

VS_GERICHTE S2 21 92 vom 3. Juli 2025

VS Kantonsgericht, 2025-07-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 21 92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_92)

FR: VS_GERICHTE S2 21 92 du 3 juillet 2025

IT: VS_GERICHTE S2 21 92 del 3 luglio 2025

Regeste

Par arrêt du 3 juillet 2025 (8C_138/2025), le Tribunal fédéral a rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, le recours en matière de droit public interjeté par X_ contre ce jugement S2 21 92 S2 23 13 ARRÊT DU 29 JANVIER 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Ferdinand Vanay, greffier en les causes X _____, recourant, représenté par Maître François Gillard, avocat à Belmont-sur- Lausanne contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 16, 18 al. 1, 19 et 24 LAA ; rechute, rente d'invalidité de l'assurance-accidents et IPAI ; droit aux indemnités journalières)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

- 17 -

E. 1.2

Le recours déposé le 11 septembre 2021 (S2 21 92) à l'encontre de la décision sur opposition du 9 août précédent, a été interjeté dans le délai légal (art. 60 LPGA) devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière. Il en va de même pour le recours du 1er février 2023 (S2 23 13) visant la décision sur opposition du 22 décembre 2022 (art. 38 al. 4, 56 ss et 60 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). La Cour statuera dans le présent arrêt sur ces deux causes, qui ont déjà été jointes au cours de l'instruction.

E. 1.3

Faisant usage d'un droit que la loi lui reconnaît (art. 56 al. 1, 17 al. 2 et 19 al. 1 LPJA), le recourant sollicite, à titre de moyen de preuve, notamment l'édition des dossiers de la CNA. Cette requête est satisfaite, puisque l'intimée a déposé céans lesdits dossiers. La Cour renonce par ailleurs à requérir de l'OAI le dépôt du dossier AI de l'assuré. En effet, les dossiers déposés par la CNA sont complets et permettent de statuer en toute connaissance de cause sur les deux recours en matière d'assurance- accident (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 6 ; RVJ 2024 p. 93 consid. 2.2). Quant à la demande de l'intéressé de mettre en œuvre une expertise judiciaire, elle sera traitée en fin d'arrêt (cf. infra, consid. 6).

E. 1.4

Le recourant a en outre indiqué, le 19 avril 2024, qu'il renonçait à la tenue de débats publics, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête.

E. 2

Les litiges portent sur deux questions connexes.

E. 2.1

La première est celle de savoir si l'intimée a considéré à juste titre que le cas de rechute annoncé en 2018 ne met pas en évidence une aggravation notable de l'état de santé du recourant depuis la décision du 28 mars 2002, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revoir à la hausse la demi-rente d'invalidité et l'IPAI de 20 % octroyées à l'époque. Après avoir rappelé les règles et principes généraux applicables au cas d'espèce (cf. infra, consid. 3), la Cour examinera les critiques que le recourant formule quant à l'instruction de son dossier médical (cf. infra, consid. 4) et à l'appréciation de son état de santé aux plans psychique, ORL et somatique (cf. infra, consid. 5).

- 18 -

E. 2.2

La seconde question concerne la légalité du refus de la CNA d'allouer des indemnités journalières à l'intéressé à la suite de son accident du 23 décembre 2021. Elle est liée à la première, parce que l'intimée justifie sa décision en arguant que les troubles annoncés depuis 2018 relèvent principalement de la maladie et qu'ils impliquent, à ce titre, une incapacité de travail complète sans rapport avec l'accident de 1993. La Cour examinera cette question au considérant 7 ci-après.

E. 3.1

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate.

E. 3.2

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1). 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves

dans l'assurance sociale (cf. infra, consid. 3.5). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références ; RVJ 2024 p. 93 consid. 2.1). En outre, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335

- 19 - consid. 2b/bb, cité p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_646/2023 du 8 juillet 2024 consid. 5.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré.

E. 3.3

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 144 IV 285 consid. 2.8.2 ainsi que les réf. cit.). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un évènement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet évènement (ATF 117 V 359 consid. 6, 117 V 369 consid. 4, 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). La question de savoir si l'apparition de troubles psychiques doit être considérée comme une conséquence naturelle d'un accident ou si elle a pour origine d'autres causes peut rester indécise, si la causalité adéquate fait de toute façon défaut (ATF 148 V 138 consid. 5.1.2 et 147 V 207 consid. 6.1 et la réf. cit.).

E. 3.4

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'évènement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF

- 20 - 123 V 137 consid. 3a, cité p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_171/2023 du 17 janvier 2024 consid. 3.1). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité

naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les arrêts cités).

E. 3.5

Le principe de la libre appréciation des preuves prévaut en procédure administrative comme en procédure judiciaire d'assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Il s'ensuit que les assureurs et les juges doivent apprécier les preuves librement, c'est-à-dire sans être liés par des règles de preuve formelles, ainsi que de manière aussi complète et consciencieuse que possible. Cela signifie qu'en procédure judiciaire, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve objectivement et indépendamment de leur origine puis décider si les pièces à disposition permettent de procéder à une appréciation fiable des prétentions litigieuses. En présence de rapports médicaux contradictoires, il ne peut notamment pas trancher le litige sans apprécier toutes les pièces médicales et exposer les motifs pour lesquels il se fonde sur un avis médical plutôt que sur un 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 de l'expert soient bien motivées. N'est donc en soi déterminante pour la valeur probante d'un moyen de preuve ni la provenance d'une prise de position reçue ou demandée par le biais d'un mandat ni sa désignation en tant que rapport ou expertise (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a, cités p. ex. in : arrêt du Tribunal fédéral 8C_696/2022 du 2 juin 2023 consid. 4.3.1 ; RVJ 2024 p. 93 consid. 2.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne

- 21 - contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 125 V 351 consid. 3b/ee ; arrêt 8C_696/2022 précité consid. 4.3.2).

E. 4.1

Dans un premier moyen, le recourant allègue que la CNA a instruit son dossier médical de manière incomplète. Il affirme que son état de santé n'est pas stabilisé, mais qu'il s'aggrave progressivement (crises de faiblesse et de paralysie de plus en plus fréquentes, acouphènes amplifiés). A le suivre, les affections dont il souffre consécutivement à l'accident de 1993 sont liées les uns aux autres, de sorte que l'intimée aurait dû impérativement mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire.

E. 4.2

L'article 19 alinéa 1 LAA prévoit que « le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente ». Cette norme règle tout d'abord le moment où un cas d'assurance doit être clôturé (ATF 134 V 109 consid. 3.2). Les prestations temporaires, telles que les indemnités journalières et le traitement médical, ne doivent être accordées par l'assureur-accidents – pour autant que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité soient terminées – qu'aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite du traitement médical une amélioration notable de l'état de santé. Si ce n'est plus le cas, le cas doit être clos en suspendant les prestations temporaires et en examinant simultanément le droit à une rente d'invalidité et/ou à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1, 143 V 148 consid. 3.1.1 et 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 s., cités p. ex. in arrêt du Tribunal fédéral 8C_176/2023 du 6 décembre 2023 consid. 3). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident. L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un

- 22 - résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures – comme une cure thermale – ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit non plus qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Le maintien de mesures médicales destinées uniquement à atténuer des symptômes (p. ex. des douleurs) et non à guérir les dommages causés à la santé ne suffit pas à justifier l'absence de clôture du cas. Il en va de même pour des mesures d'évaluation ou de contrôle. Ainsi, un état douloureux durable ne fonde pas, à lui seul, un droit à la poursuite d'une thérapie (arrêt 8C_176/2023 précité consid. 3 et les réf. cit. ; GEERTSEN, in HÜRZELER/KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht – UVG, 2018, no 9 ad art. 19 et les réf. cit.). On relèvera en outre que la réapparition prévisible de douleurs en cas d'atteinte à la santé stationnaire ne constitue pas une résurgence d'une maladie que l'on pensait guérie et n'est donc pas une rechute (RAMA 2005 5/2005 U 557 p. 388, cité p. ex. in jugement CAS S2 17 64 / S2 18 56 du 8 février 2019 consid. 4).

E. 4.3

En l'espèce, le recourant soutient que son état de santé s'aggrave progressivement et qu'il n'est donc pas stabilisé. Il appuie cette allégation en se référant en particulier à un rapport du 8 août 2021 relatif à son admission aux urgences de l'hôpital de Z _____, pièce qu'il joint à son mémoire de recours. Toutefois, ce document, dont seule la première page a été produite, ne fait pas état d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré. En effet, il y est diagnostiqué une exacerbation des cervicalgies sur hernie discale C5-C6, douleurs qui ont été soulagées lors de cette consultation par l'administration de médicaments. Le recourant n'a, par la suite, pas déposé d'autres documents médicaux qui permettraient de conclure que les cervicalgies dont il souffre s'aggravent progressivement et durablement. Le 9 février 2022, l'intéressé a joint à sa réplique la première page d'un rapport établi par la Dresse AA _____, le 2 novembre précédent. Cette pièce ne fait non plus état d'une péjoration durable des acouphènes dont souffre le recourant. On y lit que ceux-ci se majorent « à chaque augmentation de toutes ses douleurs cervico-dorsales », ce qui permet

d'admettre que l'assuré présente des épisodes d'exacerbation des douleurs, élément qui n'est pas nouveau et dont l'intimée a tenu compte dans ses décisions. On rappellera à cet égard que, conformément à la jurisprudence citée au considérant précédent, l'existence d'un état douloureux durable avec épisodes plus ou moins réguliers d'exacerbation des douleurs n'est à elle seule pas suffisante pour

- 23 - considérer que le cas n'est pas stabilisé et que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires. Partant, la Cour ne peut pas retenir que l'intimée a instruit le dossier médical de l'assuré de manière lacunaire. Ce premier grief est donc rejeté. La question de savoir si la CNA s'est fondée sur des pièces probantes pour nier, dans le cadre de la rechute annoncée en 2018, toute aggravation de l'état de santé du recourant par rapport à la situation de 2002 sera examinée au considérant suivant.

E. 5.1

Ensuite, le recourant conteste l'appréciation de l'intimée, selon laquelle son état de santé ne s'est pas notablement aggravé depuis la décision du 28 mars 2002.

E. 5.2

La CNA a fondé sa décision sur les appréciations de trois médecins d'arrondissement, à savoir le rapport du Dr W _____ du 9 février 2021 pour les troubles psychiatriques, le rapport de la Dresse Y _____ du 19 février suivant pour les troubles ORL et le rapport du Dr T _____ du 3 mars 2021 pour les atteintes somatiques. Pour rappel, le Dr W _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie, a relevé que les diagnostics psychiatriques concernant l'assuré avaient toujours été les mêmes et que les troubles identifiés s'étaient chronicisés. Il a estimé que ceux-ci étaient, pour le moins probablement, en lien de causalité naturelle avec l'accident de 1993 (cf. rapport du 9 février 2021, sous pièce n. 2-283). Sur le plan ORL, la Dresse Y _____ a retenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle entre l'accident de 1993 et les acouphènes dont se plaignait l'assuré (cf. rapport du 19 février 2021, sous pièces n. 2- 290 et 2-293). Enfin, le Dr T _____ a affirmé que l'atteinte cervicale était totalement stabilisée et qu'elle ne justifiait pas une modification des taux d'incapacité de travail et de l'IPAI déterminés en 2002. Il s'est en outre référé aux avis de ses deux collègues précités et a retenu que ni l'atteinte psychique (qui n'avait pas évolué depuis 2002), ni l'atteinte ORL (qui ne pouvait pas être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident de 1993) ne permettait de justifier une modification de la décision de la CNA de 2002 (cf. cf. rapport du 3 mars 2021, sous pièce n. 2-296). A l'examen de ces pièces, la Cour considère que leur valeur probante est intacte, dès lors que ces médecins, spécialisés dans leur domaine respectif, ont établi leurs avis de manière circonstanciée, sur la base d'examens complets et en tenant compte des pièces médicales au dossier ainsi que des plaintes de l'assuré. Ces praticiens ont en outre exposé le contexte médical de manière cohérente, ont apprécié la situation médicale de

- 24 - façon claire et ont dûment motivé leurs conclusions. S'il est exact que seul le Dr T _____ a examiné l'assuré, le 2 septembre 2020, cela ne diminue en rien la valeur probante des avis du Dr W _____ et de la Dresse Y _____. En effet, le Dr W _____ a été consulté par l'intimée essentiellement au sujet de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 1993 et les troubles psychiques du recourant, point sur lequel il pouvait se prononcer en connaissance de cause sans avoir préalablement examiné le patient (cf. rapport du 9 février 2021, sous pièce n. 2-283). Quant à la Dresse Y _____, elle fonde son appréciation principalement sur les résultats de tests auditifs pratiqués par des

confrères spécialistes en ORL ainsi que sur les clichés d'imagerie au dossier (cf. rapport du 19 février 2021, sous pièces n. 2-290 et 2-293). Il apparaît dès lors que l'avis de cette praticienne repose sur des éléments objectifs et exhaustifs, de sorte qu'on ne voit pas en quoi un examen personnel de l'assuré aurait été indispensable pour l'appréciation du cas. Il reste à déterminer si les griefs que le recourant formule céans permettent d'ébranler la valeur probante de ces rapports médicaux et, partant, si la décision de l'intimée qui se fonde sur lesdits rapports résiste à l'examen.

E. 5.3

S'agissant tout d'abord des troubles psychiatriques, l'intéressé allègue avoir des idées suicidaires et présenter des troubles de la personnalité ainsi que des épisodes dépressifs sévères. Il rappelle que ces affections se sont développées en raison des douleurs chroniques qu'il ne parvient plus à supporter. Selon lui, le Dr T _____ a admis, dans son rapport du 3 mars 2021, une aggravation notable des troubles psychiatriques puisqu'il a mentionné leur chronicisation ; en outre, à la lecture du rapport d'expertise établi le 17 décembre 2001 par la Dresse L _____, on devait constater que la situation médicale s'était nettement péjorée (cf. mémoire du 11 septembre 2021 p. 8).

E. 5.3.1

Cette experte a diagnostiqué chez l'assuré un état de stress post-traumatique chronique (F43.1) ainsi qu'un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Elle a estimé que ces troubles étaient dus de manière prépondérante à l'accident de 1993. Selon elle, l'IPAI devait être fixée à plus de 20 %, l'intéressé ne pouvait pas exercer son métier au-delà d'un 50 % et une reconversion professionnelle était à exclure (cf. pièce n. 286).

E. 5.3.2

Depuis l'annonce de rechute en 2018, le recourant a déposé quatre rapports relatifs à son état de santé psychique. Le 17 septembre 2018, son psychologue a indiqué qu'il le voyait depuis le mois de mai précédent, à raison de deux entretiens mensuels. Il a relevé que le patient présentait un état général morose et ralenti, avec notamment une

- 25 - fatigabilité, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une perte de confiance et un sommeil perturbé. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et précisé que le traitement consistait en une psychothérapie comportementale et cognitive. L'incapacité de travail de 75 % était attestée par le médecin généraliste (cf. pièce n. 2-106). Près d'un an plus tard, le 12 novembre 2019, le Dr U _____, psychiatre, et le psychologue P _____ ont maintenu ce diagnostic et y ont ajouté un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Ils ont évoqué des plaintes semblables à celles décrites dans le rapport précédent et ont fait état d'une incapacité de travail de 50 % « vu l'aggravation de son état de santé psychique et physique » (cf. pièce n. 2-198). Le 18 janvier 2021, le psychologue P _____ a établi un nouveau rapport, dans lequel il a diagnostiqué chez le recourant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a rappelé que ces troubles s'étaient développés à la suite de l'accident de 1993, que l'intéressé bénéficiait d'une thérapie cognitivo-comportementale à un rythme bimensuel, que l'évolution était lente et que ce traitement devait être maintenu dans la durée (cf. pièce n. 2-273). Enfin, le recourant a joint à son opposition un rapport du 19 mars 2021 établi par le Dr U _____ et le psychologue P _____, dans lequel ceux-ci

rappelaient que les troubles psychiques de leur patient étaient liés à l'accident de 1993 et maintenaient leurs conclusions précédentes (cf. rapport, sous pièce n. 2-305).

E. 5.3.3

Quoi qu'en dise le recourant, ces rapports ne mettent pas en évidence une aggravation notable de son état de santé psychique depuis l'appréciation de la Dresse L _____, sur laquelle a été fondée la décision du 28 mars 2002. En particulier, le psychiatre et le psychologue traitants ne font pas mention d'une incapacité de travail qui, en raison des seuls troubles psychiques, irait au-delà de celle de 50 % admise à l'époque par l'experte. En outre, il ressort des rapports médicaux précités que l'état psychique du recourant est globalement stationnaire, le traitement n'ayant pas évolué depuis le début de la prise en charge en mai 2018. Enfin, si l'on peut effectivement constater que les thérapeutes traitants posent des diagnostics qui ne sont pas rigoureusement identiques à ceux mentionnés par l'experte en 2001, il n'est pas possible d'en inférer une détérioration notable de la santé psychique de l'assuré, les plaintes évoquées apparaissant semblables et principalement caractéristiques d'un trouble anxieux et dépressif consécutif à un syndrome douloureux.

- 26 - Par ailleurs, comme le relève l'intimée au considérant 4.3 de sa décision sur opposition, il ne ressort nullement du rapport du Dr T _____ du 3 mars 2021 (cf. pièce n. 2- 296) que celui-ci admet une aggravation des troubles psychiatriques. On notera que la chronicisation de ces troubles mentionnée par ce médecin avait déjà été constatée explicitement par la Dresse L _____ dans son rapport d'expertise (p. 14 ; cf. pièce n. 286). Partant, le recourant échoue à rendre vraisemblable que les troubles psychiatriques dont il souffre se sont aggravés depuis la décision du 28 mars 2002.

E. 5.4

Au sujet des acouphènes, l'intéressé les qualifie de permanents et de très invalidants. Il affirme que ceux-ci semblent dériver directement de son syndrome douloureux somatoforme ou de sa hernie en C5-C6 (cf. mémoire du 11 septembre 2021 p. 8). A ce propos, il y a lieu de relever que l'assuré a allégué souffrir d'acouphènes depuis 2015 et que, compte tenu du laps de temps important séparant l'apparition de ces symptômes de l'accident de 1993, les exigences qui permettraient d'admettre l'existence d'un rapport de causalité naturelle sont très élevées (cf. supra, consid. 3.4). Or, les assertions du recourant ne s'appuient sur aucun avis médical étayé. En effet, la Dresse AA _____, spécialiste ORL consultée par l'intéressé, n'a jamais affirmé que cet accident était à l'origine des acouphènes dont souffre son patient (cf. p. ex. lettres du 2 novembre 2021 et du 8 mars 2023). De même, le Dr R _____ et le Dr BB _____, consultés dès 2018, n'ont jamais évoqué un tel lien de causalité (cf. pièces n. 2-141 s. et 2-258), le Dr R _____ relevant au contraire que des mécanismes neuro-physiologiques étaient susceptibles d'être à l'origine d'acouphènes et évoquant en outre la participation éventuelle chez l'assuré d'une composante somato- sensorielle, voire psycho-sociale (cf. rapport du 16 août 2019, sous pièce n. 2-177). Dans ces conditions, les allégations du recourant au sujet de l'origine accidentelle de ses acouphènes ne sont pas susceptibles d'ébranler l'avis convaincant de la Dresse Y _____, selon laquelle il n'existe pas de lien de causalité naturelle entre l'accident et les acouphènes. On relèvera que cette spécialiste a notamment indiqué que les clichés d'imagerie effectués à la suite de l'accident de 1993 et ceux relatifs à l'IRM du crâne et des rochers du 10 octobre 2018 (cf. pièce n. 2-286) n'avaient révélé aucune conséquence traumatique structurelle dans la zone des oreilles internes. Elle a ajouté que la

commotion cérébrale diagnostiquée chez l'assuré ainsi que sa lésion du rachis cervical n'étaient normalement pas associées à un trouble auditif permanent ou à des

- 27 - acouphènes persistants. Elle a aussi conclu à une absence de corrélation structurelle dans les tests auditifs ou l'imagerie, ce qui ne permettait pas de retenir la causalité accidentelle des acouphènes (cf. rapport du 19 février 2021, sous pièces n. 2-290 et 2- 293). En conséquence, l'autorité précédente s'est fondée à bon droit sur l'avis de la Dresse Y _____ pour rendre sa décision et nier tout lien de causalité entre l'accident de 1993 et les acouphènes dont souffre l'assuré. Il s'ensuit que l'aggravation de ces acouphènes alléguée dans la réplique du 9 février 2022 n'est pas pertinente pour la résolution du cas d'espèce, si bien qu'il n'est pas nécessaire d'ordonner des investigations médicales complémentaires à ce sujet.

E. 5.5

Au plan somatique, le recourant maintient que son accident a causé des atteintes cervicales non pas uniquement sur la vertèbre C7, mais aussi sur les vertèbres C6-C7 et C5-C6 ; il se réfère à cet égard à l'IRM cervicale du 16 mars 2018 (cf. pièce n. 2-102), au rapport du Dr O _____ du 16 mai 2018 (cf. pièce n. 2-78) et à la scintigraphie osseuse du 25 juin 2018 (cf. pièce n. 2-85). Il relève aussi que ces pièces confirment également une ancienne fracture de C1. En outre, l'intéressé réaffirme qu'il souffre d'une hernie en C5-C6 et que cette affection semble être la cause de vives douleurs chroniques (brachialgies) et nécessite un avis neurochirurgical.

E. 5.5.1

Pour rappel, les médecins qui ont examiné l'assuré en 1993 à la suite de son accident ont posé comme diagnostics, sur la base d'une IRM, notamment un traumatisme crânien cérébral et une fracture-tassement du mur antérieur C6-C7 (cf. avis de sortie du 25 mars 1993, sous pièce n. 5). Les examens ultérieurs n'ont toutefois pas permis de confirmer cette atteinte en C6-C7, mais ont identifié une fracture uniquement sur C7 avec discrète protrusion intra-canaulaire du bord somatique postérieur (cf. rapports de radiographies et de scintigraphie osseuse des 27 août et 31 août 1993, sous pièces n. 17 et 18A ; rapport des médecins de la polyclinique de neurologie du F _____ du 26 juillet 1994, sous pièce n. 54). Dans son rapport d'expertise du 27 octobre 2000 (cf. pièce n. 251), le Prof. K _____ évoque également une fracture de C7, notamment sur la base de radiographies de la colonne cervicale du 2 octobre précédent (p. 6). Il relève que les séquelles traumatiques objectivables consistent en des troubles attentionnels minimes à modérés (pratiquement sans impact sur la vie quotidienne) et en une composante tensionnelle et cervicogène des céphalées qui s'aggravent lors des efforts mentaux (p. 7). C'est donc sur la base de ces renseignements médicaux que l'intimée s'est fondée pour apprécier les conséquences de l'atteinte cervicale dans sa décision du 28 mars 2002.

- 28 -

E. 5.5.2

Le recourant soutient d'abord que l'accident de 1993 a entraîné des fractures sur les vertèbres C6-C7 et C5-C6 qui n'avaient pas été identifiées auparavant et il en déduit que son état de santé physique s'est aggravé (cf. mémoire du 11 septembre 2021 p. 7). Pour ce qui concerne la fracture alléguée en C6-C7, le Dr T _____ a exposé, dans son rapport du 4 septembre 2020 (p. 6, sous pièce n. 2-233), que les premiers rapports consécutifs à

l'accident faisaient, certes, mention d'une altération du mur antérieur de C6, mais que ce diagnostic n'avait par la suite plus du tout été mentionné lors de l'expertise neurologique du Prof. K _____ (cf. pièce n. 251), lequel retenait uniquement le diagnostic de fracture de C7, l'aspect de C6 n'étant pas évocateur d'une atteinte traumatique. L'intimée s'est référée à juste titre à cet avis médical pour exclure une fracture en C6 qui aurait été révélée après sa décision de 2002. En effet, contrairement à ce qu'affirme le recourant, ni l'IRM cervicale du 16 mars 2018, ni le rapport du Dr O _____ du 16 mai 2018, ni la scintigraphie osseuse du 25 juin 2018 n'évoquent une telle atteinte en C6 (cf. pièces n. 2-102, 2-78 et 2-85). De même, les résultats d'un scanner et d'une IRM réalisés en 2022 ne mentionnent aucunement une fracture de C6 (cf. pièces n. 3-34 et 3-38). L'assuré cite également en vain le rapport du Dr T _____ du 3 mars 2021, dans lequel ce médecin ne fait que rappeler le diagnostic d'atteinte en C6-C7 posé en 1993 (cf. pièce n. 2-296), sans toutefois revenir sur son avis du 4 septembre 2020. Il en va de même pour la fracture alléguée en C5-C6. En effet, l'IRM cervicale du 16 mars 2018, le rapport du Dr O _____ du 16 mai 2018 et la scintigraphie osseuse du 25 juin 2018 mentionnent respectivement une hernie discale et une uncarthrose en C5- C6, mais ne font pas mention d'une fracture sur ces vertèbres (cf. pièces n. 2-102, 2-78 et 2-85). Contrairement à ce que soutient le recourant, il ne s'agit donc pas d'une fracture supplémentaire sur C5-C6 qui aurait été causée par l'accident de 1993. Sur le vu de ce qui précède, l'assuré invoque à tort des fractures en C6-C7 et en C5-C6 pour motiver une aggravation de son status au plan somatique.

E. 5.5.3

S'agissant de l'atteinte en C1, les investigations menées entre 1996 et 2000 ont conclu que l'intéressé présentait un dysmorphisme congénital de la jonction C1-C2, sans impact sur la symptomatologie douloureuse (cf. lettre du 25 juin 1996 du médecin-chef du service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur de l'Hôpital de B _____, sous pièce n. 164 ; rapport du 7 octobre 1997 de la Dresse J _____, sous pièce n. 184 ; rapport du Prof. K _____ du 27 octobre 2000, sous pièce n. 251).

- 29 - Les examens d'imagerie de 2018 mentionnent toutefois l'existence d'une fracture consolidée de C1 (cf. IRM cervicale du 16 mars 2018 et scintigraphie osseuse du 25 juin 2018, sous pièces n. 2-102 et 2-85), qu'évoque également le Dr O _____ dans son rapport du 16 mai 2018 (cf. pièce n. 2-78 ; v. aussi, scanner du 6 juin 2022 et IRM cervicale du 1er juillet 2022, sous pièces n. 3-34 et 3-38). A ce propos, le Dr T _____ a expliqué que, compte tenu des « divers examens effectués, avec une scintigraphie non pathologique ainsi qu'une absence de signe de souffrance radiculaire à l'ENMG, il n'a pas été possible de mettre en évidence que les séquelles de l'accident se soient modifiées de façon notable depuis la dernière évaluation, pouvant justifier le maintien de l'incapacité de 25 % » (cf. rapport du 4 septembre 2020 p. 6, sous pièce n. 2-233). Il a précisé que la scintigraphie « est silencieuse dans tous les temps, à savoir le temps tissulaire, osseux, précoce, ce qui atteste d'une situation totalement stabilisée sans contrainte excessive » et « plaide également contre un élément d'aggravation d'un élément évolutif » (cf. idem). Le recourant ne discute pas ces arguments, qui apparaissent convaincants et qui permettent de retenir que la mise en évidence d'une fracture de C1, qui est consolidée et stable depuis de très nombreuses années, ne permet pas pour autant d'admettre une aggravation de la situation médicale depuis la décision du 28 mars 2002. La découverte de cette fracture ne permet non plus pas de modifier l'IPAI de 20 % qui a été accordée à l'assuré à ce moment-là, le Dr T _____

ayant exposé que l'appréciation de cette indemnité ne dépendait pas du nombre de fractures de la colonne cervicale, mais de la persistance de douleurs et de troubles statiques. Or, l'assuré avait obtenu en 2002 une indemnité de 20 %, ce qui constituait un maximum dans cette situation (cf. idem).

E. 5.5.4

Au sujet de la hernie en C5-C6, elle s'inscrit dans le cadre d'une discopathie/discarthrose cervicale étagée et a été diagnostiquée en 2010 (cf. IRM cervico-dorsale du 3 décembre 2010, sous pièce n. 2-34). Ce diagnostic a été confirmé par des examens plus récents (cf. p. ex. IRM cervicale du 16 mars 2018, sous pièce n. 2-102). Dans son rapport du 4 septembre 2020 (cf. p. 6 s., sous pièce n. 2-233), le Dr T _____ a admis que cette hernie était probablement en lien avec l'accident de 1993, mais il a souligné que l'examen de l'assuré par le Dr O _____, le 16 mai 2018, n'avait pas mis en évidence de signe de dénervation aiguë ou ancienne dans le myotome concernant le niveau C5-C6 (absence de signe de souffrance radiculaire à l'ENMG) et qu'aucune indication chirurgicale n'avait été retenue. Il a aussi relevé que le bilan par scintigraphie du 25 juin 2018 avait attesté l'absence de foyer hyperactif suspect sur les

- 30 - temps vasculaire, tissulaire et osseux, traduisant une situation complètement stabilisée. Ultérieurement, une autre IRM cervicale a été réalisée, le 18 décembre 2020 (cf. pièce n. 2-275), et le Dr T _____ a estimé que celle-ci ne mettait pas en évidence d'aggravation notable, avec notamment une absence de modification de la statique cervicale ou d'éléments en faveur d'une myélopathie pouvant attester une péjoration de l'état de santé (cf. rapport du 3 mars 2021, sous pièce n. 2-296). Sur la base de ces informations, il n'est donc pas possible de retenir objectivement que la hernie en C5-C6 est à l'origine des vives douleurs chroniques (brachialgies) dont se plaint le recourant. Les allégations contraires de celui-ci ne sont pas étayées par l'avis d'un médecin spécialisé, de sorte qu'elles ne sauraient remettre en cause les explications convaincantes du Dr T _____. Dans ces conditions, l'assuré se réfère en vain, en page 7 de son mémoire du 11 septembre 2021, à des « tableaux » (figures explicatives représentant la colonne cervicale) qu'il avait joints à sa détermination du 19 décembre 2020 (cf. pièce n. 2-253). Par ailleurs, s'agissant de la nécessité de requérir l'avis d'un neurochirurgien, la Cour relève qu'à la suite de son cas de rechute, l'intéressé a bien consulté un tel spécialiste, en la personne du Dr CC _____, qui a d'ailleurs requis la scintigraphie osseuse du 25 juin 2018 (cf. p. ex. pièces n. 2-84 s. et 2-91). A de multiples reprises, la CNA a cherché en vain à obtenir un rapport de ce spécialiste (cf. pièces n. 2-88, 2-92, 2-104, 2-110, 2-114, 2-120, 2-127 et 2-140). Contrairement à ce qu'affirme le recourant, l'absence au dossier d'un avis neurochirurgical ne constitue pas une lacune. En effet, le Dr T _____ a observé qu'aucune indication chirurgicale n'avait été retenue à l'issue de l'examen neurologique du Dr O _____, lequel avait proposé un traitement conservateur associant anti-inflammatoire, myorelaxant et antalgique sous couverture de physiothérapie (cf. rapport du 16 mai 2018, sous pièce n. 2-78). De plus, dans un rapport du 17 novembre 2020, un autre neurologue consulté par l'assuré n'a pas fait état de la nécessité de transmettre le cas à un confrère neurochirurgien pour avis (cf. rapport du Dr CC _____, spécialiste FMH neurologie, sous pièce n. 2-253). Enfin, toujours dans son mémoire précité (p. 7), l'intéressé se réfère à l'avis d'un troisième neurologue qui l'avait examiné en 1999, mais on ne trouve dans le rapport en question aucune indication explicite en faveur d'une intervention chirurgicale, le spécialiste évoquant au contraire « une situation ne relevant pas d'une approche chirurgicale » (cf.

rapport du Dr EE _____, sous pièce n. 2-253) ; au demeurant, il n'apparaît pas que le recourant souffrait déjà d'une hernie discale en 1999, de sorte que la référence à ce

- 31 - rapport médical est inopérante. Dès lors, l'autorité précédente n'a pas violé le droit en refusant de requérir l'avis d'un neurochirurgien. Partant, la découverte de cette hernie ne suffit pas à mettre en évidence une aggravation objective de l'état de santé du recourant susceptible de conduire à une modification des prestations d'assurance allouées depuis 2002.

E. 5.6

Le recourant affirme derechef que son état de santé s'est aggravé, car il présente de violentes crises liées aux douleurs ressenties, durant lesquelles il perd toute sensation notamment dans les jambes. Il précise qu'il fait l'objet à cet égard d'un suivi auprès d'un centre médical à Genève, à qui un rapport circonstancié devait être demandé (cf. mémoire du 11 septembre 2021 p. 8 s.). Ces crises décrites par l'intéressé ne semblent cependant pas nouvelles, puisqu'en 2001, celui-ci les mentionnait déjà à la Dresse L _____, dont le rapport d'expertise évoque des « malaises ou crises douloureuses » avec « mal au thorax, douleur qui s'étend à la nuque puis à la tête avec sentiment subjectif de ne [...] plus avoir de force au point de devoir se coucher ». L'experte indique que la description de ces crises peut correspondre à une sorte de crise de panique analogique à un effet flash du syndrome post-traumatique (p. 3, sous pièce n. 286). Par ailleurs, il ressort du dossier que le recourant présentait régulièrement des malaises dès l'année 1995, ce qui l'avait amené à consulter plusieurs médecins spécialisés (cardiologue, gastro-entérologue, rhumatologue) qui n'ont pas découvert de pathologie somatique particulière, mais dont les examens ont laissé suspecter un état anxio-dépressif réactionnel (cf. pièces n. 109 à 114). L'intimée a donc déjà été tenu compte de ces crises douloureuses dans l'appréciation de la situation médicale au moment de rendre sa décision du 28 mars 2002. Céans, le recourant laisse entendre que les crises douloureuses sont apparues plus récemment, mais il ne donne aucune indication qui permettrait de les distinguer de celles décrites ci-dessus. Quant au suivi médical lié à ces crises, l'intéressé a allégué, pour la première fois dans sa détermination du 19 décembre 2020 (p. 2, sous pièce n. 2-253), être en traitement auprès d'un centre médical à FF _____, sans préciser quel médecin était en charge de son suivi. Il s'avère que ce médecin est la Dresse AA _____, spécialiste FMH en ORL (cf. certificat médical du 26 janvier 2021, sous pièce n. 2-276 ; lettre envoyée le 2 février 2021, sous pièce n. 2-279). Cette praticienne a fait mention des crises douloureuses évoquées par le patient, dont la description n'est guère différente de celle citée dans le rapport de la Dresse L _____. Dans son

- 32 - rapport envoyé le 19 février 2021, elle demande au Centre du traitement de la douleur de l'Hôpital de A _____ de prendre en charge l'assuré en raison de ses crises invalidantes (cf. rapport, sous pièce n. 2-291). Un rapport du 24 mars 2021, que l'intéressé a joint à son opposition, indique que celui-ci a bénéficié d'un traitement antalgique par infiltrations auprès dudit centre (cf. pièce n. 2-305). Ces éléments ne permettent pas de retenir que les crises douloureuses que présente le recourant sont nouvelles, respectivement qu'elles se sont aggravées notablement depuis la décision du 28 mars 2002 (cf. aussi à ce sujet, supra consid. 4.3). L'intéressé invoque donc en vain cet argument. Par conséquent, il n'y a pas lieu de requérir de rapport médical supplémentaire de la Dresse AA _____ ou du Centre du traitement de la douleur de l'Hôpital de A _____.

E. 5.7

Enfin, le recourant reproche à l'intimée de ne pas avoir considéré les divers symptômes dont il souffre comme un tout, dont le point d'origine était les trois hernies discales dont il était atteint et qui étaient des séquelles directes de l'accident de 1993. A le suivre, l'ensemble de ces symptômes a créé chez lui une souffrance tant physique que psychique et dont la persistance a entraîné une aggravation de son état de santé justifiant l'annonce d'une rechute en 2018 et nécessitant des investigations médicales complémentaires (cf. mémoire du 11 septembre 2021 p. 9 s.). Sur ce point, le recourant ne peut non plus pas être suivi. En effet, la Cour a constaté dans les considérants précédents que les pièces médicales produites dès 2018, au cours de l'instruction du cas de rechute, ne permettaient pas de rendre vraisemblable une aggravation notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 28 mars 2002, que ce soit au plan psychiatrique, au plan ORL ou au plan somatique. Contrairement à ce que soutient le recourant, l'appréciation du tableau clinique dans sa globalité ne conduit pas à une conclusion différente. On a vu que les troubles psychiatriques présentés par l'intéressé étaient quasiment les mêmes que ceux diagnostiqués à l'époque et que les thérapeutes traitants ne mentionnaient pas d'incapacité de travail supérieure à celle qui avait été admise au moment de la décision précitée. On a aussi relevé qu'au plan somatique, les divers examens effectués ne permettaient pas de mettre objectivement en évidence que les atteintes à la colonne cervicale décelées postérieurement à cette décision démontraient une détérioration notable de l'état de santé de l'assuré, respectivement que les crises douloureuses étaient nouvelles. Enfin, au plan ORL, l'existence d'un lien de causalité entre les acouphènes invalidants et l'accident de 1993 a été niée. Sur la base de ces constats, on ne saurait considérer que le recourant présente une aggravation objective et notable de

- 33 - son état de santé justifiant de modifier les prestations d'assurance allouées depuis 2002 ou nécessitant des investigations médicales complémentaires.

E. 6

Attendu que les pièces au dossier sont probantes et permettent de trancher le présent litige en toute connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. La demande en ce sens doit ainsi être rejetée (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve en général : cf. supra, consid. 1.3).

E. 7.1

Dans son mémoire du 1er février 2023, le recourant conteste la décision sur opposition du 22 décembre 2022, qui confirme le refus d'indemnités journalières décidé pour le cas d'assurance annoncé le 8 février précédent, au motif que l'assuré se trouvait déjà en incapacité de travail totale pour cause de maladie.

E. 7.2

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Cette indemnité de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité, d'allocation à l'autre parent, de prise en charge ou d'adoption selon la loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain (al. 3). L'assuré qui, comme le recourant, bénéficie déjà d'une rente d'invalidité LAA a droit à une indemnité journalière en cas de rechute et de séquelles tardives, si son gain diminue pendant cette période (art. 21 al. 3 LAA).

E. 7.3

En l'occurrence, il est constant qu'une incapacité de gain de 50 % a été reconnue au recourant en raison de l'accident de 1993, incapacité qui a donné lieu à la demi-rente d'invalidité LAA que celui-là perçoit en vertu de la décision du 28 mars 2002. Le 8 février 2022, le recourant a annoncé un nouvel accident qui s'était déroulé le 23 décembre 2021. Le 19 avril suivant, l'intimée a indiqué à l'assuré qu'elle allait lui allouer des prestations d'assurance pour ce nouveau cas, mais qu'aucune indemnité journalière ne serait versée, car l'incapacité de travail liée à cet accident avait duré moins de trois jours (cf. pièce n. 3-15). Le 29 avril 2022, le Dr Q _____ a attesté que son patient était en arrêt de travail complet depuis cet accident (cf. pièce n. 3-32). Par décision du 23 mai 2022, l'intimée a confirmé que le recourant n'avait pas droit à des indemnités journalières car, au moment de l'accident, il était en incapacité de travail totale pour cause de maladie, n'ayant plus exercé aucune activité en faveur de son employeur depuis plusieurs mois (cf. pièce n. 3-20). Elle a maintenu sa position dans sa décision sur opposition du 22 décembre 2022. Elle a notamment précisé que l'incapacité

- 34 - de travail totale attestée médicalement pour la période précédant le 23 décembre 2021 relevait pour l'essentiel de troubles maladifs, se référant à cet égard aux deux décisions qu'elle avait rendues sur le cas de rechute, les 3 mars 2021 et 9 août 2021 (cf. pièce n. 3-54). Ce point de vue résiste aux critiques du recourant. En effet, dans les considérants précédents, la Cour a confirmé l'opinion de la CNA, selon laquelle l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation notable des affections dont il souffre et qui ont été causées par l'accident de 1993. Partant, l'intimée était en droit de considérer que l'incapacité de travail complète attestée médicalement pour la période précédant le 23 décembre 2021, qui allait au-delà de celle de 50 % admise depuis 2002, n'était pas causée par des séquelles de l'accident et que, dès lors, la perte de gain qui en résultait ne pouvait pas donner droit à des indemnités journalières de l'assurance-accidents.

E. 8.1

Mal fondés, les recours sont rejetés.

E. 8.2

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

E. 8.3

Vu l'issue de la cause S2 23 13, le recourant n'a pas droit à des dépens pour cette procédure (art. 61 let. g LPGA a contrario).

E. 8.4

Pour ce qui concerne la cause S2 21 92, l'intéressé a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire totale et Me François Gillard lui a été désigné comme avocat d'office dès le 11 septembre 2021, par décision présidentielle du 25 novembre 2021 (S3 21 70). Il a ainsi droit, pour cette procédure, à une indemnité de dépens au tarif de l'assistance judiciaire.

E. 8.4.1

Le tarif des dépens dans les causes civiles, pénales et administratives portées devant une autorité judiciaire ou administrative est régi par la LTar (art. 1 al. 1). Les dépens comprennent l'indemnité à la partie pouvant y prétendre et ses frais de conseil juridique (art.

4 al. 1 LTar). Les frais du conseil juridique comprennent les honoraires, calculés selon les articles 27 ss LTar, auxquels s'ajoutent les débours (art. 4 al. 3 LTar). Aux termes de l'article 27 alinéa 1 LTar, les honoraires sont fixés entre un minimum et un maximum prévus par la loi, d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie. Selon l'article 40 alinéa 1 LTar, pour la procédure devant

- 35 - la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 et 11'000 francs. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4 LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. Ainsi, le montant des honoraires du conseil juridique doit être évalué sur la base d'une pondération de critères que cite l'article 27 alinéa 1 LTar, parmi lesquels figure le temps utilement consacré par ledit conseil juridique à la défense de la cause ; la rémunération que prévoit la LTar est donc fixée sur la base d'un forfait et non en fonction d'un tarif horaire (RVJ 2012 p. 210 consid. 5.1). Lorsqu'il existe un tarif ou une règle légale fixant des minima et maxima, le juge ne doit motiver sa décision que s'il sort de ces limites, si des éléments extraordinaires sont invoqués par la partie concernée ou si le juge s'écarte d'une note de frais produite par l'intéressé et alloue une indemnité inférieure au montant habituel, en dépit d'une pratique bien définie (ATF 139 V 496 consid. 5.1 et 111 Ia 1 consid. 2a, cités dans l'arrêt du Tribunal fédéral 1C_170/2014 du 10 décembre 2014 consid. 3.1). Selon l'article 30 alinéa 1 LTar, le conseil juridique habilité à se faire indemniser en vertu des dispositions en matière d'assistance judiciaire perçoit, en sus du remboursement de ses débours justifiés, des honoraires correspondant au 70 % des honoraires prévus aux articles 31 à 40 LTar, mais au moins à une rémunération équitable telle que définie par la jurisprudence du Tribunal fédéral.

E. 8.4.2

En l'occurrence, en tenant compte des critères précités et notamment de l'activité déployée par le mandataire du recourant, soit la rédaction d'un mémoire de recours de 16 pages et d'une réplique de 2 pages, la Cour fixe globalement les honoraires de l'avocat à 2200 fr. (TVA comprise), auxquels s'ajoutent des débours. Dès lors, eu égard au tarif de l'assistance judiciaire, une indemnité de 1640 fr. (70% de 2200 fr. + 100 fr. de débours TVA comprise) sera versée à Me François Gillard par l'Etat du Valais (art. 8 al. 1 let. a LAJ). Ce montant sera supporté provisoirement par la caisse l'Etat du Valais, mais le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra rembourser cette caisse s'il devient ultérieurement en mesure de le faire (art. 10 LAJ).

- 36 -