé a demandé à la CNA de considérer que son dossier pouvait être clos, cette dernière a mis fin au versement des prestations (cf. courrier de la CNA à l'assuré du 19 novembre 2008).

**B.** Par courrier du 6 décembre 2012, l'assuré a demandé à la CNA la réouverture de son dossier. Celle-ci a prié l'intéressé de faire le nécessaire auprès de son employeur actuel afin qu'il déclare la rechute.

**C.** Le 9 avril 2013, l'employeur de l'assuré a déposé une déclaration de sinistre pour un accident survenu le 1<sup>er</sup> avril 2013 sur le lieu de travail. L'intéressé s'était cogné la tête contre un tuyau métallique en marchant.

**D.** L'assuré a signalé, le 3 juin 2013, une dégradation de son état de santé, en lien avec l'accident du 4 mars 2008. Il a joint à sa demande divers documents médicaux, dont un du service des urgences de l'Hôpital de T. \_\_\_\_\_ émis le 11 septembre 2008 et indiquant, au 12 mars 2008, la persistance de cervicalgies, l'absence de trouble évident sur une radiographie de la colonne cervicale, la prise en charge pour soins de contrôle orthopédique et la prise d'antalgiques. L'assuré a également produit un rapport de radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin, du 28 mai 2013, indiquant la diminution de calibre du trou de conjugaison C5-C6 gauche, la présence de discopathies L4-L5 débutantes et L5-S1 débutantes, ainsi qu'un interligne sacro-iliaque flou et berges condensées, à confronter aux données cliniques.

L'employeur de l'assuré a déposé le 12 juin 2013 une déclaration formelle de rechute auprès de la CNA. L'assuré ne travaillait plus depuis le 5 mars 2013.

Sur demande de la CNA concernant l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2013, la Dresse D. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a transmis plusieurs documents médicaux, dont un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2013 indiquant concernant l'œil droit une mesure de 1/10<sup>e</sup> et de 9.10/10<sup>e</sup> pour l'œil gauche après correction. L'assuré se plaignait de difficultés de concentration. Une IRM était souhaitable.

**E.** La CNA a rendu une décision formelle de refus de prise en charge le 18 octobre 2013. Elle a retenu qu'au vu de la situation en fait et en droit, le cas devait être clos le 30 septembre 2013 en ce qui concernait les suites de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2013. Tout droit à d'autres prestations d'assurance devait être refusé et il était mis fin au versement des prestations d'assurance versées jusqu'alors. A compter de cette date, l'incapacité de travail et le traitement médical étaient à la charge de l'assurance-maladie. Les différents troubles qui subsistaient ne pouvaient pas être considérés comme une rechute de l'accident du 4 mars 2008, au vu de l'absence de lien de causalité entre l'événement et les lésions annoncées.

L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 23 octobre 2013, expliquant pour l'essentiel que les troubles lombaires, cervicaux, de la vue et les maux de tête qu'il subissait étaient la conséquence des accidents des 4 mars 2008 et 4 janvier 2013. Il a rappelé devoir subir une opération du genou gauche, agendée au 30 octobre 2013. Il a soulevé n'avoir été examiné par aucun médecin apte à prendre une telle décision. Il a finalement précisé être en arrêt de travail jusqu'au 30 octobre 2013.

La CNA a rendu une décision sur opposition le 5 novembre 2013. Elle a retenu qu'à la lecture du dossier, force était de constater que les examens radiologiques pratiqués (radiographies standards de la colonne cervicale du 4 mars 2008, IRM cérébrale du 19 août 2008, CT-scan cérébral du 3 avril 2013, radiographies standards de la colonne cervicale, de la colonne lombosacrée et du bassin du 28 mai 2013, IRM cervicale du 4 juillet 2013 et CT-scan cérébral du 3 juin 2013) n'avaient pas montré de lésion post-traumatique mais des altérations dégénératives au niveau de la colonne cervicale (uncarthrose) et lombaire (discopathie). La CNA s'est ensuite ralliée aux conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, neurologue (rapport d'expertise du 7 octobre 2013), lesquelles avaient été entérinées par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement (avis du 15 octobre 2013). Dès lors qu'il n'existait, et que l'assuré n'apportait, aucun élément permettant de douter du bien-fondé des conclusions au dossier, force était de conclure que c'était à bon droit que la CNA avait mis un terme au versement des prestations d'assurance au 30 septembre 2013. Pour le surplus, en raison du fait que les altérations dégénératives ne permettaient pas d'expliquer (entièrement) la symptomatologie relatée par l'assuré, la causalité adéquate devait être niée. Concernant l'opération du genou gauche du 30 octobre 2013, l'assuré était prié de transmettre le compte-rendu opératoire à la CNA, laquelle examinerait sa responsabilité et, le cas échéant, rendrait une nouvelle décision susceptible d'opposition concernant ledit genou.

Le 24 mars 2014, l'assuré a renvoyé son dossier médical ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire du 14 mars 2014, constatant des

discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, avec hypersignal T2 diffus des disques, un affaissement modéré de ceux-ci et un petit débord discal circonférentiel. En L4-L5, il s'y associait une petite protrusion discale postérieure médiane, responsable d'un discret effet de masse sur le sac dural. En L5-S1, il existait une petite hernie discale postérieure médiane, sans retentissement significatif sur le sac dural et les racines S1 émergentes.

L'assuré ayant bénéficié d'une rééducation du rachis lombaire dans le cadre des lombalgies présentées, le bilan de rééducation dressé en date du 1<sup>er</sup> décembre 2014 faisait notamment mention d'un antécédent d'accident de la voie publique le 27 mars 1987 ayant entraîné un traumatisme du genou gauche.

**F.** Par arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015 (cause n° AA 118/13 - 41/2015), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition du 5 novembre 2013. Après avoir exposé en quoi il convenait d'accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2013, elle a relevé que ses conclusions étaient corroborées par celles des médecins consultés par l'assuré en soulignant notamment ce qui suit :

« Concernant l'accident survenu le 1<sup>er</sup> avril 2013, la Dresse D. \_\_\_\_\_ et le Dr V. \_\_\_\_\_ n'ont pas constaté de lésions importantes. Le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a retenu qu'une contusion frontale. Il n'y avait rien à signaler sur le scanner cérébral et le recourant ne présentait pas de troubles (cf. supra point C en fait). La Dresse D. \_\_\_\_\_ a certes relevé, dans son certificat médical du 2 mai 2013, que son patient présentait des troubles visuels de l'œil gauche et qu'une IRM et un scanner de contrôle par un neurochirurgien étaient nécessaires. Le recourant a ainsi consulté le Dr Q. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, lequel avait opéré l'intéressé en raison d'une scaphocéphalie présente depuis l'enfance. Dans son rapport du 5 juin 2013, ce médecin n'a signalé aucune anomalie de son point de vue, et a estimé nécessaire une surveillance ophtalmologique et la consultation du Dr F. \_\_\_\_\_. Ce dernier, dans un rapport du 16 mai 2013 a mesuré l'acuité visuelle à 9.10/10<sup>e</sup> après correction concernant l'œil gauche (ainsi qu'une amblyopie connue de l'œil droit). Le recourant se plaignant de difficultés de concentration, il a recommandé la mise en œuvre d'une IRM, mais n'a mentionné aucune anomalie, aucune incapacité de travail, ni préconisé aucun traitement. Ainsi, les médecins traitants n'amènent aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise, ni

d'indices permettant de penser que d'autres mesures d'instruction, telles que la consultation de spécialistes dans d'autres domaines médicaux, seraient nécessaires.

Concernant les suites de l'accident du 4 mars 2008, le recourant a signalé une rechute en juin 2013. Les radiographies réalisées le 4 mars 2008 montrent la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1 et une inversion de la courbure centrée sur C4. Le rapport du service des urgences du 11 septembre 2008 signale la persistance de cervicalgies et l'absence de trouble évident de la colonne cervicale et préconise des soins de contrôle orthopédiques et la prise d'antalgiques. Quant aux radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin effectuées le 28 mai 2013, elles indiquent la diminution de calibre du trou de conjugaison C5-C6 gauche, et la présence de discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1. Les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013, montrent un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés tout débutants de C3-C4 et C5-C6, ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Ces éléments médicaux vont bien dans le sens des conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_, lequel estime un retour au statu quo ante au maximum 3 à 6 mois après l'accident, les légers troubles objectivés étant d'origine malade.

De même que pour les suites de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2013, rien au dossier ne permet d'avancer que les mesures d'instruction mises en œuvre par l'intimée ne sont pas suffisantes. Au vu de ce qui précède, les atteintes décrites ci-dessus ne peuvent être attribuées à une rechute de l'accident du 4 avril 2008.

Ainsi, les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_, entérinées par ailleurs par le Dr W. \_\_\_\_\_, emportent la conviction et les troubles de la colonne que présentent le recourant doivent être considérés comme relevant de la maladie, la causalité naturelle étant rompue au plus tard au 30 septembre 2013. »

Quant aux troubles du genou gauche, la Cour de céans a retenu les éléments suivants :

« Dans son rapport du 5 février 2013, le Dr R. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a retenu le diagnostic de séquelles douloureuses d'un traumatisme direct, sans toutefois objectiver d'atteinte. Il conseillait au recourant l'application de froid et la reprise d'activités sportives. Au vu de ce qui précède, en l'absence d'éléments médicaux objectifs démontrant une rechute de l'atteinte en question, l'on ne peut reprocher à l'intimée d'avoir rejeté la demande du recourant sur ce plan également. C'est néanmoins à raison qu'elle a informé l'intéressé de l'examen de sa responsabilité une fois l'opération annoncée effectuée. Il incombera ainsi à l'intimée d'examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de l'opération du 30 octobre 2013, ainsi que du rapport d'expertise du 24 novembre 2014. »

En ce qui concerne la prise en charge des troubles sans preuve de déficit organique fonctionnel, la Cour de céans a considéré qu'ils ne constituaient pas des atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon. S'il devait être admis qu'ils constituaient des atteintes à la santé certes organiquement perceptibles cliniquement mais n'ayant pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle, il convenait d'examiner le caractère adéquat de la causalité entre les événements accidentels et les dites atteintes. En l'occurrence, ces événements ne pouvaient être qualifiés d'accidents graves. En présence d'accidents de gravité moyenne, la Cour a estimé qu'aucun des critères jurisprudentiels applicables n'était réalisé, de sorte que la causalité adéquate devait être niée.

En résumé, les atteintes à la santé présentées par l'assuré, hormis celles au genou gauche, ne pouvaient être mises à la charge de l'assurance-accidents au-delà du 30 septembre 2013. Il était rappelé qu'il incombait à la CNA d'examiner sa responsabilité en lien avec l'opération du genou du 30 octobre 2013. Concernant les autres troubles objectivés (discopathie, uncarthrose et troubles de la vue), l'assuré était invité à s'adresser à son assurance-maladie.

Cet arrêt n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il est entré en force.

**G.** En date du 9 janvier 2017, l'assuré a demandé à la CNA la réouverture de son dossier précisant qu'il allait subir, le 30 janvier 2017, une opération du genou gauche en lien avec l'accident du 4 mars 2008. A l'appui de sa requête, il a notamment produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2016, dans lequel il a indiqué que l'assuré souffrait d'une arthrose plus que débutante, le bilan radiologique confirmant des lésions dégénératives au niveau des différents compartiments du genou,

- un rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2016, dans lequel il a précisé que les douleurs dont l'assuré se plaignait étaient manifestement en rapport avec des lésions dégénératives tout à fait débutantes, si bien qu'il envisageait une nouvelle arthroscopie.

A la demande de la CNA, l'assuré a transmis le compte-rendu de l'opération pratiquée le 30 octobre 2013 par le Dr H. \_\_\_\_\_, consistant en une arthroscopie en raison de gonalgies gauches évoluant avec un syndrome méniscal associé à de multiples lésions de chondrite de stade II / III du condyle fémoral interne.

Invité à se prononcer, le Dr W. \_\_\_\_\_ a indiqué que le rapport opératoire du 30 octobre 2013 décrivait clairement une usure du compartiment interne du genou gauche que les accidents évoqués n'étaient pas susceptibles d'avoir produit (avis du 17 janvier 2017).

Selon un avis médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2017, l'assuré a été pris en charge en chirurgie ambulatoire pour une nouvelle arthroscopie de lavage de son genou gauche pratiquée le même jour. L'assuré présentait une gonarthrose modérée de ce genou résistante aux infiltrations. Le compte-rendu opératoire daté du même jour mettait notamment en évidence une chondropathie de stade II-III au niveau du tibia et de stade I au niveau du fémur.

Par décision du 1<sup>er</sup> février 2017, la CNA a considéré, sur la base des pièces médicales au dossier, qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre les événements dommageables du 4 mars 2008 ou du 1<sup>er</sup> avril 2013 et les troubles annoncés au genou gauche.

L'assuré s'est opposé à cette décision en date du 13 février 2017, faisant en substance valoir que les atteintes à la santé présentées étaient imputables aux accidents des 4 mars 2008 et 1<sup>er</sup> avril 2013.

Le 8 mai 2017, l'assuré a notamment fait parvenir à la CNA les rapports médicaux suivants :

- un rapport du Prof. Q. \_\_\_\_\_ du 24 juillet 2014, dans lequel il a rendu compte de l'intervention chirurgicale pratiquée par ses soins ensuite du traumatisme crânien subi en 2013 par l'assuré, celui-ci étant toujours sujet à des douleurs et des étourdissements,
- un compte-rendu d'IRM cérébrale du 16 janvier 2015 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, en raison de troubles visuels gauches présentés par l'assuré, cet examen n'ayant mis en évidence aucune anomalie significative le long des voies visuelles ainsi que dans les orbites,
- un rapport du 26 janvier 2015 de la Dresse C. \_\_\_\_\_, dans lequel elle a indiqué qu'une lésion ischémique frontale gauche était apparue et pouvait être attribuée au traumatisme crânien ; cette lésion n'expliquait toutefois pas l'ensemble des symptômes ; elle a conclu que l'examen neurologique pratiqué était normal,
- un rapport de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du 2 janvier 2017, dans lequel elle a confirmé la présence d'une lésion ischémique frontale gauche, précisant toutefois que celle-ci n'était pas responsable d'une asthénie mais pouvait entraîner des difficultés de concentration ou exécutives qui demandaient un effort supplémentaire à l'assuré pour la gestion de sa journée ; pour le reste, elle a conclu que l'examen neurologique effectué était normal, sans signe de focalisation.

De l'appréciation médicale du 10 août 2017 du Dr W. \_\_\_\_\_, on extrait les passages suivants :

« Le 30.01.2017, après une nouvelle IRM le 29.09.2016, qui a retrouvé la lésion connue du ménisque interne, le radiologue décrivant également un ostéophyte condylien externe, une 2<sup>ème</sup> arthroscopie du genou gauche a été effectuée. Elle a retrouvé une chondropathie, touchant cette fois les 3 compartiments, prédominant nettement aux compartiments fémoro-tibiaux, le pivot central étant de nouveau décrit comme sans lésion. On a finalement

conclu à une gonarthrose G, somme toute relativement modérée, responsable de gonalgies persistantes.

Selon le patient, cette intervention n'a pas aidé et il a consulté un autre orthopédiste au sens d'un 2<sup>ème</sup> avis.

Le 10.05.2017, celui-ci a écrit au médecin traitant de M. X. \_\_\_\_\_ qu'il souffrait de gonalgies bilatérales depuis de nombreuses années, s'étant aggravées à G à la suite d'un accident de la circulation, sur gonarthrose débutante, dans le cadre d'un morphotype en varus, l'atteinte cartilagineuse intéressant surtout les compartiments fémoro-tibiaux à G et le compartiment fémoro-patellaire à D. Il a estimé qu'une chirurgie de réaxation n'entraîne pas en ligne de compte et que la mise en place d'une prothèse était prématurée.

S'agissant de la responsabilité de la Suva dans cette affaire, force est de conclure qu'elle est limitée dans le temps.

L'accident, une simple contusion du genou G, n'a entraîné aucune lésion structurelle d'importance qu'on puisse lui attribuer. La petite lésion, de type méniscale, du ménisque interne s'inscrit dans le cadre du processus dégénératif affectant cette articulation. Quant à la lésion très partielle du LCA, décrite sur la 1<sup>ère</sup> IRM seulement, qui serait compatible avec un « ancien » traumatisme, elle n'a jamais été retrouvée par la suite, que ce soit sur les IRM successives ou lors des deux arthroscopies, et à aucun moment une laxité anormale du genou G n'a été relevée, de sorte qu'on doit admettre qu'elle a guéri rapidement, sans aucun indice concret qui permette de penser qu'elle a modifié significativement le cours de l'affection malade dont souffre le patient.

Dans ce genre de situation, on s'accorde pour dire que l'accident épuise rapidement ses effets, souvent après quelques semaines déjà, quelques mois tout au plus.

La rechute annoncée en décembre 2012 n'est donc pas à la charge de la Suva.

Pour clore, on doit relever que les arthroscopies-lavages, réalisées en présence de lésions dégénératives, ont régulièrement un résultat décevant, ne faisant souvent que précipiter le cours de la maladie, comme on l'observe ici, au point qu'on recommande maintenant d'y renoncer. »

Par décision sur opposition du 14 août 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. En l'absence d'indice médical concret permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_, il convenait d'admettre que c'était à bon droit qu'elle avait refusé de prendre en charge les troubles du genou gauche.

**H.** Par acte du 11 septembre 2017, X.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour de céans, en concluant implicitement à son annulation et au versement des prestations légales dues en raison des accidents des 4 mars 2008 et 1<sup>er</sup> avril 2013. Compte tenu des atteintes à la santé présentées à la suite de ces événements (problèmes à la colonne cervicale et lombaire, aux genoux, troubles de la vue et traumatisme crânien), il a demandé que les séquelles induites par ces accidents soient prises en charge par la CNA dès lors qu'elles nécessitaient un suivi médical. Il a signalé avoir déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il a déposé une liasse de pièces, comprenant entre autres un rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 10 mai 2017, indiquant qu'il avait bénéficié de deux arthroscopies de lavage ayant permis de retrouver des lésions chondrales de moyenne gravité.

Dans sa réponse du 21 novembre 2017, la CNA a indiqué qu'en l'absence d'élément nouveau, elle renvoyait à sa décision sur opposition du 14 août 2017 dont il n'y avait pas lieu de s'écarter.

Ensuite des courriers de l'assuré des 28 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2017 dans lesquels il réitérait sa demande tendant à la réouverture de son dossier médical, la CNA a rappelé, par pli du 8 janvier 2018, que seul était désormais litigieux le point de savoir si les troubles au genou gauche engageaient sa responsabilité au titre de rechute de l'accident du 4 mars 2008. En ce qui concernait les autres troubles allégués, ils faisaient l'objet de l'arrêt cantonal du 1<sup>er</sup> mai 2015, entré en force. Indépendamment de ce qui précédait, les documents produits par l'assuré ne mettaient en évidence que des lésions dégénératives ou malades, sans lien avec un accident assuré par la CNA. Elle a conclu au rejet du recours.

S'en est suivi un échange nourri de correspondances, au cours duquel l'assuré a notamment produit les pièces médicales suivantes :

- un compte-rendu d'IRM du rachis cervical du 4 septembre 2017, ayant mis en évidence une discopathie modérée en C5-C6 débutante,
- un compte-rendu d'IRM du rachis lombaire du 6 septembre 2017, ayant mis en évidence l'existence d'une discopathie L4-S1 avec débord discal ainsi qu'une hernie discale L5-S1,
- un rapport de l'Institut O. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2017 faisant état d'un troisième accident survenu le 9 septembre 2017 lors duquel l'assuré s'était blessé le genou droit à la suite d'une chute dans les escaliers,
- un rapport du 18 mai 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_, neurologue, consulté pour une problématique de céphalées, dans lequel il a indiqué qu'il existait une lésion séquellaire frontale gauche d'allure post-traumatique qui lui semblait déjà visible sur un scanner cérébral réalisé en 2012.

Quant à la CNA, elle a maintenu sa position (courrier du 26 janvier 2018).

Il sera précisé dans ce contexte que, dans la mesure où les pièces produites sont postérieures à la date de la décision sur opposition du 14 août 2017 - respectivement concernent l'état de santé postérieur à cette date -, il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'examen des prétentions faisant l'objet de la présente procédure.

### **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)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée est tenue à prestations en ce qui concerne les atteintes au genou gauche du recourant, singulièrement si ces troubles se trouvent en lien de causalité avec l'accident du 4 mars 2008.

**3. a)** De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b).

**b)** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée

en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

**4.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**a)** Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2).

Le droit aux prestations suppose encore qu'un lien de causalité adéquate soit établi entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme

adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**b)** 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.1.1 ; TF 8C\_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 2).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre

l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références citées).

**5.** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

**6. a)** En l'occurrence, par sa décision du 18 octobre 2013, confirmée sur opposition le 5 novembre suivant, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) au 30 septembre 2013 en ce qui concerne les suites de l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2013. Sur la base de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2013, elle a considéré que, à compter de cette date, l'ensemble des troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade. En ce qui concerne l'accident du 4 mars 2008, elle a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré, ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante, entre celui-ci et les lésions cervicales, lombaires et du genou gauche annoncées. Elle a toutefois invité le recourant à lui transmettre le compte-rendu de l'opération au genou gauche du 30 octobre 2013 afin qu'elle puisse examiner son éventuelle responsabilité et, le cas échéant, rendre une décision susceptible d'opposition sur ce point.

**b)** Saisie d'un recours contre la décision sur opposition du 5 novembre 2013, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015.

**aa)** Concernant l'accident du 4 mars 2008, elle a rappelé que celui-ci avait fait l'objet d'une annonce de rechute au mois de juin 2013.

Les radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin effectuées le 28 mai 2013 indiquaient la diminution de calibre du trou de conjugaison C5-C6 gauche, et la présence de discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1. Les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013 montraient un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés tout débutants de C3-C4 et C5-C6, ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Ces éléments médicaux allaient dans le sens des conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_, lequel estimait un retour au *statu quo ante* au maximum 3 à 6 mois après l'accident, les légers troubles objectivés étant d'origine malade. La Cour de céans en a conclu que les atteintes décrites ne pouvaient être attribuées à une rechute de l'accident du 4 mars 2008.

**bb)** En ce qui concerne l'accident du 1<sup>er</sup> avril 2013, la Cour de céans a relevé que les rapports des médecins consultés par le recourant n'étaient pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr B.\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail du recourant était entière au terme d'une période maximum de 3 mois ensuite de cet événement accidentel. Ainsi, le Dr V.\_\_\_\_\_ n'avait retenu qu'une contusion frontale. De son côté, la Dresse D.\_\_\_\_\_ avait relevé que l'intéressé présentait des troubles visuels de l'œil gauche et qu'une IRM ainsi qu'un scanner de contrôle par un neurochirurgien étaient nécessaires. Le recourant a ainsi consulté le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurochirurgien, lequel l'avait opéré en raison d'une scaphocéphalie présente depuis l'enfance. Dans son rapport du 5 juin 2013, ce médecin n'avait signalé aucune anomalie de son point de vue, tout en estimant nécessaire une surveillance ophtalmologique et la consultation du Dr F.\_\_\_\_\_. Ce dernier, dans son rapport du 16 mai 2013, avait mesuré l'acuité visuelle à 9.10/10<sup>e</sup> après correction concernant l'œil gauche (ainsi qu'une amblyopie de l'œil droit). Le recourant s'étant plaint de difficultés de concentration, il avait recommandé la mise en œuvre d'une IRM, mais n'avait toutefois mentionné aucune anomalie, aucune incapacité de travail, ni préconisé aucun traitement.

**cc)** Dans la mesure où l'expert, le Dr B.\_\_\_\_\_, avait relevé que les atteintes dégénératives constatées ne permettaient pas d'expliquer l'étendue des plaintes du recourant, la Cour de céans s'est attachée à examiner la question de la prise en charge par l'assurance-accidents du traitement de troubles sans preuve de déficit organique fonctionnel. Il s'agissait en l'occurrence de troubles non objectivables du point de vue organique, faisant suite à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral, ce qui impliquait l'examen des critères jurisprudentiels développés en matière de troubles psychiques apparus consécutivement à un accident. Au terme de son analyse, la Cour de céans a retenu qu'en présence d'accidents de gravité moyenne, aucun des critères posés par la jurisprudence n'était réalisé, de sorte que la causalité adéquate devait être niée.

**dd)** Enfin, la Cour de céans a réservé la prise en charge par l'intimée des troubles au genou gauche présentés par le recourant à la suite de l'accident du 4 mars 2008. Elle a ainsi retenu que c'était à raison qu'elle avait informé l'intéressé de l'examen de sa responsabilité une fois l'opération du 30 octobre 2013 effectuée. Il lui incomberait dès lors d'examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de l'intervention chirurgicale du 30 octobre 2013.

**ee)** A défaut d'un recours au Tribunal fédéral contre l'arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015, celui-ci est entré en force, ce qui signifie qu'il n'y a par conséquent pas lieu de revenir sur les questions qui y sont définitivement tranchées.

**7.** A lire les nombreux courriers adressés par le recourant tant à l'intimée que dans le cadre de la procédure devant la Cour de céans, on comprend qu'il sollicite, de manière toute générale, la prise en charge des atteintes à la santé consécutives aux accidents des 4 mars 2008 et 1<sup>er</sup> avril 2013. Il convient de rappeler que, hormis l'atteinte au genou gauche, les différents troubles présentés par le recourant à la suite des accidents

précités ont fait l'objet d'une décision sur opposition de la CNA rendue le 5 novembre 2013 et confirmée par la Cour de céans par arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015. Dans cet arrêt, elle a examiné l'existence d'un lien de causalité entre les accidents du 4 mars 2008 et du 1<sup>er</sup> avril 2013 et les atteintes à la santé dont se plaignait le recourant : il s'agissait de troubles neurologiques incluant des problèmes de la vue, des atteintes au rachis cervical et lombaire ainsi que des troubles non objectivables (céphalées, difficultés de concentration, troubles du sommeil). Au regard de l'entrée en force de l'arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015, le tribunal ne saurait une nouvelle fois examiner dans quelle mesure la caisse intimée est susceptible de prendre en charge l'ensemble des atteintes alléguées. Demeurait toutefois réservée la responsabilité de l'intimée en lien avec l'atteinte au genou gauche (cf. consid. 8 ci-après). Dès lors, c'est exclusivement sous l'angle d'éventuelles rechutes qu'il y a lieu de déterminer si les troubles analysés dans le cadre de l'arrêt cantonal peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse intimée. Il convient encore de préciser dans ce contexte que, dans la mesure où l'arrêt cantonal n'a tenu compte que des rapports médicaux antérieurs à la décision sur opposition du 5 novembre 2013 et qu'il y a lieu, dans le cadre de la présente procédure, de se fonder uniquement sur les pièces médicales antérieures à la décision litigieuse (cf. consid. 3a ci-dessus), seuls les documents médicaux émis après le 5 novembre 2013 et pour les faits antérieurs au 14 août 2017 seront pris en considération.

**a)** En ce qui concerne les atteintes du rachis lombaire, il résulte du rapport d'IRM lombaire du 14 mars 2014 que le recourant présente des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, avec un hyposignal T2 diffus des disques, un affaissement modéré de ceux-ci et un petit débord discal circonférentiel. En L5-S1, il existait une petite hernie discale postérieure médiane, sans retentissement significatif sur le sac dural et les racines S1 émergentes. Quand bien même il conviendrait d'écarter le compte-rendu de l'IRM du rachis lombaire du 6 septembre 2017 en tant qu'il est postérieur à la décision entreprise (cf. consid. 3a ci-dessus), il convient de relever qu'il ne fait pas état d'une situation médicale différente. Il met en effet en évidence l'existence d'une

discopathie L4-S1 avec débord discal ainsi qu'une hernie discale L5-S1. Quant au rachis cervical, les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013 ont montré un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés débutants de C3-C4 et C5-C6 ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Telle était également la conclusion de l'IRM du rachis cervical du 4 septembre 2017 ayant mis en évidence une discopathie modérée en C5-C6, soit un trouble dégénératif dû au vieillissement. La situation est donc superposable à celle qui prévalait au moment où l'arrêt cantonal a été rendu.

**b)** En ce qui concerne l'atteinte neurologique, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un courrier du 26 janvier 2015, que l'examen neurologique était normal (cf. aussi dans le même sens ses courriers des 2 janvier et 20 novembre 2017). Concernant plus particulièrement les problèmes de vue invoqués, il ressort de l'IRM cérébrale pratiquée par la Dresse K.\_\_\_\_\_ le 16 janvier 2015 qu'il n'y avait aucune anomalie significative visible le long des voies visuelles ainsi que dans les orbites. Quant au Dr F.\_\_\_\_\_, il a relevé qu'il n'y avait pas d'altération visible sur le plan oculaire (courrier du 29 janvier 2015). Les pièces au dossier n'apportent ainsi aucun élément objectivement nouveau qui n'ait été pris en compte dans le cadre de la procédure précédente.

**c)** En ce qui concerne les suites du traumatisme crânien, il convient de constater que les avis médicaux rendus postérieurement à la décision sur opposition du 5 novembre 2013 ne font état d'aucun élément nouveau. Dans son courrier du 24 juillet 2014, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ a relevé que le traumatisme crânien n'avait pas laissé de séquelles objectives organiques. Pour sa part, le Dr J.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 18 mai 2018 (cf. toutefois consid. 3a ci-dessus) qu'il existait une lésion séquellaire frontale gauche d'allure post-traumatique qui lui semblait déjà visible sur un scanner cérébral réalisé en 2012. Pour le reste, l'examen clinique neurologique pratiqué ce jour était sans anomalie. Cependant, selon la Dresse C.\_\_\_\_\_, une lésion ischémique frontale gauche était apparue et pouvait être attribuée au traumatisme crânien (rapport du 26 janvier 2015) ; cette lésion n'expliquait toutefois pas l'ensemble des

symptômes. Le 2 janvier 2017, ce médecin a confirmé la présence d'une lésion ischémique frontale gauche, précisant toutefois que celle-ci n'était pas responsable d'une asthénie mais pouvait entraîner des difficultés de concentration ou exécutives qui demandaient au recourant un effort supplémentaire pour la gestion de la journée. Il convient de préciser que les problèmes de concentration avaient déjà été évoqués le 16 mai 2013 par le Dr F. \_\_\_\_\_ notamment. Or, le lien de causalité entre ces troubles (difficultés de concentration ou exécutives) et l'événement accidentel du 1<sup>er</sup> avril 2013 (cogner la tête contre un tuyau métallique) n'avait pas été admis faute de réaliser les critères jurisprudentiels qui devraient être réunis en cas d'accident de gravité moyenne pour retenir un lien de causalité adéquate (cf. arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015 consid. 5 pp. 18 ss.). Il n'en va pas différemment en l'espèce.

**d)** A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'admettre que les pièces médicales établies après le 5 novembre 2013 et pour des faits antérieurs au 14 août 2017 ne mettent en évidence aucun élément clinique ou diagnostique nouveau par rapport à la situation tranchée dans l'arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015. En d'autres termes, en l'absence d'évolution des atteintes à la santé ayant fait l'objet d'un examen matériel par la Cour de céans, elles ne sauraient engager la responsabilité de la caisse intimée au titre d'éventuelles rechutes.

**8.** Dans son arrêt du 1<sup>er</sup> mai 2015, la Cour de céans a expressément réservé l'examen de la prise en charge par l'intimée de l'atteinte au genou gauche présentée par le recourant à la suite de l'accident du 4 mars 2008 compte tenu de l'intervention chirurgicale du 30 octobre 2013. Dans la mesure où l'intimée n'avait pu se déterminer quant à sa responsabilité dans sa décision sur opposition du 5 novembre 2013, la Cour de céans l'a invitée à examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de cette intervention. Reprenant l'instruction du cas sur ce point, elle a nié son obligation de prester par décision sur opposition du 14 août 2017.

**a)** Il ressort du courrier du 30 octobre 2013 du Dr H. \_\_\_\_\_ que celui-ci a reçu le recourant pour la réalisation d'une arthroscopie du genou gauche suite à des gonalgies évoluant depuis plusieurs mois avec, à l'IRM, des lésions méniscales du compartiment interne. Le compte-rendu opératoire daté du même jour mettait en évidence une hypertrophie synoviale relativement étendue dans toute l'articulation du genou associée à de multiples lésions de chondrite stade II/III du condyle fémoral interne avec une lésion minimale du ménisque. Il était précisé que le ligament croisé antérieur était tout à fait dans les normes.

L'IRM du genou gauche effectuée le 18 avril 2008 indiquait déjà une chondropathie débutante et une petite zone en hypersignal au niveau de la partie supérieure du ligament croisé antérieur vraisemblablement séquellaire d'une lésion traumatique ancienne, étant rappelé que le recourant avait été victime d'un accident de la voie publique en 1987 ayant entraîné un traumatisme du genou gauche.

Dans son rapport du 6 octobre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant souffrait d'une arthrose plus que débutante, le bilan radiologique confirmant des lésions dégénératives au niveau des différents compartiments du genou. Le 17 novembre 2016, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé que les douleurs dont le recourant se plaignait étaient manifestement en rapport avec des lésions dégénératives tout à fait débutantes, si bien qu'il envisageait une nouvelle arthroscopie.

Le 17 janvier 2017, le Dr W. \_\_\_\_\_ a examiné le protocole opératoire du 30 octobre 2013 et a constaté qu'il décrivait clairement une usure du compartiment interne de genou gauche que l'accident du 4 mars 2008 n'était pas susceptible d'avoir produite.

**b)** Selon un avis médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 30 janvier 2017, le recourant a été pris en charge en chirurgie ambulatoire pour une nouvelle arthroscopie de lavage de son genou gauche pratiquée le même jour. Le recourant présentait une gonarthrose modérée de ce genou résistante aux infiltrations. Le compte-rendu opératoire daté du même jour

mettait notamment en évidence une chondropathie de stade II-III au niveau du tibia et de stade I au niveau du fémur.

Dans un rapport médical du 10 mai 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant avait bénéficié de deux arthroscopies de lavage ayant permis de retrouver des lésions chondrales de moyenne gravité.

**c)** L'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ du 10 août 2017, qui a fondé la décision sur opposition rendue par l'intimée le 14 août 2017, tient compte de l'ensemble du dossier médical et en déduit que la simple contusion du genou gauche lors de l'accident du 4 mars 2008 n'avait entraîné aucune lésion structurelle d'importance. La petite lésion, de type méniscale, du ménisque interne s'inscrivait dans le cadre d'un processus dégénératif affectant cette articulation. Quant à la lésion très partielle du ligament croisé antérieur, elle n'a jamais été retrouvée sur les IRM postérieures à celle de 2008 (cf. compte-rendus d'IRM du genou gauche des 4 octobre 2010, 29 janvier 2013, 25 juin 2013 et 29 septembre 2016), de sorte que le Dr W.\_\_\_\_\_ en déduit qu'elle a guéri rapidement.

**d)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_. Outre qu'elle n'est contredite par aucune pièce au dossier, il y a lieu de rappeler que les avis médicaux postérieurs à la décision entreprise ne sont pas pris en compte (cf. consid. 3a ci-dessus), ce d'autant plus que le recourant a apparemment subi une nouvelle chute le 9 septembre 2017 qui aurait atteint ses deux genoux (cf. rapport de l'Institut O.\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2017).

**e)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les atteintes au genou gauche du recourant et l'accident du 4 mars 2008 n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée était ainsi fondée à refuser de lui octroyer des prestations concernant ces troubles.

**9.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**10. a)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**b)** Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 14 août 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- M. X. \_\_\_\_\_,
- 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 :