

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

P. _____, à [...] (VD), recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) P. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1961, s'est brûlé la jambe droite contre un radiateur en 1973. Le 29 janvier 2003, alors qu'il était employé de [...] SA et à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA/SUVA ou la Caisse) pour les accidents professionnels et non professionnels, il a tapé sa jambe droite contre un meuble sur son lieu de travail, occasionnant une petite plaie dans la cicatrice de la brûlure. Les frais de traitement ont été pris en charge par la CNA/SUVA au titre d'accident bagatelle.

Le 30 juillet 2007, l'employeur de l'assuré, qui se trouvait être [...] SA, a signalé à la CNA/SUVA, par déclaration de sinistre, que l'assuré avait fait une rechute le 17 avril 2007.

L'assuré a été opéré à trois reprises en août 2007 au CHUV où il a été hospitalisé du 10 au 20 août 2007. Il ressort du protocole d'intervention du 7 août 2007 que l'assuré souffrait de séquelles de brûlure de la jambe droite et qu'il présentait, depuis juillet 2006 environ, une surinfection centrale avec extériorisation de matériel crayeux. Selon le deuxième protocole du 13 août 2007, l'assuré a bénéficié de l'exérèse d'une cicatrice de brûlure le 7 août 2007 et l'évolution, suite à la première intervention, a été défavorable avec surinfection précoce, nécessitant une réouverture de la plaie (seconde intervention en date du 13 août 2007). Le troisième rapport du 15 août 2007 indique qu'il a été procédé à un débridement et une suture. Enfin, une lettre de sortie du 7 septembre 2007 a précisé que l'évolution était favorable et que l'assuré avait pu rentrer à domicile le 20 août 2007.

L'assuré a repris le travail à 50% à partir du 10 septembre 2007 et à 100% à partir du 17 septembre 2007.

b) Entendu par la CNA/SUVA le 4 octobre 2007, l'assuré a déclaré qu'en 1973, il avait subi une brûlure de la cuisse droite, proche du

genou, sur la face externe de la jambe et que, le 29 janvier 2003, il a consulté en raison d'une petite plaie qui s'était formée dans la cicatrice de la brûlure. Les médecins lui ont alors dit qu'il avait probablement subi un petit choc; l'assuré a alors pensé qu'il s'était cogné une fois ou l'autre à un coin de meuble durant son travail.

Dans un avis du 16 octobre 2007, le médecin d'arrondissement de la CNA/SUVA (Dr V._____) a estimé que la rechute de l'assuré ne satisfaisait pas la condition de causalité requise pour une prise en charge du sinistre par la CNA/SUVA, notamment en raison d'un intervalle de temps trop long entre les événements.

B. **a)** Fort de l'avis de son médecin du 16 octobre 2007, la CNA/SUVA a rendu le 7 novembre 2007 une décision par laquelle elle a refusé d'intervenir au motif qu'il n'existe aucun lien de causalité certain ou du moins vraisemblable entre l'accident du 29 janvier 2003 et les troubles annoncés par l'assuré.

En date du 27 novembre 2007, l'assuré a formé opposition contre cette décision en se référant, pour les motifs, à une lettre que la CNA/SUVA a reçue le même jour de la part des Drs M.____ et X.____, du service de chirurgie plastique et reconstructive, centre des brûlés du CHUV. Selon eux, le traitement opéré en 2003 n'était qu'intermédiaire, la partie distale de la cicatrice étant restée instable avec suppurations récidivantes et émission de matériel crayeux. L'évolution clinique confirmait une infection latente depuis l'âge de 12 ans lors de la brûlure. De petites surinfections locales ont été régulièrement traitées par l'assuré. Afin de définitivement régler le problème, une excision large s'imposait. L'évolution post-opératoire (intervention du 7 août 2007) a été très défavorable avec une surinfection massive quelques heures après l'opération, ce qui révélait bel et bien la présence de germes dans la cicatrice. Compte tenu ce descriptif, les troubles annoncés par l'assuré résultaient d'une complication d'un accident non seulement du 29 janvier 2003, mais aussi de 1973.

La CNA/SUVA a demandé un nouvel avis à son médecin d'arrondissement (Dr J. _____), qui a confirmé en date du 16 janvier 2008 l'avis du 16 octobre 2007 du Dr V. _____ niant l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 29 janvier 2003 et les troubles annoncés. Le Dr J. _____ a déclaré qu'à son sens, l'accident du 29 janvier 2003 n'aurait pas dû être pris en charge par la CNA/SUVA, mais, s'agissant d'un accident bagatelle, celle-ci a accepté d'intervenir. Il a également souligné qu'au vu des propos même de l'assuré, celui-ci n'était pas certain de la cause du trouble dont il a souffert le 29 janvier 2009. La prise en charge de ce trouble reposait dès lors davantage sur une hypothèse que sur un fait établi.

b) aa) Dans sa décision sur opposition du 29 janvier 2008, la CNA/SUVA a retenu ce qui suit:

"Le Dr V. _____ remplaçant du médecin d'arrondissement, en date du 16 octobre 2007, a certifié que la causalité n'est pas pour le moins probable en raison du laps de temps écoulé et du fait les lésions constatées peuvent également se manifester en l'absence d'un facteur extérieur. Le Dr J. _____, médecin d'arrondissement a qui le dossier a été soumis dans le cadre de la procédure d'opposition, s'est entièrement rallié à l'avis de son confrère en soulignant encore que la blessure actuelle a une autre localisation. Pour le surplus, le Dr J. _____ a énoncé que la prise en charge du cas initial n'était pas justifiée car les lésions constatées auraient pu se manifester également en pliant les genoux ou à cause d'un frottement important des habits.

Le fait que les Drs X. _____ et M. _____ estiment "qu'il s'agit d'une complication d'un accident non seulement du 29 janvier 2003, mais aussi de 1973" ne permet pas d'engager la responsabilité de la Suva au motif, d'une part, que l'accident de 1973 n'était pas couvert par la Suva et, d'autre part, que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable l'existence d'un accident le 29 janvier 2003. La Suva, vu que le cas a été pris en charge au titre de bagatelle, est en droit de revenir sur l'acceptation même si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale selon l'art. 53 al. 1 ou 2 LPGa n'étaient pas remplies en l'espèce (A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurich, 2003, p. 22). Pour le surplus et par surabondance de droit, force est d'admettre qu'aucun motif ne permet de s'écarter des conclusions des Drs V. _____ et J. _____ lorsqu'ils affirment que la causalité entre le prétendu accident et les troubles opérés en août 2007 n'est pas pour le moins vraisemblable".

La CNA/SUVA a alors rejeté l'opposition formée par l'assuré.

bb) Par acte du 20 février 2008, P. _____ a recouru contre la décision sur opposition du 29 janvier 2008.

Le recourant précise les points suivants:

- En 1973, il a eu un accident qui a entraîné une brûlure profonde à la cuisse droite, laquelle a laissé une cicatrice importante;
- En janvier 2003, il s'est cogné la jambe droite à l'endroit de la cicatrice en question, ce qui a entraîné une plaie. Cet accident a été pris en charge par la SUVA-Berne, qui a assumé les frais médicaux; et
- Vers la fin 2006, une petite plaie s'est formée sur ladite cicatrice, au même endroit que la suture effectuée en 2003. Il a alors consulté, en avril 2007, afin de traiter cette plaie qui ne se refermait pas.

Il se prévaut en outre du fait que selon les médecins traitant, il était évident que les interventions et les traitements relatifs aux troubles annoncés seraient pris en charge; en cas de doute, ses médecins traitant l'auraient incité à prendre contact avec le médecin d'arrondissement de la CNA/SUVA avant d'entamer le traitement.

Le recourant conclut alors à ce que la CNA/SUVA prenne en charge les frais liés aux troubles annoncés.

cc) Dans son écriture du 7 avril 2008, la CNA/SUVA a renoncé à déposer une réponse, en raison de l'absence d'élément nouveau avancé par le recourant. Elle considère toutefois qu'en raison du fait que le recourant a précisé qu'environ à mi-2006, une petite plaie s'était de nouveau formée sur la brûlure, 1 cm de plus qu'en 2003, sans autre événement spécifique, on ne peut retenir que les prestations litigieuses sont en relation avec une atteinte assurée.

Par écriture du 30 juin 2008, le recourant a produit une photographie, sur la base de laquelle il soutient que l'emplacement de la plaie se trouve à moins d'un centimètre de la plaie survenue en 2003. Par ailleurs, il explique ne pas comprendre pour quelle raison la CNA/SUVA

retient qu'il n'avait pas pu rendre vraisemblable la survenance d'un accident en février 2003, alors qu'elle a pris en charge ce sinistre. Il rappelle également que ses médecins traitant ont toujours admis que les faits de 2007 étaient bel et bien une rechute de l'accident de 2003.

Par courrier du 12 août 2008, la CNA/SUVA maintient son rejet du recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé, dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

En l'espèce, le recourant étant domicilié dans le canton de Vaud, son recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de l'octroi de prestations de la part de la CNA/SUVA en raison des troubles présentés par le recourant en juillet 2007.

3. a) aa) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

bb) Conformément à l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), la responsabilité de l'assureur accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives.

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail (ATF 118 V 293, consid. 2c). Toutefois, plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TFA U_386/99 du 22 août 2000, consid. 4; RAMA 1997 p. 188, consid. 1c).

cc) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère

accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 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'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique

raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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. 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

4. Il est constant que l'intéressé s'est brûlé à la jambe droite en 1973, alors qu'il n'était pas assuré auprès de la CNA/SUVA. Par la suite, soit en 2003, une plaie sur la partie distale de la cicatrice a dû être excisée. Ces soins ont été pris en charge par l'intimée. En août 2007, une excision large avec correction de la cicatrice a été réalisée. La question est de savoir s'il y a un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte de 2003 et celle de 2007. C'est une question essentiellement de nature médicale, selon la jurisprudence constante (cf. consid. 3a/cc supra).

a) Il ressort de la lettre de sortie du 27 novembre 2007 des Drs M. _____ et X. _____ (CHUV) que des raisons médicales rendaient nécessaire une correction de la cicatrice, afin de régler définitivement le trouble présenté par le recourant (infection latente, surinfections locales, etc.). L'évolution post-opératoire défavorable (une surinfection massive quelques heures après l'opération du 7 août 2007), révélant bel et bien la

présence de germes dans la cicatrice, a confirmé la nécessité d'une telle correction.

Dans son appréciation du 16 janvier 2008, le médecin de la CNA/SUVA (Dr J. _____) se demande si toute lésion de la cicatrice instable doit être considérée comme une suite de l'accident, ces lésions pouvant résulter de traumatismes minimes (par exemple, en pliant les genoux ou par un frottement important des habits). Il conclut que la Caisse n'aurait pas dû prendre en charge l'accident du 29 janvier 2003. Toutefois, s'agissant d'un accident bagatelle, la CNA/SUVA en a accepté la prise en charge sur la base d'une hypothèse et non d'un fait établi. Il considère par ailleurs que la blessure présentée en 2007 aurait une autre localisation que celle de 2003.

Par décision sur opposition du 29 janvier 2008, la CNA/SUVA reprend l'appréciation du 16 janvier 2008 de son médecin d'arrondissement. Elle considère au sujet de l'avis des médecins du CHUV que leur appréciation ne permet pas d'engager sa responsabilité en raison du fait, d'une part, que l'accident de 1973 n'était pas couvert par elle-même et, d'autre part, que l'assuré n'a pas rendu vraisemblable l'existence d'un accident le 29 janvier 2003. Par ailleurs, elle soutient, citant Rumo-Jungo, être en droit de revenir sur l'acceptation de prise en charge de l'accident de 2003, même si les conditions de la reconsidération ou de la révision ne sont pas remplies, puisqu'il s'agit d'un accident bagatelle.

b) aa) Selon les médecins du CHUV, l'atteinte présentée en 2007 est une rechute de celle de 2003 et de l'accident de 1973. Pour les médecins de la Caisse, il s'avère *a posteriori* que l'accident de 2003 n'aurait pas dû être pris en charge. En tout état de cause, il convient de retenir que la Caisse a pris en charge le traitement réalisé en 2003 et n'est pas revenue sur sa décision. En l'espèce la question n'est pas de déterminer si la Caisse aurait dû ou non prendre en charge le traitement de 2003, mais de définir si un rapport de cause à effet entre l'atteinte de 2003 et celle de 2007 permet de qualifier cette dernière de rechute de la

première - laquelle doit être qualifiée d'événement assuré, au sens de l'art. 6 LAA, la CNA/SUVA l'ayant pris en charge sans contestation. Par ailleurs, conformément à la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que l'atteinte de 2003 soit la cause unique ou immédiate de celle de 2007. Il suffit qu'elle puisse en être la cause probable (cf. consid. 3 a/cc supra). En outre, l'existence d'un tel rapport est une question de fait qui doit être tranchée selon la règle de la vraisemblance prépondérante en se basant essentiellement sur les renseignements d'ordre médical (cf. consid. 3 a/cc supra).

bb) En l'occurrence, les médecins du CHUV ont suivi le recourant depuis son atteinte de 2003. Ils ont pris en charge son cas, se sont occupés des interventions que celui-ci a subies et ont rendu des rapports et avis, lesquels sont concordantes et non-contradictoires, qui permettent de dresser un tableau complet de la situation du recourant et de l'évolution de celle-ci.

En revanche, le premier avis du médecin de la Caisse (Dr V._____) est succinct. Hormis l'intervalle de temps, il n'établit pas, en l'absence de motivation concrète - se limitant à indiquer les conditions de la causalité de manière négative -, son refus de reconnaître l'existence d'un rapport de causalité. En ce qui concerne l'intervalle de temps, il estime, sans motiver, celui-ci trop long pour qu'un rapport de causalité puisse être établi entre les atteintes. Or, seules 6 années séparent les atteintes qui nous intéressent, ce qui n'est pas, au vu de l'atteinte présentée par le recourant (infection latente depuis une trentaine d'années, notamment), une durée que l'on pourrait sans équivoque et sans motivation qualifier de long. Pour ces motifs, l'avis du Dr V._____ n'emporte pas la conviction face aux rapports et avis des médecins du CHUV.

En ce qui concerne le second avis du médecin de la Caisse (Dr J._____), il confirme l'avis du Dr V._____, qui, on l'a vu, n'emporte pas la conviction. En outre, il considère, sans motiver, qu'en raison de sa localisation, l'atteinte de 2007 ne peut être dans un rapport de causalité

avec celle de 2003 (celle-ci étant localisée à 1 cm de l'autre). Il convient de préciser que le Dr J._____ n'a pas examiné personnellement le recourant et qu'il se base uniquement sur un entretien du 4 octobre 2007 entre un inspecteur, non-médecin, et le recourant. En l'absence de motivation et compte tenu des circonstances, le rapport du Dr J._____ n'emporte pas la conviction face aux rapports et avis des médecins du CHUV. Pour le surplus, le Dr J._____ estime que la CNA/SUVA n'aurait pas dû prendre en charge l'accident de 2003. Toutefois, on l'a également vu, cette question est hors de propos dans la présente cause, la Caisse ayant décidé de prendre en charge ce sinistre sans contestation subséquente.

S'agissant du renvoi à Rumo-Jungo dont l'intimée se prévaut et qui lui permettrait de revoir toute décision relative à un accident bagatelle même si les conditions de la reconsidération ou de la révision n'étaient pas satisfaites, il convient de relever que ce passage ne représente en aucun cas un avis doctrinal, mais reprend uniquement un passage d'un rapport annuel de la CNA/SUVA de 1954. Ni la loi ni la jurisprudence ni une véritable opinion doctrinale n'a reconnu un tel droit à la CNA/SUVA. L'interprétation du texte clair et sans équivoque des dispositions pertinentes (notamment de l'art. 52 LPGA) ne saurait conduire à la reconnaissance d'une telle règle. Au demeurant, cet avis de la CNA/SUVA date de 1954, alors que la LAA est entrée en vigueur en 1984 et la LPGA, qui traite notamment de la reconsidération, en 2003. Outre son ancienneté et le fait qu'il ne tient pas compte de l'évolution du cadre de la loi depuis ces 50 dernières années, cet avis n'a pas été pris en compte par le législateur lors de l'élaboration des lois applicables. Or, il aurait aisément pu consacrer une telle exception dans une disposition légale. Au vu de ces circonstances, il convient de nier l'existence d'un tel principe qui, au demeurant, devrait se fonder sur une disposition légale formelle, compte tenu notamment de l'atteinte qu'il pourrait occasionner à la sécurité du droit et au principe constitutionnel de la bonne foi.

cc) En définitive, les rapports du médecin du CHUV qui décrivent les antécédents du recourant, les atteintes qu'il a présentées, les interventions rendues nécessaires ainsi que les suites post-opératoires

de manière claire, concordantes et non-contradictoires, l'emportent sur les avis des médecins d'arrondissement de la CNA/SUVA, qui sont insuffisamment motivés. Dès lors, il convient de retenir que l'atteinte de 2007 est une rechute de l'atteinte de 2003, laquelle a été qualifiée d'événement assuré par la CNA/SUVA. Conformément à l'art. 11 OLAA, il appartient ainsi à l'intimée de prendre également en charge le traitement de l'atteinte de 2007 au titre de rechute.

5. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'atteinte de 2007 donne droit à des prestations, au titre de rechute, de la part de la CNA/SUVA.

Au vu des circonstances, il n'a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let a LPGA) ni d'allouer des dépens, le recourant n'étant pas représenté (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera les prestations légales pour la rechute du 14 avril 2007.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- P. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: