

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
Mme Berberat et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...] (F), recourant,

et

D. _____ **GÉNÉRALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**, à Lausanne,
intimée.

Art. 4, 53 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Ressortissant français, X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est assuré, au titre de son activité salariée de physiothérapeute exercée depuis le 1^{er} décembre 1997 auprès de l'Hôpital du [...], à [...] (actuellement Hôpital [...], [...], à [...]), contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de D._____ Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la D._____ ou l'intimée).

Le 19 juin 2002, sur le chemin de retour depuis son travail, l'assuré a été victime d'un accident de la voie publique (polytraumatisme avec traumatisme crânio-cérébral [TCC] compliqué de contusions bifrontales cérébrales et d'un hématome fronto-pariétal droit, fractures fronto-temporale et sphénoïde droites, fracture du rocher droit, de l'arcade zygomatique droite et du plancher orbitaire droit) annoncé le lendemain à la D._____ qui a pris en charge les frais de traitement médical et a servi ses indemnités journalières à des taux variables jusqu'au 12 juin 2005.

Le 13 juin 2005, l'assuré a repris l'exercice de son activité professionnelle à plein temps.

La D._____ a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale Q._____ de [...]. Dans le rapport d'expertise établi le 27 juin 2007, les experts du Q._____ ont constaté la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Ils étaient d'avis que celui-ci pouvait travailler à temps complet dans son activité habituelle en milieu hospitalier, mais que les troubles neuropsychologiques qu'il présentait ainsi que la fatigue/fatigabilité entraînaient une perte de rendement qui pouvait être estimée à 20 %. Les experts ont retenu que les troubles sur les plans neuropsychologique et psychique entraînaient une perte à l'intégrité de 15 %. L'atteinte oto-neuro-vestibulaire causait une perte à l'intégrité de 25 %. Ils ont relevé que les troubles cardiaques n'étaient pas en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident de la voie publique du 19 juin 2002.

A partir du 1^{er} septembre 2007, l'assuré a réduit son taux d'activité professionnelle auprès de l'Hôpital [...], [...], à [...], passant d'un contrat de travail de durée indéterminée de 100 % à 80 %.

Par décision du 3 septembre 2007, la D. _____ a alloué à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux de 40 %. En revanche, elle a nié le droit de celui-ci à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, au motif que, selon l'employeur, l'assuré ne subissait aucune diminution de rendement dans son activité habituelle de physiothérapeute et percevait un plein salaire qui correspondait à un rendement normal.

Le 5 octobre 2007, l'assuré a requis un délai supplémentaire de quinze jours pour motiver les conclusions de son opposition formée le même jour contre la décision du 3 septembre 2007.

Par décision sur opposition du 12 octobre 2007, la D. _____ a déclaré irrecevable l'opposition formée le 5 octobre 2007 car tardive.

Saisi d'un recours contre cette décision sur opposition, le Tribunal des assurances du canton de Vaud l'a rejeté par jugement du 28 mars 2008 (cause AA 138/07 - 30/2008).

A la suite du recours en matière de droit public interjeté par l'assuré, le Tribunal fédéral a, par arrêt du 26 janvier 2009 (8C_404/2008), rejeté le recours et confirmé le jugement du Tribunal des assurances du canton de Vaud du 28 mars 2008.

B. **a)** Par lettre du 17 janvier 2011, l'assuré a fait part à la D. _____ de son intention de diminuer son activité professionnelle à l'hôpital et a demandé à son assureur-accidents de lui reconnaître le « droit à une incapacité de 20 % » correspondant à la baisse de rendement déterminée par les experts du Q. _____ pour les suites de l'accident du mois de juin 2002.

Par courrier du 13 juillet 2011, la D._____ a confirmé à l'assuré que sa situation liée à l'accident non professionnel subi le 19 juin 2002 ne lui donnait pas le droit à une rente d'invalidité, ni à des indemnités journalières de l'assurance-accidents, au vu du salaire versé par l'employeur qui n'était pas un salaire social, mais qui correspondait aux compétences de l'intéressé.

Le 20 février 2013, l'assuré a informé la D._____ qu'il présentait une fatigabilité toujours plus importante. Il a fait part de la reprise depuis 2012 d'études de droit à l'Université de [...]. Il sollicitait une compensation de cet investissement de la part de la D._____ « au moins à la hauteur des 20 % de perte de l'intégrité physique et morale » qu'il n'avait jamais « utilisé ».

Le 4 avril 2013, la D._____ a informé l'assuré que l'assurance-accidents ne prévoyait pas de prestations liées à la formation professionnelle, ni aux divers frais susceptibles d'en résulter, si bien qu'elle refusait d'entrer en matière sur la requête de compensation formulée, l'invitant à la faire valoir auprès de l'assurance responsabilité civile du tiers responsable.

Du 6 février 2015 au 31 mars 2015, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale, puis de 20 % depuis le 1^{er} avril 2015 « pour une longue durée », incapacité de travail attestée par le Dr Z._____, médecin-chef du Service de neuroréadaptation à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion.

Dans un rapport du 28 avril 2015, le Dr Z._____ a retenu dans les suites de l'accident de la voie publique survenu en 2002, entre autres diagnostics, des séquelles cognitivo-comportementales post-TCC sévère avec contusions bi-frontales et hématome fronto-pariétal droit chez l'assuré, lequel avait séjourné à la CRR du 23 juillet au 13 août 2002.

Par appréciation sur dossier médical du 3 mai 2016, le Dr B._____, spécialiste en médecine générale, médecin-conseil de la

D._____, a estimé que les troubles relatés par l'assuré ne pouvaient pas justifier une incapacité de travail, si bien qu'il recommandait à l'assureur-accidents de ne pas intervenir pour l'incapacité de travail depuis le 6 février 2015. Ses constatations étaient en particulier les suivantes (*sic*) :

“Pour rappel, l'assuré a eu un accident de la voie publique le 19.06.2002 entraînant un polytraumatisme avec notamment un TCC sévère (contusions bifrontales et hématome fronto-pariétal droit) avec des fractures fronto-temporales et sphénoïdales droites, une fracture du rocher droit, de l'arcade zygomatique droite et du plancher orbitaire droit.

[...]

Selon le Dr Z._____, l'assuré est anosognosique et a gardé des modifications comportementales qu'il n'avait pas avant l'accident. Ces modifications comportementales se manifesteraient sous la forme d'une irritabilité, et seraient la cause de l'incapacité de travail qui a débuté le 06.02.2016. Elle serait justifiée pour éviter une fatigabilité de l'assuré suite à un conflit de travail.

Un examen neuropsychologique a été fait le 09.03.2015 à la CRR afin de faire le bilan sur cette nouvelle incapacité de travail. Selon le rapport d'examen, l'assuré est “collaborant, adéquat, ni ralenti, ni fatigable”, mais il persisterait “des modifications comportementales (rapportées par les proches surtout) ainsi qu'une anosognosie”.

Je relève que le laps de temps entre la reprise complète du travail le 13.06.2005 et l'annonce d'une rechute en février 2015, soit plus de 10 ans, est trop long pour admettre une relation de causalité entre l'accident et les troubles du comportement de l'assuré. Ces troubles semblent plutôt relever du caractère de l'assuré.

De plus pendant cette période, l'assuré a travaillé à 100 % à la pleine satisfaction de son employeur, en exerçant en plus, le soir, une activité indépendante à son domicile, en France.

Je ne comprends pas non plus le 20% d'incapacité de travail, car l'employeur a résolu le conflit de travail. L'assuré a été déplacé sur un autre site (à [...]) alors qu'il travaillait avant à [...]. Cela fait un an qu'il y travaille et selon l'assuré, cela se déroule bien, et la Direction est satisfaite.

L'assuré explique que sa fatigabilité est liée aux trajets en voiture. Cependant, l'examen neuropsychologique du 09.03.2015 se situe dans les normes et ne retient pas de fatigabilité significative.

Par ailleurs, je relève qu'il ne suit aucun traitement médical, ce qui me fait douter de la pertinence de son incapacité de travail.

De plus, pour autant que l'on reconnaisse la plausibilité des troubles relatés, il s'agirait de troubles surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible. [...]

Par décision du 26 mai 2016, la D. _____ a refusé de prendre en charge les frais médicaux générés depuis le mois de février 2015 en laissant le soin à l'assuré de s'adresser auprès de son assurance-maladie. Après examen de la situation et selon l'avis de son médecin-conseil, la D. _____ a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident non professionnel du 19 juin 2002 et l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 6 février 2015.

Par décision sur opposition du 30 septembre 2016, la D. _____ a rejeté l'opposition formée le 30 mai 2016, complétée le 4 juin 2016, par l'assuré et a confirmé sa décision de refus de prester du 26 mai 2016.

Dans un courrier adressé le 9 novembre 2016 à la D. _____, l'assuré a notamment écrit ceci (*sic*) :

“Je tiens à vous signaler que si vous ne revoyez pas vos conclusions farfelues n'émanant d'aucune expertise, j'envisage une action en justice sur conseil du Dr Z. _____ et avec l'aide de Mr [...], [...]. En espérant une réponse lucide et cohérente.”

En annexe à son courrier, l'assuré a produit un rapport du 28 octobre 2016 du Dr Z. _____, lequel insistait, afin d'éviter toute exacerbation des modifications comportementales de l'assuré qui ne pouvait pas effectuer les gardes prévues et toutes les tâches attendues, sur la nécessité de maintenir le cadre de travail bien adapté qui avait permis la poursuite du travail à 100 % durant plusieurs années. Selon ce médecin, une baisse du rendement de 20 % telle qu'admise par l'expertise au dossier justifiait de retenir une « incapacité de travail à 80 % ». En outre, selon leur localisation, les séquelles traumatiques expliquaient de façon certaine les modifications du comportement (il ne s'agissait pas de traits de caractère). Suivant la littérature médicale, environ 80 % des TCC sévères gardaient des séquelles cognitivo-comportementales invalidantes deux ans après le traumatisme. Enfin, pour améliorer de telles modifications, il convenait avant tout d'adapter l'environnement et l'entourage pour permettre la réinsertion des patients.

Le 5 décembre 2016, en référence au courrier du 9 novembre 2016, la D. _____ a écrit à l'assuré pour l'informer que son médecin-conseil avait répondu, le même jour, au Dr Z. _____.

Le 14 décembre 2016, Me S. _____, agissant alors au nom de X. _____, a informé la D. _____ de son mandat de représentation (en date du 7 décembre 2016) et a demandé de lui transmettre, par retour de courrier, une copie complète du dossier de son mandant au format CD-Rom.

Le 14 décembre 2016, la D. _____ a envoyé le dossier de l'assuré par courriel. Me S. _____ a téléchargé cet envoi électronique le 15 décembre 2016.

Par courrier du 11 avril 2017, Me S. _____ a fait savoir à la D. _____ qu'il était sans nouvelles concernant sa demande d'accès au dossier de l'assuré.

Par lettre du 12 avril 2017, la D. _____ a répondu au conseil de l'assuré qu'il avait eu accès au dossier le 15 décembre 2016.

Aux termes d'un courriel envoyé le 24 novembre 2020, l'assuré s'est adressé à la D. _____ de la manière suivante (*sic*) :

“Suite à votre décision de mai 2016, un recours d'opposition a été exercé par le cabinet [...] de [...], Maître S. _____.
L'inertie de cet avocat m'a conduit à relancer l'affaire. Cet avocat finit par m'avouer que l'action est frappée par le délai de forclusion mais qu'il tenterait de demander une exception pour exercer un recours judiciaire.
A ce jour, je n'ai plus de nouvelles.
C'est pourquoi, je vous demande de me signaler si réellement le délai de forclusion a bien été dépassé pour le recours d'opposition contre votre décision et si vous aviez averti officiellement Maître S. _____ de ce fait.
J'aimerais votre retour dans les plus brefs délais avant la saisie de la CEDH sur violation de son article 6 sur le Droit à un procès équitable.”

Le 30 novembre 2020, la D._____ a répondu à l'assuré que la décision sur opposition du 30 septembre 2016 était effectivement entrée en force.

Le 23 novembre 2023, l'assuré a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, enregistré sous le numéro de cause AA 120/23.

Le 4 décembre 2023, la juge alors en charge de l'instruction de la cause AA 120/23 a écrit ce qui suit à l'assuré :

“Monsieur,

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est une autorité de recours contre les décisions des assureurs sociaux (art. 56 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Votre contestation n'est pas dirigée contre une décision de D._____ et ne saurait davantage être comprise comme un recours pour déni de justice (art. 56 al. 2 LPGA) puisque l'assureur accident LAA D._____ a vraisemblablement rendu une décision en 2017.

En outre, la restitution du délai de recours obéit à des conditions strictes manifestement non réalisées en l'espèce, faute d'empêchement durable depuis 2017 (art. 41 LPGA).

Nous ne pouvons donc entrer en matière et vous renvoyons votre dossier.”

La cause AA 120/23 a été close sans décision.

b) Le 17 février 2024, l'assuré a mis en demeure la D._____ de se positionner à nouveau sur la prise en charge de son incapacité de travail partielle de 20 % « post-traumatique » depuis l'accident de la voie publique du 19 juin 2002, incapacité de travail qui se prolongeait selon un certificat du 3 janvier 2024 joint. Avec sa lettre, l'assuré a également produit un certificat du 4 janvier 2024 du Dr T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la CRR. Ce médecin a attesté que les troubles exécutifs, comportementaux et la fatigabilité présentés par l'assuré étaient la conséquence directe des lésions cérébrales survenues lors du TCC sévère subi le 19 juin 2002.

Par décision du 11 avril 2024, la D._____ a informé l'assuré qu'elle avait déjà statué sur sa demande par décision du 26 mai 2016 puis par décision sur opposition du 30 septembre 2016, laquelle était entrée en force et n'avait pas à être révisée, en l'absence d'élément nouveau depuis 2015 au moins.

Le 19 avril 2024, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée, avec la précision que sa contestation reposait sur l'ordonnance d'arrêt de travail partiel post-traumatique de 20 % établie par le Dr T._____.

Le 21 juin 2024, constatant que l'opposition formée le 19 avril 2024 n'était pas motivée, la D._____ a imparti à l'assuré un délai au 12 juillet 2024 pour compléter son opposition.

Le 9 juillet 2024, l'assuré a complété son opposition du 19 avril 2024 en sollicitant de la D._____ d'obtenir des précisions sur la prise de position de son médecin-conseil dans un délai de trente jours, à défaut de quoi il ferait « suivre la procédure récursoire jusqu'aux plus hautes instances ».

Par décision sur opposition du 8 octobre 2024, la D._____ a rejeté l'opposition formée le 19 avril 2024, complétée le 9 juillet 2024, par l'assuré et a confirmé sa décision du 11 avril 2024. Elle a retenu que l'intéressé ne faisait valoir aucun fait nouveau, ni n'amenait de preuve nouvelle, en sorte qu'il se référait à la même situation médicale qui existait depuis son accident du 19 juin 2002, singulièrement à l'incapacité de travail attestée, de façon inchangée, à hauteur de 20 % depuis le mois d'avril 2015. L'assurance-accidents s'estimait fondée à nier un motif de révision de sa décision du 26 mai 2016, confirmée le 30 septembre 2016, si bien que sa décision du 11 avril 2024 de refus d'entrer en matière sur la demande formulée le 17 février 2024 par l'assuré était justifiée.

C. Par acte du 29 octobre 2024, X._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée en concluant à son annulation. En substance, il a

reproché à la D._____ d'avoir refusé à tort la prise en charge des lésions « très importantes et irréversibles » dont il souffrait notamment au niveau cérébral-crânien en convertissant son cas accident en maladie. Il a déploré un abus de faiblesse à son égard en rappelant que son trouble socio-comportemental s'était manifesté sur son lieu de travail et avait causé un arrêt de travail total, puis une incapacité de travail partielle de 20 % attestée par ses médecins (les Drs Z._____ et T._____), également « préconisée » dans l'expertise au dossier. Il a ajouté que la décision de l'assureur-accidents n'avait pas pu donner lieu à un jugement compte tenu du manque d'action de son avocat genevois et de son incapacité à traiter l'affaire seul, situation qui avait abouti à la forclusion. Le recourant craignait pour son intégrité physique et morale étant donné l'absence de prise en charge d'un suivi neurologique annuel par son assurance-accidents.

Dans sa réponse du 5 décembre 2024, la D._____ a conclu au rejet du recours en renvoyant à la décision sur opposition attaquée qu'elle maintenait en intégralité.

Le 9 janvier 2025, le recourant a requis, à titre de mesures d'instruction, l'audition des Drs Z._____ et T._____ en qualité de témoins dans la présente cause.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recourant est domicilié en France. Il apparaît néanmoins qu'il exerce son activité professionnelle de physiothérapeute à l'Hôpital [...], [...], entreprise de droit public dont le siège est à [...]. Le recours a ainsi été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 2 LPGA) et il satisfait aux autres conditions de forme ; il est donc recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, par son courrier qu'il avait adressé à l'intimée le 17 février 2024, le recourant a sollicité l'allocation d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents en lien avec l'incapacité de travail à 20 % qu'il présente depuis le 1^{er} avril 2015. Selon le recourant, qui se prévaut de divers rapports médicaux établis successivement par les Drs Z. _____ et T. _____, cette incapacité de travail partielle serait à mettre en lien avec les troubles comportementaux et cognitifs qui lui avaient été diagnostiqués par ses médecins et qui seraient eux-mêmes consécutifs au traumatisme crânio-cérébral sévère qu'il avait subi lors de son accident de la voie publique du 19 juin 2002.

c) aa) Il apparaît toutefois que, par décision sur opposition du 30 septembre 2016, l'intimée s'était déjà prononcée quant au droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, déniait alors au recourant le droit à une rente en lien avec son incapacité de travail partielle, estimant que celle-ci ne se trouvait pas en rapport de causalité avec l'accident du 19 juin 2002.

Comme l'a observé à juste titre l'intimée, cette décision sur opposition est entrée en force, de sorte que la cause devait être traitée sous l'angle de la révision procédurale décrite à l'art. 53 al. 1 LPGA.

bb) Aucun élément au dossier ne permet en effet de considérer que le recourant avait contesté la décision sur opposition du 30 septembre 2016 en temps utile par la voie d'un recours.

Certes, le 9 novembre 2016 - soit potentiellement avant l'échéance du délai de recours de trente jours -, le recourant avait produit à l'attention de l'intimée un rapport médical établi par le Dr Z._____ le 28 octobre 2016, requérant de l'intimée que, sur cette base, elle revoie les « conclusions farfelues » contenues dans sa décision du 30 septembre 2016, à défaut de quoi il envisagerait une « action en justice » avec l'aide d'un avocat.

Cela étant relevé, l'intimée avait soumis ce rapport à son médecin-conseil, lequel avait considéré en substance, le 5 décembre 2016, qu'il n'était pas de nature à remettre en cause son appréciation initiale ; cette prise de position avait été transmise au recourant par courrier du même 5 décembre 2016. Aussi, alors même que, pour la défense de ses intérêts, le recourant avait mandaté l'avocat S._____ dès le 7 décembre 2016, lequel avait eu accès au dossier dès le 15 décembre 2016, il n'a jamais prétendu, à aucun moment par la suite, que son courrier du 9 novembre 2016 devait être considéré comme un recours qu'il entendait former contre la décision sur opposition du 30 septembre 2016, et non, au vu de sa teneur, comme une demande de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 3 LPGA. Il n'a pas non plus fait valoir que le courrier de l'intimée du 5 décembre 2016 avait fait courir un nouveau délai de recours, étant observé que, quoi qu'il en soit, il n'est pas fait état au dossier d'autres actes qui pourraient être compris comme un recours interjeté en temps utile contre une décision de l'intimée.

cc) Au demeurant, le recourant ne se plaint pas d'un déni de justice, ni ne se prévaut de motifs propres à justifier une restitution de

délai au sens de l'art. 22 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36).

dd) Il s'ensuit que, la décision sur opposition du 30 septembre 2016 étant ainsi entrée en force, le litige porte exclusivement sur le point de savoir si le recourant a invoqué des faits nouveaux importants ou des moyens de preuve nouveaux, au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, susceptibles de remettre en cause cette décision sur opposition.

3. a) Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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 pas être produits auparavant.

b) 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 (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (qui correspond à l'ancien art. 137 let. b OJ et auquel s'applique la jurisprudence rendue à propos de cette norme, cf. ATF 144 V 245 consid. 5.1). La révision suppose la réalisation de cinq conditions : 1° le requérant invoque un ou des faits ; 2° ce ou ces faits sont "pertinents", dans le sens d'importants ("erhebliche"), c'est-à-dire qu'ils sont de nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte ; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu : il s'agit de pseudo-nova ("unechte Noven"), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables ; 4° ces faits ont été découverts après coup ("nachtraglich"), soit postérieurement au jugement, ou plus précisément, après l'ultime moment auquel ils pouvaient encore être utilement invoqués dans la procédure principale ; 5° le requérant n'a pas pu, malgré

toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2).

c) 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'un nouveau rapport médical 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 le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_562/2020 du 14 avril 2021 consid. 3.3 et la référence ; sur le tout TF 9C_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 2.2).

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs,

ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3).

6. a) En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 30 septembre 2016, l'intimée avait estimé en substance que les troubles comportementaux présentés par le recourant depuis le mois de février 2015, qui avaient pris la forme d'une irritabilité et d'une fatigabilité importantes, n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident qu'il avait subi le 19 juin 2002, lors duquel il avait notamment été atteint d'un traumatisme crânio-cérébral sévère. Elle s'était à cet égard fondée sur le rapport établi le 3 mai 2016 par le Dr B._____, médecin-conseil, lequel avait exclu toute relation de causalité, considérant que les troubles en question semblaient relever du caractère du recourant et non d'une quelconque pathologie. Le médecin avait du reste mis en exergue, comme autant d'éléments qui permettaient de douter de l'existence d'un rapport de causalité, l'important laps de temps écoulé entre l'accident (juin 2002) et la survenance des troubles comportementaux (février 2015), de même

que l'absence de traitement médical poursuivi en lien avec ces troubles. Il était également fait état d'un examen neuropsychologique réalisé le 9 mars 2015 à la CRR, qui se situait dans les normes et ne révélait pas une fatigabilité significative.

b) Comme l'a observé l'intimée, le recourant n'a fait valoir, à l'appui de sa demande formulée le 17 février 2024, aucun fait nouveau, ni aucune preuve nouvelle.

En particulier, on cherche en vain dans les rapports médicaux établis successivement par le Dr Z._____, puis par le Dr T._____, tout élément nouveau qui serait de nature à remettre en cause le raisonnement opéré par l'intimée dans sa décision sur opposition du 30 septembre 2016, les médecins précités se limitant en définitive, sans étayer précisément leurs propos, à exposer l'avis selon lequel les troubles en question seraient de nature post-traumatique et dès lors en lien de causalité avec l'accident du 19 juin 2002. En tout état de cause, les deux médecins ne font nullement part d'une aggravation depuis 2015 des troubles comportementaux dont serait atteint le recourant. Au contraire, ils insistent sur sa résilience et ses facultés à s'adapter dans le contexte de son activité professionnelle, qu'il est parvenu à conserver, au fil des années, à un taux de 80 %, à satisfaction de son employeur, comme cela était déjà le cas en septembre 2016, étant encore précisé qu'il avait été déplacé sur un autre site à [...] depuis 2014 à la suite d'un conflit sur l'ancien lieu de travail à [...].

c) On observera de surcroît que la position du Dr Z._____ était déjà connue de l'intimée au moment de la décision sur opposition du 30 septembre 2016, mais qu'elle l'avait tenue pour non probante au regard des conclusions formulées le 3 mai 2016 par son médecin-conseil, le Dr B._____.

d) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en considérant qu'à défaut d'un motif de révision, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la demande formulée le 17 février 2024 par le recourant.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi les réquisitions du recourant tendant à l'audition des Drs Z._____ et T._____ seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

8. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 8 octobre 2024 par D._____ Générale, Compagnie d'Assurances SA, est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- X. _____,
- D. _____ Générale, Compagnie d'Assurances SA,
- office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :