

VD_GERICHTE ZA24.000502 vom 16. Juni 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.000502

FR: VD_GERICHTE ZA24.000502 du 16 juin 2025

IT: VD_GERICHTE ZA24.000502 del 16 giugno 2025

Erwägungen

E. 30

%. Cette décision n'a pas été contestée. C. Par décision du 13 décembre 2022, l'OAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %, pour la période du 1er septembre 2019 au 31 juillet 2021. D Entre-temps, Z. _____, désormais représenté par Me Jean- Michel Duc, a adressé à la CNA le 7 novembre 2022 un courrier intitulé « annonce de rechute », faisant valoir que son état de santé s'était aggravé postérieurement à la décision de la Caisse du 22 juin 2021, en particulier au niveau de la colonne cervicale atteinte par l'accident du 24 mars 2012. Dans un rapport du 2 décembre 2022 se référant à l'événement du 24 mars 2012, le Dr U. _____ a fait état d'une aggravation de la statique cervicale, évoquant par ailleurs, entre autres diagnostics, un syndrome de whiplash cervical et un syndrome dépressif post-traumatique. En annexe à ce compte-rendu, figurait un rapport du 18 mars 2022 du Dr S. _____, médecin assistant au Département de chirurgie du Centre hospitalier D. _____, indiquant que l'assuré avait fait l'objet d'une appendicectomie le 17 mars 2022.

- 8 - Par rapport du 16 décembre 2022, le Dr U. _____ a expliqué que l'assuré présentait, depuis la chute dont il avait été victime à l'Hôpital de T. _____, une cyphose cervico-dorsale très prononcée qui n'était pas réductible et qui s'aggravait au fil du temps, sans que rien ne puisse soulager le patient au niveau médical. Par avis du 13 janvier 2023, le Dr N. _____ a retenu que le rapport du Dr U. _____ du 16 décembre 2022 ne mettait en évidence aucun nouveau trouble, respectivement aucune notion d'aggravation de l'état de santé depuis le précédent examen réalisé en 2021. Notamment, l'appendicite traitée au Centre hospitalier D. _____ n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 24 mars 2012. Par correspondance du 16 janvier 2023, la CNA a signifié à l'assuré que, selon la documentation médicale à disposition, les séquelles de l'accident du 24 mars 2012 ne s'étaient pas aggravées, que la reprise d'un traitement médical ne se justifiait pas et qu'il n'y avait pas lieu d'allouer d'autres prestations d'assurance – sous réserve de la prise en charge des anti-douleurs prescrits pour les douleurs du rachis cervical et des contrôles médicaux encore nécessaires. Le 17 février 2023, l'assuré a requis de la CNA le prononcé d'une décision formelle. Par décision du 21 février 2023, la CNA a repris les termes de son courrier du 16 janvier précédent. L'assuré, sous la plume de son conseil, a fait opposition à cette décision le 22 mars 2023, arguant que son état de santé avait connu une péjoration sur le plan somatique depuis la décision de la Caisse du 22 juin 2021. Dans un écrit complémentaire du 27 avril 2023, l'intéressé s'est prévalu des réponses fournies le 4 avril 2023 par le Dr U. _____ à un questionnaire élaboré par son conseil. De ce document, on extrait ce qui suit :

- 9 - "1. Status et diagnostics Cervicalgies chroniques invalidantes post-fracture C7 ; troubles de la statique avec cyphose cervico-dorsale en nette aggravation et semblant

irréversible ; déconditionnement physique en rapport et symptomatologie en rapport avec un syndrome whiplash. Syndrome dépressif réactionnel à cette situation physique. Syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Atteinte des nerfs ulnaires des deux coudes. Ostéoporose et HTA traitées. [...] 3. Etat de santé depuis le mois de juin 2021 Cyphose cervico-dorsale s'aggravant et probablement irréversible. Troubles de la concentration, de la mémoire et de l'humeur, en raison d'un syndrome dépressif réactionnel, mais également en relation avec une médication importante avec effets secondaires non négligeables ; médication cependant impérative pour améliorer sa qualité de vie. [...] 5. Cette aggravation est-elle en lien de causalité vraisemblable avec les accidents de Monsieur Z._____ ? Sans aucun doute possible." Par avis du 24 mai 2023, le Dr N._____ a retenu que le rapport susdit ne reposait sur aucun élément objectif et qu'en particulier l'aggravation évoquée par le Dr U._____ n'était pas documentée, notamment par des examens radiologiques. Par envoi du 31 juillet 2023, l'assuré a sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale. Il a également transmis à la CNA un questionnaire soumis par son conseil au Dr L._____ et complété par ce dernier le 28 juin 2023, dont on extrait ce qui suit : "2. Quels sont les diagnostics retenus : Diagnostic principal : • Cervicoscapulalgies chroniques bilatérales invalidantes avec : • Status post chute de sa hauteur avec traumatisme cervical indirect en 2018 • Status post accident le 23 mars 2012 avec fracture de la dent de C2, l'épineuse de C7 et du plateau vertébral antérieur du T1 • Troubles statiques avec cyphose cervicodorsale • Déconditionnement physique global focal • Symptomatologie compatible avec un syndrome Whiplash Diagnostics secondaires, comorbidités, antécédents :

- 10 - • Syndrome du tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite • Trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites [...] • Légère atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes [...] 3. L'état de santé s'est-il aggravé depuis le mois de juin 2021 : Par rapport à mon examen de mai 2020, le patient décrit une péjoration subjective de sa cyphose cervico-dorsale, ainsi que l'apparition de symptômes neurologiques, surtout sous forme des fourmillements aux membres supérieurs, surtout au niveau des mains. La nouvelle IRM de la colonne cervicale décrit une stabilité globale du status radiologique par rapport à l'IRM de 2019. 4. Pouvez-vous décrire préciser et objectiver l'aggravation de l'état de santé Monsieur Z._____ [...] : Monsieur Z._____ présente donc cervicoscapulalgies non déficitaires chroniques sur le plan objectif clinique. Pa[r] rapport au status de 2020, il présente une accentuation subjective de la cyphose cervico-dorsale et des paresthésies/ dysesthésies diffuses aux deux membres supérieurs et des brachialgies dont le développement est plutôt récent. L'examen neurologique récent parle en faveur d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral à prédominance D, qui expliquerait en partie en tout cas cette symptomatologie. L'IRM récente conclut à la globale stabilité des remaniements osseux post-ancienne fracture consolidée du processus odontoïde, ainsi que de C7, l'absence de lésion traumatique récente, absence de myélopathie, présence de discopathies modérées avec discret rétrécissement foraminaux dégénératif non significatif en C5- C6 et C6-C7, présence de mastoïdite gauche. Comme limitations fonctionnelles, je retiens les mêmes que décrites par mes collègues de la Clinique V._____ en 2020, c'est-à-dire port de charges > à 5-10 kg de manière répétée, activité nécessitant des mouvements répétitifs de la colonne cervicale, activité nécessitant l'extension de la nuque au-delà de l'horizontale. L'apparition des symptômes neurologiques aux membres supérieurs pourrait être attribuée au syndrome du tunnel carpien bilatéral diagnostiqué avec l'examen neurologique et électrophysiologique

récemment réalisé. Il n'y a pas a priori une aggravation de l'état anatomique cervical pouvant expliquer la symptomatologie récente aux membres supérieurs. [...] Remarque : Cher Maître, je me permets d'exprimer que les questions posées correspondent plus à une expertise médicale. La réalisation d'une expertise médicale dépasse les objectifs de notre consultation normale en médecine physique et réadaptation, dont l'objectif est

- 11 - thérapeutique. En mai 2021, devant u[n] tableau clinique chronique avec des limitations majeures, j'avais proposé une prise en charge pour thérapies et évaluation à la Clinique V._____, ce qui a été fait. Éventuellement donc, une expertise pourrait mieux répondre à vos questions." Par envoi électronique du 31 août 2023, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, a transmis à la CNA un rapport établi par ses soins le 16 mars 2023 à l'attention du Dr U._____. Ce rapport mentionnait en particulier les diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral à légère prédominance à droite, de légère atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes, de cervicalgies chroniques invalidantes (après fracture de la dent de la lame droite et gauche de C7 en 2012, status après chute de sa hauteur en septembre 2018, troubles statiques avec cyphose cervico-dorsale, déconditionnement physique et symptomatologie compatible avec un syndrome Whiplash), ainsi que d'état dépressif sous traitement et suivi. Le Dr P._____ exposait par ailleurs que le patient avait développé depuis environ deux mois des paresthésies de localisation diffuse dans les mains et les bras et qu'un électroneuromyogramme du 15 mars 2023 avait mis en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral, à légère prédominance à droite, et une atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes, sans montrer en revanche de signe évocateur d'une souffrance radiculaire C6 jusqu'à C8 à droite, mis à part quelques potentiels de réinnervation au niveau du myotome C7. Le 8 septembre 2023, la CNA a réceptionné le rapport relatif à l'IRM de la colonne cervicale mentionnée par le Dr L._____ le 28 juin 2023. Ce compte-rendu, établi le 8 mai 2023 par les Drs K._____ et M._____, respectivement médecin chef et médecin assistante au Service de radiologie de l'Hôpital de T._____, concluait à une globale stabilité des remaniements osseux post ancienne fracture consolidée du processus odontoïde ainsi que de C7, à l'absence de lésion traumatique récente ou de myélopathie, à une discopathie modérée avec discret rétrécissement foraminaux dégénératif non significatif en C5-C6 et C6-C7, ainsi qu'à une mastoïdite gauche.

- 12 - Par avis du 11 octobre 2023, le Dr N._____ a maintenu l'appréciation formulées dans ses précédentes prises de position des 13 janvier et 24 mai 2023. Il a souligné, à cet égard, que l'IRM du 8 mai 2023 montrait une globale stabilité des remaniements osseux consécutifs à la fracture consolidée du processus odontoïde de C7 [sic], stabilité confirmée par le Dr L._____, lequel avait au surplus confirmé les limitations fonctionnelles précédemment identifiées par les médecins de la Clinique V._____. Le Dr N._____ a également souligné que les diagnostics de syndrome du tunnel carpien et de légère atteinte d'un nerf ulnaire relevaient de façon prépondérante de la maladie et n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec les événements concernés. Plus particulièrement interpellé quant à la nécessité de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, telle une expertise, le médecin d'arrondissement de la CNA a répondu que les éléments et les rapports à disposition étaient « suffisants et exhaustifs pour pouvoir conclure ». Par décision sur opposition du 8 décembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 21 février 2023. Dans sa motivation, la Caisse a fait siennes les conclusions du Dr N._____ quant à l'absence d'élément objectif dans le sens d'une

aggravation de l'état de santé de l'intéressé depuis la décision du 22 juin 2021. La Caisse a par ailleurs refusé de donner suite à la requête de l'assuré portant sur la mise en œuvre d'une expertise médicale, faute d'élément pouvant objectivement justifier un tel complément d'instruction. Elle a conclu qu'il y avait lieu, dans ces conditions, de refuser l'allocation d'autres prestations que la rente d'invalidité. E. Agissant par l'entremise de son conseil, Z. _____ a recouru le 5 janvier 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'allocation de plus amples prestations de la part de l'intimée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction notamment sous la forme d'une expertise puis nouvelle décision. Préalablement, le recourant a

- 13 - sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et sollicité, entre autres, la production de son dossier complet en mains de l'OAI. Sur le fond, l'intéressé a fait valoir que les rapports émis par les Drs U. _____ et L. _____, parlaient en faveur d'une aggravation de son état de santé depuis la décision du 22 juin 2021, contrairement à l'appréciation défendue par le Dr N. _____, médecin interne à l'assurance et « pro- assureur ». Il a par ailleurs reproché à la CNA de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise médicale alors même que le Dr L. _____, dans son rapport du 28 juin 2023, avait estimé une telle mesure nécessaire pour répondre notamment à la question de l'aggravation de son état de santé. Relevant de surcroît que la problématique dépassait le cadre d'une simple consultation selon le Dr L. _____, le recourant a jugé étonnant que le Dr N. _____ se soit prononcé uniquement sur dossier. L'intéressé a ajouté qu'un examen allait être mis en œuvre auprès du Dr J. _____, neurologue, et a demandé à pouvoir compléter son recours une fois en possession du rapport y relatif. Par décision du 10 janvier 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 5 janvier 2024 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Aux termes de sa réponse du 8 février 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. La CNA a notamment souligné que rien n'incitait à s'éloigner de l'appréciation émise le 6 [recte : 11] octobre 2023 par le Dr N. _____, lequel s'était prononcé sur la base d'un dossier comportant suffisamment d'éléments et de rapports médicaux permettant de se déterminer en toute connaissance de cause. Par réplique du 13 mars 2024, le recourant a confirmé ses précédents motifs et conclusions. Il a requis un délai supplémentaire de trois mois pour compléter son écriture, expliquant être dans l'attente d'une appréciation médicale de son état de santé.

- 14 - Dupliquant le 19 avril 2024, l'intimée a maintenu sa position et s'est en particulier opposée à la prolongation de délai requise par le recourant, relevant que celle-ci s'apparentait à une demande de suspension de la procédure mais qu'aucun élément concret et pertinent ne permettait de justifier la nécessité d'une telle démarche. Se déterminant spontanément le 7 mai 2024, le recourant a réitéré sa requête visant à la mise en œuvre d'une expertise. Il a par ailleurs produit un rapport du 12 février 2024 du Dr J. _____ au Dr U. _____, faisant suite à une consultation du jour même intervenue dans le contexte d'un bilan neurologique. Aux termes de ce compte-rendu, le Dr J. _____ relevait en particulier que le status neurologique était dominé par la limitation des mouvements en raison des douleurs, mais sans signe objectif de parésie, d'ataxie, de modification des réflexes ou de troubles de la sensibilité ; il n'y avait pas non plus de polyneuropathie, d'atteinte aux paires crâniennes ou de vrai syndrome lombo-vertébral. Relevant que le

tableau était marqué par une chronification et un aspect dépressif justifiant la prise d'antidépresseurs, le Dr J. _____ a préconisé une présentation dans le cadre de l'interface entre le syndrome douloureux chronique et l'aspect psychiatrique, dont il ignorait la nature exacte. Il a également indiqué que l'intéressé avait été opéré d'un tunnel carpien à la main droite, sans amélioration, et que l'opération pour le côté gauche avait été retardée. Le 28 mai 2025, Me Duc a produit le relevé des opérations effectuées et sollicité l'octroi d'un délai au 31 juillet 2025, en vue de la production d'un rapport médical. Le 16 juin 2025, la magistrate en charge du dossier a refusé de donner suite à cette requête. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) 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

- 15 - 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'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Est litigieux le point de savoir si le recourant peut prétendre, au titre de rechute ou de séquelle tardive, à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'aggravation de son état de santé annoncée le 7 novembre 2022, singulièrement si cette dégradation présente un lien de causalité avec les accidents subis en 2012 et 2018 précédemment pris en charge par l'intimée. 3. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'événement assuré initial touchant le rachis cervical est survenu avant cette date, le 24 mars 2012, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour les suites de cet événement est soumis à l'ancien droit, quand bien même des évolutions ultérieurement ont été mises en évidence à la suite de l'événement du 18 septembre 2018 (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 [RO 2016 4375] ; TF 8C_354/2020 du 27 avril 2021 consid. 3 ; 8C_807/2019 du 1er février 2021 consid. 3). 4. a) 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. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

- 16 - b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis lorsque le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 148 V 356 consid. 3; 148 V 138 consid. 5.1.1; 142 V 435 consid. 1). 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). Si la causalité adéquate coïncide pratiquement avec la causalité naturelle en présence d'une atteinte à la santé physique (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb), la jurisprudence soumet cet examen à des règles particulières en cas d'atteinte à la santé sans déficit organique objectivable (TF 8C_558/2023 du 27 novembre 2024 consid. 3.1), en fonction du déroulement de l'événement accidentel et compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6, 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6, 403 consid. 5). c) 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 (ATF 148 V 356 consid. 3). Ainsi, l'art. 11 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) prévoit que les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de

- 17 - séquelles tardives ; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 LAA. 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 affection 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 consid. 3a et les références ; TF 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident (TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3 et les références). A cet égard, il est admis que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve – au degré de la vraisemblance prépondérante – du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références). Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 et les références). e) En vertu de l'art. 21 al. 1 let. b LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient

- 18 - notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci. Il résulte par ailleurs de l'art. 21 al. 3 LAA (tant dans sa teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2016 que dans celle en vigueur depuis le 1er janvier 2017) qu'en cas de rechute ou de séquelles tardives d'un accident, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, outre la rente, aux prestations pour soins et remboursements de frais (art. 10 à 13 LAA) ; si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau

traitement médical. 5. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) 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

- 19 - 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2). d) 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). 6. a) En l'occurrence, il est constant que le recourant a été victime d'un premier accident le 24 mars 2012, occasionnant des fractures

- 20 - au niveau des vertèbres C2, C7 et Th1. Il est établi, sur la base du dossier, que ces atteintes ont été traitées conservativement et que l'intéressé, après une période d'incapacité

totale de travail, a pu reprendre son activité professionnelle dès le 13 août 2012, à plein temps. Il n'est pas davantage disputé que l'assuré a été victime d'un second accident le 18 septembre 2018, dont les suites ont été considérées comme une rechute de l'événement du 24 mars 2012 (cf. avis du Dr H. _____ du 8 mai 2019), respectivement une séquelle de cet événement (cf. décision de la CNA du 22 juin 2021). Les investigations menées dans ce contexte ont démontré que les fractures subies en 2012 étaient toutes consolidées et qu'il n'y avait pas de nouvelle lésion ou de déformation sévère (cf. rapports d'examen radiologiques du Dr R. _____ des 21 et 22 octobre 2019 ; cf. rapport du Dr L. _____ du 12 mai 2020), mais qu'il existait une cyphotisation de la vertèbre D1 avec la fracture de C7, respectivement un trouble statique avec cyphose cervico-dorsale, susceptible de provoquer des douleurs chroniques au niveau de la musculature (cf. rapport du Dr W. _____ du 15 janvier 2020 ; cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020 des Drs C. _____ et G. _____ de la Clinique V. _____). Du point de vue de la médecine d'assurance, il a plus particulièrement été retenu que le cas était stabilisé et que l'intéressé disposait d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée (cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ de la Clinique V. _____, complété le 23 avril 2021 par le Dr C. _____ ; cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021). C'est sur cette base que la CNA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 11 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % (cf. décision du 22 juin 2021), tout conservant à sa charge les anti-douleurs prescrits pour le rachis cervical et les contrôles médicaux encore nécessaires (cf. communication de la Caisse du 5 mai 2021). Il convient encore d'ajouter, au demeurant, que la prise en charge par la CNA des événements annoncés en 2012 et 2018 n'a fait l'objet d'aucune contestation de la part de l'assuré à l'époque des faits

- 21 - concernés ; notamment, la décision du 22 juin 2021 est entrée en force, sans que l'intéressé n'ait usé de la faculté d'y faire opposition au sens de l'art. 52 LPGA. Il ne saurait donc être question, au stade de la présente procédure, de revenir sur les éléments y relatifs – ce que le recourant n'invoque pas, du reste. b) Cela étant, dans le cadre des démarches entreprises depuis le 7 novembre 2022 auprès de la CNA puis par-devant la Cour de céans, l'assuré a fait valoir que son état de santé s'était dégradé depuis la décision du 22 juin 2021 et ce, plus précisément, au niveau de sa colonne cervicale préalablement affectée par l'accident du 24 mars 2012. La CNA, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement le Dr N. _____, a pour sa part réfuté une quelconque détérioration des troubles d'origine accidentelle dont elle avait à répondre. aa) Il est vrai que, dans des rapports des 2 et 16 décembre 2022 puis du 4 avril 2023, le Dr U. _____ a fait mention d'une aggravation de la statique cervicale, respectivement d'une cyphose cervico-dorsale en aggravation. Ce médecin n'a cependant pas explicité ses affirmations, pas plus qu'il n'a apporté d'élément médical concret, clinique ou radiologique, susceptible d'objectiver l'aggravation évoquée. En tant qu'elles sont dépourvues de réelle motivation, les assertions péremptoires du Dr U. _____ ne sauraient dès lors être tenues pour convaincantes par le Tribunal. Quant au Dr L. _____, il a indiqué le 28 juin 2023, dans un questionnaire établi par le conseil du recourant, que le patient décrivait certes une péjoration subjective de la cyphose cervico-dorsale depuis le précédent examen réalisé en mai 2020, mais qu'une nouvelle IRM de la colonne cervicale – datée du 8 mai 2023 et dûment versée au dossier de la CNA – témoignait en revanche d'une stabilité globale du status radiologique par rapport à l'IRM de 2019. Le Dr L. _____ a, du reste, estimé que les limitations fonctionnelles décrites en 2020 par les médecins de la Clinique V. _____ demeuraient entièrement

pertinentes,

- 22 - ce qui témoigne d'une absence d'amplification objective des atteintes. En d'autres termes, l'appréciation émise le 28 juin 2023 par le Dr L. _____ met en évidence que les troubles de la colonne cervicale du recourant n'ont pas connu d'évolution objective significative. Aucune notion d'aggravation des troubles de la colonne cervicale ne peut, en outre, être déduite du rapport du 16 mars 2023 du Dr P. _____. En particulier, les potentiels de réinnervation au niveau du myotome de C7 évoqués par le Dr P. _____ n'apparaissent guère significatifs, dans la mesure où ce médecin n'en a pas moins conclu à l'absence de souffrance radiculaire de C6 jusqu'à C8. On notera, du reste, que les potentiels de réinnervation susmentionnés ne paraissent pas résulter de développements organiques récents, dès lors que le Dr R. _____ avait déjà évoqué, le 22 octobre 2019 à la suite d'une IRM de la colonne cervicale, une discrète saillie uncarthrosique droite en C6-C7 réduisant le foramen et pouvant irriter la racine C7 droite, à corrélérer à la clinique. Là encore, on ne voit donc pas de trace tangible d'une détérioration des troubles du rachis cervical du recourant à la suite de la décision du 22 juin 2021. S'agissant par ailleurs du rapport du 12 février 2024 du Dr J. _____ produit par le recourant au cours de la présente procédure judiciaire, la Cour de céans observe que ce document ne décrit aucune évolution objective des atteintes de la colonne cervicale du recourant. Ledit rapport n'apporte donc aucun élément concret évocateur d'une aggravation des atteintes cervicales induites par l'événement de 2012, respectivement des modifications organiques constatées à la suite de l'événement de 2018. Il apparaît, en d'autres termes, que les pièces en mains de la Cour de céans ne témoignent d'aucune rechute, postérieurement à la décision du 22 juin 2021, des atteintes du rachis cervical découlant des événements accidentels précédemment annoncés à la CNA.

- 23 - bb) Rien au dossier ne tend par ailleurs à démontrer le développement, depuis la décision du 22 juin 2021, d'une (nouvelle) atteinte organique ou psychique susceptible d'être rattachée aux événements accidentels de 2012 et 2018. Tout d'abord, si le Dr U. _____ a transmis, avec son rapport du 2 décembre 2022, un compte-rendu du 18 mars 2022 relatif au traitement d'une appendicite au Centre hospitalier D. _____, il reste que l'on peine à voir en quoi le traitement d'une telle atteinte en mars 2022 pourrait être rattaché aux accidents subis les 24 mars 2012 et 18 septembre 2018. Il est par ailleurs constant qu'un électroneuromyogramme du 15 mars 2023 a mis en évidence un syndrome du tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite et une atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes (cf. rapport du Dr P. _____ du 16 mars 2023). A ce propos, il apparaît que tant le Dr P. _____, dans son rapport du 16 mars 2023, que le Dr L. _____, dans le questionnaire rempli le 28 juin 2023, ont souligné le caractère récent de la symptomatologie en question. Pour le reste, aucun avis médical au dossier ne permet d'imputer les atteintes neurologiques susdites aux événements de 2012 et 2018. Bien au contraire, le Dr L. _____ a retenu expressément, le 28 juin 2023, que les troubles affectant les membres supérieurs droits ne pouvaient pas être mis en lien avec une quelconque aggravation de l'état anatomique cervical. Peu importe, dès lors, l'évolution du syndrome du tunnel carpien évoquée le 12 février 2024 par le Dr J. _____. Il n'est pas davantage décisif que certains rapports produits consécutivement à l'annonce de rechute du 7 novembre 2022 fassent mention d'une symptomatologie compatible avec un syndrome de Whiplash, sans autre précision (cf. rapports du Dr U. _____ des 2 décembre 2022 et 4 avril 2023 ; cf. rapport du Dr P. _____ du 16 mars 2023 ; cf. rapport du Dr L. _____

du 28 juin 2023). En effet, tel était déjà le cas lors de la procédure antérieure (cf. rapport du Dr L. _____ du 12 mai 2020). Pour autant, les médecins de la Clinique V. _____ et le Dr

- 24 - N. _____ n'ont retenu aucun argument objectif dans ce sens aux termes de leurs avis respectifs ayant mené à la décision du 22 juin 2021, laquelle échappe à l'appréciation de la Cour de céans (cf. consid. 6a supra). En tout état de cause, il demeure que l'on ne trouve au dossier aucune indication concrète permettant de retenir que l'assuré aurait été victime d'un mécanisme de type "whiplash" ou "coup du lapin" lors des événements de 2012 ou 2018 ; plus spécifiquement, il n'est documenté dans aucun rapport médical en mains de la Cour de céans que l'assuré aurait développé le tableau clinique inhérent à ce type d'atteintes dans les suites immédiates de l'accident de 2012 ou de celui de 2018 (voir à cet égard ATF 134 V 109 consid. 9). La référence faite en 2023 à une symptomatologie de cet ordre n'apparaît donc pas pertinente. On relève également qu'au cours de la présente procédure, un syndrome dépressif réactionnel a été évoqué par le Dr U. _____ (cf. rapports du 2 décembre 2022 et du 4 avril 2023), le Dr P. _____ (cf. rapport du 16 mars 2023) et le Dr L. _____ (cf. rapport du 28 juin 2023). A cet égard, il est constant qu'un état dépressif faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée avait déjà été mentionné au cours de la procédure antérieure et avait, plus spécifiquement, conduit la CNA à tenter d'obtenir des renseignements émanant de la psychiatre traitante de l'assuré, au début de l'année 2020 – en vain. Par rapport du 12 mai 2020, le Dr L. _____ avait quant à lui relevé un état dépressif au titre de comorbidité, mais avec la précision qu'il s'agissait d'un trouble « traité et suivi », sans notion de décompensation. A cela s'ajoute qu'il a finalement été retenu, après un consilium psychiatrique du 17 septembre 2020 (cf. rapport du 15 octobre 2020 du Dr F. _____), que l'assuré présentait non pas un trouble de l'humeur mais un trouble de l'adaptation pour lequel il bénéficiait d'un suivi psychiatrique depuis courant 2019 (cf. rapport du 15 octobre 2020 du Dr F. _____ ; cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ du 28 octobre 2020 ; cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021), visant à lui permettre de mieux gérer ses émotions (cf. rapport de consilium psychiatrique du Dr F. _____ du 20 octobre 2020), respectivement ses douleurs et ses troubles du sommeil (cf. rapports d'examen final du Dr N. _____ des 24 février et 5 mai 2021) –

- 25 - éléments par conséquent dûment intégrés à l'appréciation médicale ayant fondé la décision du 22 juin 2021, sur laquelle il n'y a plus lieu de revenir à ce stade (cf. consid. 6a supra). Dans ces conditions, la seule évocation d'un trouble dépressif réactionnel en 2023, sans autre détail ou précision, ne permet pas de conclure sur ce plan à une péjoration significative des suites accidentelles des événements de 2012 et 2018. Du reste, c'est bien d'une dégradation de son état de santé physique dont le recourant se prévaut désormais devant la CNA (cf. opposition du 22 mars 2023). Si par ailleurs le Dr J. _____ a avancé une hypothèse diagnostique concernant les douleurs de l'assuré, estimant qu'elles pouvaient s'inscrire dans le cadre de l'interface entre le syndrome douloureux et l'aspect psychiatrique (cf. rapport du 12 février 2024), il reste qu'il n'a apporté aucun élément concret afin d'étayer la thèse proposée – que ce soit afin de mettre en doute l'appréciation précédemment défendue par les médecins de la Clinique V. _____ et le Dr N. _____, à la base de la décision définitive (cf. consid. 6a supra) du 22 juin 2021, ou en vue de démontrer qu'une quelconque péjoration de l'état de santé serait objectivement intervenue sur ce plan depuis la décision du 22 juin 2021 ; on notera en particulier que la chronification

mentionnée en 2024 par le Dr J. _____ fait écho au processus d'invalidation avancé déjà évoqué par les spécialistes de la Clinique V. _____ en 2020 (cf. rapport du Dr F. _____ du 15 octobre 2020 p. 2 ; cf. rapport de synthèse des Drs C. _____ et G. _____ du 28 octobre 2020 p. 4) et ne saurait, ainsi, être considérée comme une évolution récente. Sous cet angle également, on ne peut donc conclure à une évolution négative des atteintes induites par les événements de 2012 et 2018. Il suit de là qu'aucune séquelle tardive en lien avec les accidents annoncés en 2012 et 2018 ne peut être admise sur la base des pièces au dossier. cc) Il y a par conséquent lieu, compte tenu des observations qui précèdent, de se rallier aux avis émis par le Dr N. _____ en sa qualité

- 26 - de médecin d'arrondissement de la CNA, concluant à l'absence de nouveau trouble ou de notion d'aggravation de l'état de santé depuis les procédures antérieures. On soulignera en particulier que le Dr N. _____ a dûment pris position sur l'ensemble des pièces médicales recueillies au cours de la procédure administrative et qu'il en a notamment inféré que les atteintes cervicales du recourant demeuraient stables et que les diagnostics de syndrome de tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite et de légère atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes étaient des diagnostics « prépondérants à la maladie », sans lien de causalité pour le moins probable avec les accidents concernés (cf. avis des 13 janvier, 24 mai et 11 octobre 2023). Par ailleurs, les constatations émises le 12 février 2024 par le Dr J. _____, postérieurement aux avis du Dr N. _____, ne contiennent aucun élément pertinent pour l'issue du litige, ainsi qu'il a été exposé ci-avant (cf. consid. 6b/aa et bb supra). Partant, les conclusions énoncées par le Dr N. _____ apparaissent pleinement probantes. Peu important, en outre, les critiques formulées par le recourant à l'encontre de l'appréciation du Dr N. _____. Notamment, le seul fait que ce dernier œuvre en tant que médecin-conseil pour la CNA (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 8) ne suffit pas en tant que tel, selon la jurisprudence bien établie du Tribunal fédéral, à mettre en doute la fiabilité de son analyse (cf. consid. 5b supra ; cf. spéc. ATF 135 V 465 consid. 4.7). A cela s'ajoute que rien au dossier ne permet d'affirmer que le Dr N. _____ serait « pro-assureur » (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 8), respectivement que son jugement manquerait ainsi d'objectivité ; sur ce point, il apparaît que le recourant se contente tout au plus d'invoquer péremptoirement un motif formel de récusation (voir à ce sujet ATF 148 V 225 consid. 3.4), en s'abstenant de fournir le moindre élément susceptible d'étayer objectivement ses allégations – procédé appellatoire que la Cour de céans ne peut que rejeter. Finalement, il y a lieu de souligner que l'appréciation formulée sur dossier par le Dr N. _____ n'est certes pas prolixe mais qu'elle adresse néanmoins expressément et de manière motivée les éléments mis en exergue dans les rapports médicaux produits devant la CNA. A cela s'ajoute que,

- 27 - contrairement à ce que semble penser le recourant (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 10 ; cf. réplique du 13 mars 2024 p. 1), un rapport médical établi sur la base du dossier peut se voir reconnaître pleine valeur probante lorsque, comme en l'espèce, ledit dossier restitue une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel, et que ces données sont incontestées (TF 8C_397/2019 du 6 août 2019 consid. 4.3 ; voir également TF 8C_326/2024 du 5 novembre 2024 consid. 5.2 et les références). Sous cet angle, les griefs du recourant ne sont donc pas fondés. dd) Sur le vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'il y a lieu de conclure à l'absence d'aggravation – sous forme de séquelle tardive ou de rechute – des suites des accidents subis en 2012 et 2018. C'est dès lors à juste titre que la CNA a refusé, aux termes de la décision attaquée, d'allouer de plus

amples prestations que la rente d'invalidité de déjà servie, dont le taux a ainsi été maintenu à 11 % compte tenu de l'absence de détérioration de l'état de santé pertinent. On ajoutera tout au plus, par surabondance, qu'en tant que bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accident, le recourant peut prétendre à la prise en charge des prestations pour soins et remboursement de frais aux conditions de l'art. 21 LAA, étant de surcroît rappelé que la Caisse a conservé à sa charge la médication antalgique et les contrôles médicaux liés aux suites des accidents de 2012 et 2018. 7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit aux mesures d'instruction requises par le recourant – à savoir l'octroi de d'un délai supplémentaire afin de produire un rapport médical ou une expertise privée, respectivement la mise en œuvre d'une telle expertise, ainsi que la production du dossier de l'OAI le concernant. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de

- 28 - droit (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]). Tout au plus relèvera-t-on, s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise, que le Dr L._____ n'a à aucun moment jugé nécessaire une telle démarche mais qu'il a simplement relevé, confronté au questionnaire soumis par le conseil de l'assuré, que les questions posées par ce dernier s'apparentaient à une demande d'expertise et excédaient ainsi les objectifs de la Consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier D._____ (cf. rapport du 28 juin 2023). En faisant valoir que le Dr L._____ avait estimé nécessaire une expertise (cf. mémoire de recours du 5 janvier 2024 p. 10), le recourant a donc procédé à une lecture inexacte – voire biaisée – des conclusions du Dr L._____. On précisera également, au surplus, que la problématique litigieuse vise le point de savoir si les suites des accidents de 2012 et 2018 se sont dégradées, sous l'angle d'une rechute ou d'une séquelle tardive, depuis la décision du 22 juin 2021 (cf. consid. 2 supra). Cette problématique relève ainsi de notions propres à l'assurance-accidents (cf. consid. 4c supra) et implique, généralement, un fardeau de la preuve incombant en première ligne à l'assuré (cf. consid. 4d supra). Dès lors que ce dernier ne soutient ni ne démontre que les pièces en mains de l'OAI pourraient contenir des éléments décisifs pour l'issue de l'affaire, on voit d'autant moins ce qui justifierait d'en ordonner la production. 8. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 29 - c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que Me Duc peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. A cet égard, Me Duc a produit le 28 mai 2025 une liste des opérations couvrant la période du 5 janvier 2024 au 28 mai 2025. Cette liste fait état de 7 heures et 15 minutes d'activité – soit 20 minutes réalisées par Me Duc et 6 heures et 55 minutes effectuées par Me Caroline Stucki, avocate-stagiaire jusqu'au 31 mai 2025 selon les indications publiées dans la Feuille des avis officiels du canton de Vaud (FAO n° 47, du 13 juin 2025). Les opérations annoncées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Ainsi, le temps consacré à la présente affaire doit être indemnisé au tarif horaire de 110 fr. pour les opérations imputables à Me Stucki (art. 2 al. 1 let. b RAJ) et de 180 fr. pour les opérations attribuées à Me Duc (art. 2 al. 1 let. a RAJ), sans égard aux tarifs de respectivement 180 fr. et 300 fr. mentionnés dans le relevé du 28 mai 2025. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité d'office

à 931 fr. 70 ([20 min. × 180 fr./h] + [3 fr. ; débours] + [8.1 % ; TVA 2024] + [6h55 × 110 fr./h] + [38,05 fr. ; débours] + [8,1 % ; TVA 2024]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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