

VD_GERICHTE ZA24.037854 vom 2. April 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-04-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.037854

FR: VD_GERICHTE ZA24.037854 du 2 avril 2026

IT: VD_GERICHTE ZA24.037854 del 2 aprile 2026

Erwägungen

E. 15

août 2024 du Dr O. _____ amenait des éléments qui permettaient de s'écarter de l'expertise de l'intimée, dès lors que son incapacité de travail étant médicalement justifiée et était une conséquence directe de son accident de travail du 6 juillet 2022. Il a encore relevé que le lien de causalité naturelle et adéquate entre son accident et son état de santé était encore donné au vu des différents avis médicaux au dossier, qui devaient au moins susciter un doute sur son état de santé et justifier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante. Selon lui, les conditions d'une révision n'étaient pas remplies, dès lors que le rapport de contrôle de l'AI. _____ du 7 décembre 2023 ne prouvait en rien qu'il pouvait travailler à 100 % et que l'appréciation de la Dre P. _____ du 15 avril 2024 était formellement contestée. Enfin, il n'avait pas à restituer le montant demandé par la CNA, dans la mesure où il était encore atteint dans sa santé. A titre de mesures d'instruction, il a requis la production des dossiers complets des Drs O. _____ et N. _____, ainsi que l'audition de ces deux médecins. A l'appui de son recours, il a notamment produit : - une attestation du 7 septembre 2023 du Dr O. _____, indiquant comme limitations fonctionnelles, l'utilisation prolongée du membre supérieur droit et le port de charges lourdes avec ce membre et mentionnant une évolution plutôt stationnaire, avec des douleurs à l'avant- bras droit et des céphalées ; selon lui, si le problème était résolu après un 10J010

- 13 - bilan complémentaire, le recourant pourrait reprendre son travail de peintre en bâtiment/plâtrier à 100 % ; - un courrier du 2 juillet 2024 du Dr N. _____ indiquant qu'il allait effectuer des blocs répétés du nerf occipital à trois reprises et que la suite serait rediscutée en fonction des résultats ; - trois compte rendus d'intervention des 4, 19 juin et 16 juillet 2024 pour le « bloc du nerf grand occipital » en lien avec les migraines du recourant ; - un rapport du 18 juillet 2024 du Dr N. _____, selon lequel l'appréciation de la Dre P. _____ du 15 avril 2024 lui semblait erronée, dès lors que le recourant souffrait d'une douleur occipitale avec un œdème local important. Il a précisé que, si le diagnostic de CRPS ne pouvait pas être retenu directement du fait que les critères de Budapest n'étaient pas remplis, ce diagnostic pouvait quand même être évoqué au vu de l'importante lésion œdémateuse encore présente plusieurs mois après le traumatisme, qui était en relation avec une lésion nerveuse ayant généré une hyperactivité neurale régionale. L'injection répétée « d'anesthésie locale » ayant déjà amélioré l'état du recourant, le diagnostic était donc probablement juste. Il a encore relevé que les références citées par la Dre P. _____ avaient au moins vingt ans et que la littérature était abondante depuis et précisé que plusieurs cas de douleurs post-traumatiques avaient été décrites avec une atteinte du nerf occipital, qui cheminait sur la surface du crâne jusque dans la région latérotemporale ; - un rapport du 15 août 2024 du Dr O. _____, selon lequel le recourant était en incapacité de

travail en raison de douleurs en lien avec des céphalées de l'hémicrâne gauche et avec son avant-bras droit ; après un suivi régulier et différents traitements, il y avait eu une amélioration progressive, qui avait permis une reprise partielle du travail à 70 %, puis à 100 % dès le mois de juillet 2024, pour finalement redescendre à 70 % dès le 23 juillet 2024 ; 10J010

- 14 - - une attestation du 16 août 2024 de F._____ Sàrl, selon laquelle le recourant était employé, depuis le 3 avril 2023, à 50 %, que son travail était exercé selon son état de santé, à savoir parfois uniquement le matin, parfois seulement l'après-midi, voire des journées complètes, qui étaient compensées ensuite par un congé, que le minimum d'heures par mois était de 82 heures et qu'il était arrivé que le recourant ne puisse pas complètement effectuer sa journée de travail au vu de son état de santé, mais qu'il devait attendre ses collègues, dès lors qu'il était véhiculé par l'entreprise ; - ses plannings de travail d'avril 2023 à février 2024. Aux termes d'une décision du 23 août 2024, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au

E. 20

juin 2024, sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires et de l'assistance de Me Valentin Groslimond, le recourant étant en outre astreint à payer une franchise mensuelle de 50 fr., dès le 1er octobre 2024. Par réponse du 27 septembre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que, outre le fait qu'on pouvait douter qu'un employé ait réellement accepté de rester régulièrement sur un chantier à attendre ses collègues de 12h jusqu'à plus de 16h30, force était de constater que l'ensemble des relevés d'heures produits permettait de retenir que le recourant était manifestement capable de travailler plus de 4h30 par jour. S'agissant des nouveaux rapports produits, ils ne remettaient pas en cause les conclusions des médecins d'assurance. Le rapport du 18 juillet 2024 du Dr N._____ n'apparaissait guère pertinent dans la mesure où son auteur n'y discutait aucunement la capacité de travail du recourant et le rapport du 15 août 2024 du Dr O._____ ne faisait que résumer la prise en charge des troubles du recourant (céphalées de l'hémicrâne gauche et douleurs dans l'avant-bras) et l'évolution de sa capacité de travail telle qu'attestée par le corps médical. L'intimée a produit un rapport du 25 septembre 2024 du Dr BF._____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement. 10J010

- 15 - Répliquant le 4 décembre 2024, le recourant a rejeté l'intégralité des faits relevés dans le mémoire de réponse de l'intimé et requis l'édition par les Drs N._____, H._____ et O._____ d'un rapport s'agissant de sa capacité de travail et, à défaut, leur citation à une audience. Par courrier du 9 janvier 2025, le recourant a transmis un rapport du 6 décembre 2024 du Dr O._____, accompagné de ses annexes, selon lequel il ne pouvait plus travailler comme avant avec son bras droit et souffrait toujours de séquelles importantes et invalidantes, une amélioration n'étant pas envisageable à moyen ou à long terme, ce qui laissait craindre une diminution permanente de ses capacités physiques, avec un impact sur son moral. Dupliquant le 30 janvier 2025, l'intimée a relevé que le rapport du 6 décembre 2024 du Dr O._____, dont la valeur probante devait être examinée de manière particulièrement critique du fait qu'il émanait du médecin traitant, ne convainquait pas. Tout d'abord, le diagnostic de SDRC n'était aucunement posé selon les règles de l'art, soit sur la base des critères de Budapest. Ensuite, aucun symptôme typique de ce trouble ne s'était manifesté dans le délai de latence de six à huit semaines. Quant aux symptômes évocateurs d'un état anxio-dépressif, le Dr O._____, qui ne disposait pas d'une formation en psychiatrie, ne les citait pas, ni ne les détaillait. L'incapacité de travail

reconnue par ce médecin ne reposait pas sur des observations concluantes, mais sur la base des seules plaintes du recourant, lesquelles ne sauraient justifier un droit aux prestations d'assurance. Ainsi, le rapport du Dr O. _____ ne pouvait pas se voir reconnaître une valeur probante et ne remettait pas en question la pleine capacité de travail du recourant depuis le 6 octobre 2022, respectivement le bien-fondé de la demande en restitution de l'indemnité journalière versée à tort du 13 septembre 2023 au 31 janvier 2024. Par courrier du 13 février 2026, le mandataire du recourant s'est vu impartir un délai au 27 février 2026 pour produire sa liste des opérations, ce qu'il a fait par courrier du 23 février 2026. 10J010

- 16 - En droit : 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 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. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations en argent de l'assurance-accidents pour la période au-delà du 13 septembre 2023 et aux autres prestations au-delà du 18 avril 2024, singulièrement sur la question de l'existence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. 3. 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 réputé 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. b) 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 10J010

- 17 - 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). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). c) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une

jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 et 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_712/2021 du 10 août 2022 consid. 3.3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes 10J010

- 18 - du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_14/2021 du 3 mai 2021 consid. 4.2.1 et les références). d) 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 4. a) 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). b) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit (ATF 115 V 403 consid. 4a). c) Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle 10J010

- 19 - l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). d) En cas de traumatisme crânio-cérébral, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une contusio cerebri est nécessaire pour justifier

l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral. En revanche, en présence d'un traumatisme crânio-cérébral léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 3.2.3 et les références). Ainsi, un traumatisme crânio-cérébral qui atteint au maximum le degré de sévérité d'une commotio cerebri – sans être à la limite d'une contusio cerebri – ne suffit en principe pas pour l'examen de la causalité adéquate à la lumière de la jurisprudence développée en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral. A cet égard, il y a lieu de préciser qu'une contusio cerebri est une violence focale exercée sur le tissu cérébral, accompagnée de petites hémorragies parenchymateuses ou d'un œdème local. Une commotio cerebri est, quant à elle, un état de dysfonctionnement neurologique temporaire et 10J010

- 20 - rapidement réversible accompagné d'une perte de conscience de courte durée peu après l'atteinte et, souvent, d'une amnésie concomitante à l'atteinte et/ou antérieure l'atteinte, mais sans anomalies neurologiques (TF 8C_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1 et les références). Pour déterminer si un traumatisme crânien relève tout au plus d'une commotio cerebri, il y a lieu de se fonder sur les constatations initialement émises par les médecins sur les plans clinique, d'imagerie et diagnostique (TF 8C_596/2022 du 11 janvier 2023 consid. 4.3.2). e) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références) : ■ les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; ■ la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; ■ la durée anormalement longue du traitement médical ; ■ les douleurs physiques persistantes ; ■ les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; 10J010

- 21 - ■ les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; ■ le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères – respectivement quatre si celui-ci se trouve à la limite des accidents de peu de gravité – sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_394/2024 du 7 janvier 2025 consid. 7.2.1 et les références ; TF 8C_114/2021 du 14 juillet 2021 consid. 2.3). En cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, l'examen de la causalité adéquate doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en

rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; TF 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5 et les références). 5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et

10J010

- 22 - 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 ; 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les médecins de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (TF 8C_626/2021 du 29

10J010

- 23 - janvier 2022 consid. 4.3.1 ; 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.2). d) 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 asséculologique. 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). 6. En l'espèce, l'intimée a, selon un courrier du 11 juillet 2022, pris en charge les suites de l'accident survenu le 6 juillet 2022 et versé des indemnités journalières à 100 % du 6 juillet au 5 septembre 2022, puis à 50 % dès le 6 septembre 2022, sous réserve des 13 et 14 décembre 2022, pendant lesquels le recourant était en incapacité de travail totale. Informée par rapport du 7 décembre 2023 que le recourant avait été contrôlé sur un chantier à V*** et que les horaires de travail déclarés à cette occasion par l'intéressé ne correspondaient pas aux horaires enregistrés par le tourniquet de contrôle du chantier, l'intimée a alors indiqué à l'intéressé, par courrier du 7 février 2024, qu'elle allait réexaminer la question de sa responsabilité et qu'elle suspendait, dans l'intervalle, le versement des prestations en argent à partir du 31 janvier 2024. L'intimée a, par décision du 17 avril 2024, demandé au recourant le remboursement des indemnités journalières versées à tort du 13 septembre 2023 au 31 janvier 2024, en se basant sur l'appréciation du 15 avril 2024 de la Dre P._____, concluant que les céphalées ne trouvaient pas de substrat organique et n'étaient que possiblement en lien de causalité avec le traumatisme du 6 juillet 2022. Quant aux plaies de l'avant-bras et du scalp, elles pouvaient être considérées comme guéries à trois mois de 10J010

- 24 - l'accident, tout comme le traumatisme crânio-cérébral. Pour sa part, le recourant conteste cette appréciation, qui ne serait ni médicalement, ni scientifiquement correcte et encore moins probante, en se référant aux rapports du 18 juillet 2024 du Dr N._____ et du 15 août 2024 du Dr O._____. a) Dans son appréciation du 15 avril 2024, la Dre P._____ a listé les pièces médicales du dossier et la documentation radiologique, a retenu les diagnostics de plaie du scalp en région occipitale, de plaie de l'avant-bras droit et de céphalées post-traumatiques et a discuté du cas en s'appuyant sur la littérature médicale. aa) Dans ce cadre, elle a noté que les rapports des 11 et 14 juillet 2022 de l'Hôpital Riviera-Chablais mentionnaient des céphalées latéralisées à gauche, alors que la Dre H._____ avait noté l'installation de céphalées hémicrâniennes à droite dans son rapport du 27 mars 2023. A cet égard, la médecin d'arrondissement a indiqué que ce n'était pas typique que les céphalées changent de localisation. Elle a également discuté le diagnostic de névralgie du nerf grand occipital retenu par le Dr N._____ dans son rapport du 21 février 2024 et exposé pourquoi ce diagnostic n'était que tout au plus possible en l'état du dossier et au vu du mécanisme du traumatisme initial, soit la chute d'une tôle. Elle a ainsi expliqué que le nerf grand occipital se situait au bas du crâne et se demandait comment une tôle tombant d'un toit pouvait impacter un nerf se situant à la fonction entre la nuque et la tête. Elle a également noté que la persistance d'un œdème à dix-neuf mois du traumatisme était hautement improbable. On relèvera ici que la Dre H._____ n'a, quant à elle, pas objectivé de névralgie (cf. p. 7 de la décision sur opposition). La Dre P._____ a encore mentionné que l'évolution de la sémiologie des céphalées n'était pas compréhensible : d'une part, il y avait des douleurs pulsatiles hémicrâniennes droites, avec photophobie et phonophobie, à savoir une migraine sans aura diagnostiquées le 27 mars 2023 par la Dre H._____, qui avait d'ailleurs demandé la prise en charge d'un anticorps CGRP, et d'autre part, une névralgie occipitale, soit une céphalée complètement différente de l'autre côté de la tête. Selon elle, ce n'était toutefois pas plausible en l'absence de 10J010

- 25 - symptômes de ponts lors des examens précédents et ce n'était très vraisemblablement pas imputable à l'accident. S'agissant des céphalées, elle a noté qu'elle peinait à comprendre la persistance d'une céphalée post-traumatique au-delà de trois mois chez un assuré qui présentait une plaie du scalp, certes importante, mais sans atteinte des structures sous-jacentes (vaisseaux, os, méninges, cerveau), sans perte de connaissance et sans amnésie péricirconstancielle. Le médecin d'arrondissement, s'appuyant sur la doctrine médicale, a exposé que des céphalées survenaient de manière aiguë dans 47,4 % des cas après un traumatisme crânien léger et dans 43,2 % des cas après tout type de traumatisme épargnant la tête. Elle a expliqué qu'il n'y avait aucune différence clinique ou biologique après trois mois et un an entre un syndrome post-commotionnel et un TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger. Ainsi, à supposer que le recourant présente une céphalée post-traumatique, un TCC léger ou un syndrome post-commotionnel, il n'y avait plus lieu de retenir de lien de causalité à trois mois de l'événement initial, soit le 6 octobre 2022. Pour elle, le fait que le recourant ne réponde à aucun traitement et qu'il soit présent plus de huit heures par jour sur des chantiers, alors que sa capacité de travail était de 50 %, tendaient à confirmer que l'atteinte cérébrale post-traumatique ne jouait plus aucun rôle depuis de nombreux mois. On notera ici que le recourant a nié pouvoir travailler à plus de 50 %, expliquant par courrier du 26 février 2024, que ses jours de travail n'étaient pas définis à l'avance et variaient en fonction de son état de santé. S'agissant du chantier de V*** sur lequel il avait été contrôlé, il a indiqué, dans son recours, qu'il devait attendre ses collègues, qui le véhiculaient, ce qui expliquait que ses fiches de présence étaient différentes des horaires retenus par le tourniquet de contrôle d'accès au chantier. En l'occurrence, le fait qu'un employé ait réellement accepté de rester régulièrement sur un chantier à attendre ses collègues pendant une demi-journée paraît peu vraisemblable. Ensuite, même à considérer que les heures enregistrées par le tourniquet du chantier ne correspondraient pas à celles notées sur le planning, force est de constater que les plannings produits par le recourant 10J010

- 26 - montrent que celui-ci était manifestement capable de travailler plus de 4h30 par jour. Par exemple, la semaine du 8 au 12 mai 2023, il avait déjà effectué 28h50 de travail en quatre jours seulement, la semaine du 12 au 16 juin 2023 29h50 en cinq jours, la semaine du 2 au 6 octobre 2023 40h en cinq jours, la semaine du 13 au 17 novembre 2023 32h en quatre jours et celle du 27 novembre au 1er décembre 2023 28h50 en quatre jours. bb) Concernant la plaie de l'avant-bras droit, la Dre P. _____ a expliqué que le recourant présentait des plaintes algiques sous la forme d'une neuropathie qui justifiait un complément de bilan neurologique avec un ENMG effectué le 12 octobre 2023 par le Dr AE. _____, qui était revenu dans les limites de la norme. Ce médecin s'était alors posé la question d'un CRPS comme diagnostic initial, mais avait précisé que le recourant ne remplissait pas ou plus les critères cliniques de Budapest. Il avait ainsi retenu le diagnostic de douleurs persistantes post-lésion de l'avant-bras droit avec absence de signe de neuropathie à l'ENMG et le diagnostic différentiel de douleurs neuropathiques péricatrichielles. La Dre P. _____ a dès lors considéré que le recourant ne présentait aucun déficit sensitif et/ou moteur concernant le membre supérieur droit compte tenu de la force conservée à ce membre et au vu des nombreux contrôles effectués en juillet et août 2022 par les médecins de l'Hôpital Riviera-Chablais. D'après la Dre P. _____, les plaintes du recourant ne trouvaient aucun substrat organique selon l'examen neurologique du Dr AE. _____, qui avait noté que la diminution de force qu'il avait identifiée à l'examen clinique était sans respect de territoire nerveux précis (pas de lien entre les zones identifiées et des nerfs) et qu'elle était

principalement associée aux douleurs en distalité du membre supérieur droit. L'examen neurophysiologique du Dr AE._____ démontrait par ailleurs l'intégrité des trois nerfs de l'avant-bras (ulnaire, médian et radial) droits. A noter que la suggestion du Dr N._____ d'une possible lésion nerveuse périphérique, dont la conséquence serait une douleur neuropathique significative, ne trouvait aucune assise au vu des conclusions du Dr AE._____ (cf. p. 7 de la décision sur opposition). Au vu de ce qui précède, la Dre P._____ a estimé que la stabilisation médicale pouvait être retenue à partir du 6 octobre 2022 10J010

- 27 - concernant le membre supérieur droit avec une plaie suturée qui pouvait être considérée comme guérie à deux-trois mois du traumatisme. cc) La médecin d'arrondissement a encore discuté des diagnostics différentiels possibles en exposant que la névralgie du nerf grand occipital, soit la névralgie d'Arnold, avait de multiples étiologies, dont la plupart était d'origine malade. Elle a ainsi cité la contraction musculaire locale, l'arthrose des vertèbres cervicales supérieures, la cavité qui se formait dans la moelle épinière, un état de stress important, un traumatisme et d'autres pathologies, tels qu'une malformation médullaire, une hernie, un kyste ou une polyarthrite rhumatoïde. Elle a également mentionné que le recourant présentait un profil tensionnel insatisfaisant lors de sa consultation chez la Dre H._____ le 27 mars 2023 et qu'une hypertension mal contrôlée pouvait engendrer des céphalées et donc fournir un diagnostic alternatif plausible aux plaintes du recourant. b) Au vu de ce qui précède, rien ne permet de s'écarter de l'appréciation dûment motivée et convaincante de la médecin d'arrondissement du 15 avril 2024, qui a été établie en pleine connaissance du dossier. c) Cette appréciation est également confirmée par le Dr J._____, qui a indiqué que, pour les céphalées, le temps écoulé depuis l'accident excluait un lien de causalité avec celui-ci et que l'incapacité de travail paraissait largement trop longue du côté de la neurologie (cf. appréciation du 5 septembre 2023). Ce médecin a retenu que les céphalées des deux côtés n'étaient plus imputables à l'événement du 6 juillet 2022 après une période de trois à six mois chez un assuré sans lésions structurelles liées à l'événement et dont les scanner et IRM étaient normaux (cf. appréciation du 15 janvier 2024). 7. Il convient encore d'examiner les rapports dont le recourant se prévaut pour justifier que l'on s'écarte, selon lui, des conclusions de la Dre P._____, à savoir notamment les rapports des 18 juillet, 15 août et 6 décembre 2024 des Drs N._____ et O._____. 10J010

- 28 - a) Dans son rapport du 18 juillet 2024, le Dr N._____ a indiqué que le rapport de la Dre P._____ lui semblait erroné, dans la mesure où le nerf grand occipital cheminait sur la surface du crâne jusque dans la région antérieure par ses branches distales. Le traumatisme crânien créé par la chute de la tôle avait certainement endommagé le nerf et avait peut-être aussi généré un traumatisme de l'articulation C2-C3, qui était très classiquement touchée dans ce que l'on appelait « le coup du lapin ». Le Dr N._____ a ajouté que quelqu'un se serait aperçu de l'œdème de la base du crâne dans la région occipitale si le recourant avait été examiné régulièrement. Il a encore exposé que le diagnostic de syndrome régional complexe ne pouvait pas être retenu directement, car tous les critères de Budapest n'étaient pas remplis, mais qu'il serait quand même possible de l'évoquer dans une situation aussi particulière. aa) Il faut tout d'abord relever que le recourant a été examiné par l'Hôpital Riviera-Chablais pour un suivi entre le 7 juillet et le 15 août 2022, sans qu'un œdème de la base du crâne n'ait été relevé. Il ressort notamment du rapport de ce suivi du 11 juillet 2022 que la plaie du scalp, avec voussure centrale

fluctuante, était sans signes hémorragiques, ni hématome important. Le 14 juillet 2022, la plaie du scalp était sans signes infectieux ou inflammatoires locaux. Selon le rapport du 19 juillet 2022, la plaie occipitale était cicatrisée avec une légère douleur à la palpation au pourtour sans induration palpée et sans écoulement à la pression ou spontané. Il en va de même du rapport du 27 mars 2023 de la Dre H. _____, qui a conclu que l'examen physique était globalement dans la norme, hormis des contractures musculaires importantes au niveau de la nuque et du trapèze et que le scanner cérébral du 6 juillet 2022 n'avait pas mis en évidence une anomalie intracérébrale. bb) En ce qui concerne le « coup du lapin » (whiplash), le Dr BF. _____ a, dans son appréciation du 25 septembre 2024, expliqué que le whiplash cervical était un trouble clinique affectant la colonne cervicale, le plus souvent causé par un accident avec une décélération rapide et violente, qui provoquait un mouvement de flexion/extension extrême de la 10J010

- 29 - colonne cervicale. En l'occurrence, la chute d'une tôle d'une hauteur de cinq mètres ne pouvait pas engendrer de mouvements extrêmes de flexion- extension du rachis cervical et le diagnostic de whiplash n'était ainsi pas plausible. cc) S'agissant du CRPS, le Dr N. _____ a lui-même retenu que les critères de Budapest n'étaient pas tous remplis, tout comme d'ailleurs le Dr AE. _____ dans son rapport du 12 octobre 2023. En outre, le Dr BF. _____ a expliqué qu'il n'était pas fait mention de CRPS de la nuque dans la littérature et que poser ce diagnostic, qui concernait le plus souvent les extrémités des membres, en lien avec des plaintes concernant la nuque, ne se basait sur aucune recommandation scientifique actuelle (cf. p. 4 de l'appréciation du 25 septembre 2024). b) Le Dr O. _____ a, dans son rapport du 15 août 2024, indiqué que le recourant présentait, depuis son accident du 6 juillet 2022, des céphalées de l'hémicrâne gauche, avec cette fois sa plaie comme point de départ, avec irradiation vers l'œil gauche, ainsi que vers la partie occipitale et même cervicale. Ces douleurs se présentaient comme des coups de couteau, avec parfois une sensation de serrement pendant la journée, mais aussi durant la nuit. Concernant le bras droit, le recourant décrivait des douleurs comme des décharges électriques avec des fourmillements irradiant vers les doigts, surtout lors du port de charges lourdes et des mouvements de son poignet. Il a indiqué qu'il y avait eu une amélioration progressive des céphalées et de la douleur de l'avant-bras droit, qui avait permis une reprise partielle du travail, d'abord à 70 %, puis à 100 % en juillet 2024, avant d'être réduite à nouveau à 70 %. On notera ici que le Dr O. _____ avait indiqué, dans une attestation du 7 septembre 2023, que le recourant pourrait reprendre son travail à 100 % une fois les problèmes résolus. En l'occurrence, le Dr O. _____ ne fait que résumer la prise en charge des troubles de l'assuré, à savoir les céphalées de l'hémicrâne et les douleurs de l'avant-bras. Ces douleurs ne sont toutefois pas nouvelles, étant déjà présentes au mois de juillet 2022 (cf. rapports des 7, 11, 14, 19, 21 10J010

- 30 - juillet et 15 août 2024 de l'Hôpital Riviera-Chablais, rapport du 27 mars 2023 de la Dre H. _____, demande de prestations de l'assurance-invalidité du 6 juin 2023 et rapport du 24 juillet 2023 du Dr O. _____). En outre, il ne fait que résumer l'évolution de la capacité de travail telle qu'attestée par le corps médical. Ainsi, ce rapport ne permet pas de remettre en cause les conclusions de la Dre P. _____. c) Le 9 janvier 2025, le recourant a transmis, dans le cadre de l'échange d'écritures de la procédure de recours, un rapport du 6 décembre 2024 du Dr O. _____, dans lequel ce dernier expliquait que le recourant se plaignait de céphalées persistantes post-traumatiques, de douleurs à l'avant-bras droit et qu'il s'agissait probablement d'un SDRC post- traumatique. On constatera déjà que le

rapport ne fait pas mention d'une aggravation des douleurs, mais relève au contraire une nette amélioration des céphalées et une bonne diminution de la douleur de l'avant-bras. S'agissant d'un probable SDRC, le Dr O. _____ n'a pas examiné si les critères de Budapest étaient remplis (cf. TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.3.2 et 4.3.2). On notera en outre qu'aucun symptôme typique de ce trouble ne s'est manifesté dans le délai de latence de six à huit semaines entre l'événement accidentel et le SDRC (cf. TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 6.2). Le Dr O. _____ a également mentionné que le recourant avait commencé à présenter, avec le temps, un état anxio-dépressif, sans qu'un suivi psychiatrique ne soit mis en place au vu du refus du recourant. Le médecin traitant, qui n'est pas psychiatre et dont les propos doivent être examinés de manière particulièrement critique au vu de son lien avec son patient, n'a toutefois cité aucun des symptômes, ni ne les a détaillés. Quant à la mention d'une incapacité partielle de travail jusqu'au 30 septembre 2024, le Dr O. _____ ne la motive pas, se limitant à rapporter les plaintes de son patient. On notera encore que les rapports produits avec le rapport du 6 décembre 2024, à savoir ceux de la Dre H. _____ des 1er juin et 31 août 2023, n'apportent aucun élément nouveau. d) Au vu de ce qui précède, les rapports produits par le recourant ne remettent pas en cause l'appréciation de la Dre P. _____ du 10J010

- 31 - 15 avril 2024. On notera ici qu'en sa qualité de médecin d'arrondissement de la CNA, la BJ. _____ est considérée comme une spécialiste en matière de traumatologie, indépendamment de sa spécialisation médicale (cf. supra consid. 5c), alors que le Dr N. _____ est spécialiste en anesthésiologie et que le Dr O. _____ est médecin praticien. La CNA pouvait ainsi se fonder sur cette appréciation et retenir, dans sa décision du 17 avril 2024, que les céphalées ne trouvaient pas de substrat organique (examen neurologique et bilan radiologique dans la norme) et n'étaient que possiblement en lien de causalité avec le traumatisme du 6 juillet 2022, dès lors que la plaie de l'avant-bras, ainsi que la plaie du scalp et le traumatisme crânio-cérébral léger, pouvaient être considérés comme guéris à trois mois du traumatisme et ne justifiaient ainsi pas une incapacité de travail au-delà de cette échéance. 8. Le recourant allègue toutefois que le lien de causalité naturelle et adéquate entre son accident et son état de santé serait encore donné au vu des différents avis médicaux au dossier, qui doivent au moins susciter un doute sur son état de santé et justifier la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante. a) S'agissant de la causalité naturelle, l'existence d'un tel lien entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). S'il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident, il faut toutefois que, pendant ce temps de latence, se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (cf. consid. 3c supra). En l'espèce, il ressort du rapport de l'Hôpital Riviera-Chablais du 7 juillet 2022 que le recourant n'avait pas de plainte au niveau des douleurs, pas de névrite, pas de vertiges, ni d'état fébrile. Il s'est plaint ensuite de céphalées (cf. rapport du 11 juillet 2022). Pourrait dès lors se poser la question de l'absence de lien de causalité naturelle, question qui peut toutefois demeurer indéterminée, 10J010

- 32 - dans la mesure où la jurisprudence admet de laisser ouverte la question de la causalité naturelle d'éventuels troubles psychiques dans les cas où ce lien de causalité ne peut de

toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 147 V 207 consid. 6.1 ; 135 V 465 consid. 1), comme c'est le cas en l'espèce pour les raisons décrites ci-après. b) La CNA a, à juste titre, procédé à l'examen de la causalité adéquate sur la base des critères applicables aux troubles psychiques. En effet, l'existence d'un éventuel lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles persistants, dont se plaint le recourant, doit être examinée à l'aune de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, dès lors que celui-ci a été victime d'un traumatisme crânio- cérébral qui doit être qualifié de léger. Il ressort, en effet, des pièces au dossier que ce traumatisme a, tout au plus, atteint le degré de sévérité d'une commotio cerebri, et non celle d'une contusio cerebri (cf. supra consid. 4d). Les Drs I._____ et H._____ ont posé le diagnostic de traumatisme crânien (cf. rapport des 22 mai et 31 août 2023), tout en précisant que le CT-scan cérébral du 6 juillet 2022 n'avait montré aucune lésion intracrânienne, ce qu'a confirmé la Dre H._____ dans son rapport du 27 mars 2023. Aucun élément, telles qu'une perte de connaissance ou une amnésie circonstancielle, ne plaident dans le sens d'une atteinte plus grave (cf. rapports de suivi de l'Hôpital du Chablais des 7, 11, 14 et 19 juillet 2022). L'IRM cérébrale du 25 octobre 2023, qui était dans les limites de la norme, a montré qu'il n'y avait pas de lésion détectée sur la séquence SWI sensible à l'hémosidérine, pas de signe de masse ou d'AVC et pas d'hémorragie. Le Dr J._____ a, dans son appréciation du 15 janvier 2024, indiqué que l'accident ne pouvait plus justifier une incapacité de travail pour un traumatisme crânio-cérébral à l'IRM cérébrale du 25 octobre 2023 au plus tard. Dans ces conditions, il n'existe aucun argument permettant de considérer le traumatisme crânio-cérébral comme moyen ou sévère. Ainsi, le lien de causalité doit être examiné à l'aune de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident et il faut classer l'accident dans l'une des trois catégories, à savoir les accidents de peu de gravité, de gravité moyenne ou les accidents graves. 10J010

- 33 - c) L'accident du 6 juillet 2022 doit, compte tenu de son déroulement – étant rappelé à cet égard que seules sont déterminantes les forces générées par cet accident et non pas les conséquences qui en résultent (cf. TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 consid. 4.2.2 et la référence) –, être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité. On rappelle ici que le recourant a reçu une tôle sur la tête et l'avant- bras droit, ayant entraîné des plaies ayant nécessité plusieurs points de suture et un TCC léger. Cela signifie qu'un cumul de nombreux critères sur les sept développés par la jurisprudence est nécessaire pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité ou que certains des critères se manifestent avec une intensité particulière. L'intimée ayant retenu un accident de gravité moyenne dans sa décision sur opposition du 20 juin 2024, il convient de déterminer si le recourant remplit au moins trois de ces critères ou si au moins un critère se manifeste de manière particulièrement marquante (cf. consid. 4e supra). Or le recourant ne remplit pas suffisamment de critères pour admettre la présence d'un lien de causalité adéquate entre ses troubles et l'accident de gravité moyenne. En effet, les circonstances concomitantes de l'événement de juillet 2022 n'étaient pas particulièrement dramatiques, ni d'un caractère particulièrement impressionnant. Le recourant n'a, de plus, pas subi de lésions physiques particulièrement graves, ayant pu rentrer chez lui le jour même de sa prise en charge hospitalière (cf. rapport du 21 février 2024 du Dr N._____). De plus, le scanner du 6 juillet 2022 a conclu à l'absence de saignement intracrânien et la radiographie du 19 juillet 2022 à l'absence de lésion traumatique osseuse et d'épanchement articulaire, avec des rapports articulaires conservés. Le traitement médical en raison des séquelles physiques n'a pas été anormalement long, ni spécifiquement intense (cf. ATF 148 V 138 consid. 5.3.1),

puisque le recourant n'a plus été suivi pour le contrôle de ses plaies après le 15 août 2022 (cf. rapports de l'Hôpital Riviera-Chablais) et qu'aucune opération n'a été menée. Les différents médecins appelés à se pencher sur le cas n'ont au demeurant pas observé de douleurs physiques persistantes, étant précisé que les douleurs au membre supérieur droit et les céphalées ne trouvaient pas de substrat organique (cf. rapport du 15 avril 2024 de la Dre P. _____). Aucunes 10J010

- 34 - difficultés ou complications ne sont apparues. Le recourant n'a de surcroît pas été victime d'erreur médicale, qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles physiques de l'accident. Quant à son incapacité de travail, le recourant a pu retravailler à 50 % dès le 6 septembre 2022 et, selon toute vraisemblance, à 100 % dès le 13 septembre 2023. Il s'en suit que les atteintes (céphalées et douleurs) ne sont pas en lien de causalité avec l'événement du 6 juillet 2022. 9. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision dans laquelle l'assureur indique la possibilité d'une remise (art. 3 al. 1 et 2 OPGA). Les prestations allouées sur la base d'une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel ne peuvent toutefois être répétées lorsque les conditions d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ou d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) sont remplies (ATF 142 V 259 consid. 3.2). b) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si la personne assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision procédurale ; art. 53 al. 1 LPGA). Sont nouveaux, au sens de cette dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas 10J010

- 35 - servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 s. et les références citées ; 143 V 105 consid. 2.3 et les références citées). c) La procédure de restitution d'une prestation versée à tort implique en principe trois étapes distinctes (Sylvie Pétremand, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n° 30 ad art. 25 LPGA). La première décision porte sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération ou d'une révision de la décision par laquelle ces prestations ont été initialement allouées sont réalisées au sens de l'art. 53 LPGA, respectivement de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 ; Pétremand, op. cit., nos 16 et 29 ad art. 25 LPGA). La deuxième décision concerne la restitution en tant que telle des prestations indûment versées, au sens de l'art. 25 al. 1, première phrase, LPGA ; elle comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations et indique une somme déterminée. Le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1,

deuxième phrase, LPGA est rendue si une telle demande écrite et motivée a été présentée (cf. art. 4 OPGA). L'autorité administrative est toutefois autorisée à regrouper les deux premières étapes dans une seule décision et statuer sur la question des prestations indues, la reconsidération ou révision d'une décision et ordonner simultanément la restitution de l'indu (TF 9C_564/2009 du 22 janvier 2010 consid. 5.3 confirmé par : TF 9C_23/2015 du 17 juin 2015 consid. 2). d) En l'espèce, il ressort de faits et des moyens de preuve nouveaux, à savoir le rapport du 7 décembre 2023 de l'AI._____ et l'appréciation du 15 avril 2024 de la Dre P._____, que les douleurs présentées par le recourant n'étaient que possiblement en lien de causalité avec le traumatisme du 6 juillet 2022 et que l'intéressé avait été en mesure de travailler plus de huit heures par jour, plusieurs jours d'affilée, à tout le moins dès le 13 septembre 2023, au vu de ses relevés de présence sur le chantier de V***. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée est 10J010

- 36 - revenue, par le biais d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA), sur l'octroi des prestations en argent allouées au recourant à compter du 13 septembre 2023 et a réclamé à ce dernier la restitution des prestations indues (art. 25 al. 1 LPGA), à savoir un montant de 10'250 fr. 70, correspondant aux indemnités journalières pour la période du 13 septembre 2023 au 31 janvier 2024. C'est également à juste titre que la CNA a mis un terme à toutes autres prestations dès le 18 avril 2024. On relèvera, à toutes fins utiles, que si le recourant entendait se prévaloir d'une situation financière difficile (cf. courrier du 26 février 2024), il lui faudrait soulever cet argument dans le cadre d'une éventuelle demande de remise de l'obligation de restituer le montant réclamé qu'il lui est loisible de déposer auprès de l'intimée dans les 30 jours dès réception du présent arrêt. 10. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire indépendante, par l'audition des Drs N._____, H._____ et O._____ et par l'édition d'un rapport sur la capacité de travail par les médecins précités. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). 11. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 20 juin 2024 par l'intimée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). Il n'y a pas non plus matière à allouer des dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA), ni à 10J010

- 37 - l'intimée, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; cf. également ATF 128 V 323). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Groslimond peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Celui-ci a produit une liste d'opérations du 23 février 2026 qui fait état de 10 heures 20 consacrées à la présente procédure, ainsi que des « frais soumis TVA » par 2 fr. 40. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être suivie, sous réserve du montant de 2 fr. 60 pour des frais de timbre, qui font partie des débours. A cet égard, Me Groslimond n'a pas ajouté 5 % de débours à sa note finale, comme le permet l'art. 3bis al. 1 RAJ (règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3). Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Groslimond doit être arrêtée à 1'860 fr., montant auquel il convient d'ajouter les débours par 93 fr. (1'860 fr. x 5 %), ainsi qu'une TVA à 8,1 % (8,1 % x 1'953 fr. = 158 fr. 20) pour

arriver à un montant total de 2'111 fr. 20 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ). 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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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