

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 avril 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

V. _____, à [...] (France), recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 21 LAA

E n f a i t :

A. Le 2 décembre 2013, V._____, né en 1988 et domicilié en France (ci-après : l'assuré ou le recourant), a été victime d'un accident (chute à travers un plancher qui a cédé) dans le cadre de son travail sur un chantier en Suisse. Les examens pratiqués à la suite de cet événement ont révélé les atteintes suivantes :

- main gauche : réduction sanglante et ostéosynthèse du scaphoïde pour fracture distale du poignet gauche le 9 décembre 2013 ;
- épaule gauche : petite déchirure de la face profonde et distale du tendon supra-épineux et lésion SLAP (arthro IRM du 13 janvier 2014) ; plastie capsulo-ligamentaire selon Bankart avec réparation d'une lésion type SLAP V, réparation d'une lésion du tendon supra-épineux et acromioplastie par arthroscopie le 8 avril 2014 ; minime inflammation AC (IRM du 19 novembre 2014) ;
- épaule droite : petite déchirure partielle du tiers antérieur de la face articulaire du tendon supra-épineux, lésion SLAP (DD récessus sublabral), discrète bursite sous-acromiale (IRM du 23 décembre 2014) ;
- genou gauche : rupture complète du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) gauche avec lésion fissuraire verticale du ménisque latéral allant de la portion moyenne à la corne antérieure (IRM du 25 février 2014) ; une plastie du ligament croisé antérieur a été proposée mais n'a pas été réalisée en raison de la persistance des douleurs dans les deux épaules ;
- genou droit : déchirure partielle de l'insertion tibiale du faisceau postéro-latéral du LCA (IRM du 4 avril 2014) ;
- cheville droite : subluxation des tendons fibulaires à l'éversion, décollement du rétinaculum supérieur à son insertion sur la malléole latérale mais sans déchirure, tendinopathie du long fibulaire dans sa portion rétro et infra-malléolaire (US du 19 mai 2014) ;
- rachis : rachialgies chroniques cervico-dorso-lombaires d'origine musculo-squelettique non spécifique dans le contexte d'un état

douloureux étendu ; discrète arthrose facettaire L3-S1 (IRM du 4 février 2015) ;

- ralentissement de la vitesse de conduction sensitive du tronc cubital au coude gauche (ENMG du 12 février 2015).

Les suites de l'accident (versement de l'indemnité journalière et frais de traitement) ont été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

Le 19 mai 2015, l'assuré a été admis à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour une prise en charge interdisciplinaire sur proposition de plusieurs de ses médecins traitants en raison de l'importance de la symptomatologie douloureuse et du handicap fonctionnel mis en avant par l'assuré. Le rapport du 16 juin 2015 du Dr A._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et médecine du sport et médecin associé auprès de la CRR, indique notamment qu'aucun nouveau diagnostic n'a été posé durant le séjour, que les plaintes et les limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, que les données objectives à disposition ne montrent aucune anomalie susceptible d'expliquer l'intensité du comportement douloureux et d'invalidé qui a considérablement parasité l'évaluation et a constitué de ce fait un obstacle à une appréciation précise des quelques limitations fonctionnelles en lien avec les lésions objectives en rapport avec l'accident. Le Dr A._____ estime que la situation est stabilisée d'un point de vue médical et, qu'en l'absence de données objectives corrélant le handicap fonctionnel important démontré par l'assuré, toute nouvelle intervention chirurgicale non urgente est contre indiquée. En ce qui concerne les membres inférieurs, il précise que les discordances entre les plaintes et les anomalies objectives lui laissent penser qu'aucun geste chirurgical n'est susceptible d'améliorer la situation. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité et dans quelque activité que ce soit est défavorable en raison essentiellement de facteurs non médicaux présents. En conclusion, le Dr A._____ relève que l'exacerbation majeure des symptômes douloureux et la régression comportementale présentée par

l'assuré durant le séjour n'ont pas trouvé d'explications médicales somatiques ou psychiatriques et ont motivé une anticipation de la sortie du patient.

Le rapport du 12 juin 2015 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, chef de service auprès de la CRR, indique notamment ce qui suit :

"28.5.2015 Au vu d'une symptomatologie douloureuse de plus en plus manifeste, en particulier au niveau du dos, avec un patient demandant de l'aide pour les activités de base (aller aux toilettes par ex), et donc ne pouvant bénéficier des thérapies de réadaptation, notre service est à nouveau sollicité et nous organisons une discussion tripartite (médecins réadaptateurs, patient et moi-même) : lors de cette rencontre, il est convenu avec le patient d'un séjour écourté, avec départ le lendemain, après la consultation-dos prévue auprès du Dr W._____.

29.5.2015 du point de vue psychiatrique, le patient, avec lequel je me suis à nouveau entretenu, ne présente pas de psychopathologie contre-indiquant son retour à domicile.

Un contact téléphonique a eu lieu avec son avocat (appel provenant de ce dernier demandant à parler aux médecins), en présence du patient. Il a été mentionné à son avocat [...] que les symptômes subjectifs présentés par M. V._____ ne constituent pas une contre-indication médicale à son retour à domicile et que c'est l'impossibilité d'établir un lien de confiance avec M. V._____ pour établir un programme de réadaptation médicalement justifiable qui a conduit à la décision de sortie.

Diagnostic et conclusions

L'exacerbation majeure des symptômes douloureux et la régression comportementale présentée par ce patient durant le présent séjour n'ont pas trouvé d'explications médicales somatiques ou psychiatriques."

Le rapport du 1^{er} juin 2015 (consilium du 29 mai 2015) du Dr W._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation et directeur médical de la CRR, relève notamment que les données objectives à disposition (examen physique, radiographies standard, rapport de l'IRM dorso-lombaire du 4 février 2015) ne montrent aucune anomalie susceptible d'expliquer le comportement d'autolimitation prononcé et la paraparésie. Le spécialiste indique qu'il n'a pas identifié d'anomalie objective du rachis qui puisse justifier une incapacité de travail. Il suggère qu'une exploration de la sphère psycho-sociale soit davantage explorée, eu égard au comportement d'invalidé si prononcé et discordant de l'assuré.

Le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen de l'assuré le 21 août 2015. Dans son rapport du 31 août suivant, il relève notamment ce qui suit :

"12.08.2015 Rapport des U._____, Service de réadaptation : l'assuré s'est présenté aux Urgences des U._____ le 29.05 et fut hospitalisé en service de Rhumatologie devant un tableau douloureux. Une majoration du traitement par Oxyconone/Naloxone® a été prescrite avec adjonction de Diazépam®. Une nouvelle hospitalisation a été envisagée dans le service de Médecine physique pour le 18.08.2015, en vue d'une rééducation stationnaire. Ce séjour sera reporté, compte tenu de l'examen agendé ce jour.

Déclarations de l'assuré

Il déclare que l'évolution n'est pas favorable. Il s'appuie toujours lourdement sur une canne, même à son domicile, portée sur le côté droit uniquement, car il ne peut pas appuyer sur l'épaule gauche en raison de la douleur résiduelle, il sort un peu de chez lui. Il ne peut pas porter de charges et marche sur quelques centaines de mètres au maximum. Il ne conduit pas de voiture.

Au niveau du genou gauche : il déclare que la marche est douloureuse à l'appui à ce niveau avec une impression de ressentir des dérobements ainsi que des épisodes de gonflement.

[...]

Mobilités :

- genou gauche : flexion douloureuse à partir de 120°, extension 0°, Lachmann arrêt mou en faveur d'une lésion du ligament croisé antérieur. Pas d'instabilité latérale. Pas d'épanchement intra articulaire. La palpation de l'interligne articulaire est un peu douloureuse sur son versant interne.

[...]

Diagnostic

Fracture du scaphoïde carpien main gauche traitée par ostéosynthèse.

Lésion tendon sus-épineux épaule gauche (opérée).

Rupture du ligament croisé antérieur du genou gauche

Rupture de la gaine des tendons péroniers de la cheville droite

Traumatisme du rachis lombaire sans lésion anatomique

Appréciation

[...]

A l'issue d'un bref séjour à la CRR, il a pu être constaté que les limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs qui touchent la totalité du corps et sont en aggravation depuis l'accident. Ces douleurs peuvent atteindre jusqu'à 8/10 et sont tout à fait diffuses mais prédominant au niveau du rachis lombaire. Le bilan iconographique à ce niveau n'a retenu qu'une arthrose facettaire en poussée congestive lombaire basse sans aucun signe de contusion osseuse résiduelle ni de fracture visible. Au niveau de l'épaule gauche qui a été opérée l'évolution clinique n'est pas satisfaisante, conduisant à reporter une éventuelle intervention à droite.

En conclusion de ce séjour, les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent pas principalement par les lésions objectives constatées, des facteurs contextuels jouant un rôle dans les plaintes et les limitations rapportées par le patient et influencent défavorablement le pronostic et le retour au travail.

Finalement l'intensité des plaintes et du comportement douloureux inadaptés n'ont pas permis d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés et le séjour a été écourté. Par ailleurs des discordances ont été relevées. Aucun geste chirurgical complémentaire n'a été retenu. L'assuré est examiné dans le service de psychosomatique pendant le séjour à la CRR le 22.05.2015. Au total l'exacerbation majeure des symptômes douloureux et la régression comportementale présentées par ce patient durant le séjour n'ont pas trouvé d'explication médicale, somatique ou psychiatrique.

Le cas est stabilisé à ce jour.

Il n'y a aucune indication actuellement à réaliser un geste chirurgical au niveau du ligament croisé antérieur gauche ou de la cheville droite car un mauvais résultat serait à craindre.

Le bilan iconographie et le bilan clinique à la CRR ainsi que le bilan de ce jour confirment l'absence de troubles traumatologiques au niveau lombaire.

Plus d'1 an et ½ après les faits on peut considérer que le statu quo sine est atteint à ce niveau car le traumatisme initial a cessé maintenant ses effets délétères au niveau du rachis.

Dans une activité professionnelle réalisée essentiellement en position assise, avec des déplacements modérés sans port de charge répété supérieur à 5 kg; dans ces conditions on peut s'attendre à une activité professionnelle réalisée à la journée entière.

La discussion d'une IPAI sera effectuée sur un document séparé.

Sur le plan de la prise en charge ultérieure on acceptera

- Une consultation mensuelle auprès de son médecin traitant
- Le traitement antalgique quotidien décrit plus haut pour deux ans puis sera réévalué
- Deux séries de séances de physiothérapie chaque année."

Les 8 et 9 décembre 2015, les Hôpitaux U._____ (ci-après : U._____) ainsi que le Dr M._____, spécialiste en médecine interne, ont requis de la CNA la prise en charge d'une hospitalisation de l'assuré à l'Hôpital R._____ pour des douleurs chroniques articulaires diffuses secondaires à sa chute du 2 décembre 2013.

Par décision du 15 décembre 2015, la CNA a mis fin au remboursement des frais de traitement et au versement de l'indemnité journalière à compter du 15 décembre 2015 en ces termes :

"L'examen médical que vous avez passé le 21.8.2015 a révélé qu'il n'y avait plus de traitement médical susceptible d'améliorer de façon notable votre état de santé. Par conséquent, nous mettrons fin au

remboursement des frais de traitement et l'indemnité journalière à compter du 31 décembre 2015.

Nous continuerons cependant à prendre en charge, jusqu'à nouvel avis, les contrôles médicaux encore nécessaires, à savoir :

Une consultation mensuelle auprès de votre médecin traitant.

Un traitement antalgique quotidien.

Deux séries de 9 séances de physiothérapie par année.

[...]

Nous examinons [...] actuellement si nous pouvons vous allouer d'autres prestations d'assurance et vous en informerons dès que possible.

[...]."

Le 23 décembre 2015, la CNA a requis du Centre hospitalier O. _____ (ci-après : O. _____) qu'il lui précise les indications médicales pour lesquelles une prise en charge de l'hospitalisation de l'assuré était demandée, en indiquant qu'elle n'entrerait en matière que pour une hospitalisation pour soins aigus et non pour une réadaptation.

Par courrier du 5 janvier 2016, la CNA, se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement du jour précédent, le Dr F. _____, a indiqué à l'assuré ce qui suit :

"[...] En ce qui concerne la prise en charge du traitement médical dès le 1.1.2016 pour la main et le genou côté gauche, la cheville, l'épaule et le genou côté droit, nous allons continuer de prendre en charge, jusqu'à nouvel avis, conformément à notre courrier du 15.12.2015, une consultation mensuelle auprès de votre médecin traitant, le traitement antalgique quotidien et 9 séances de physiothérapie par année.

En ce qui concerne les troubles dorsaux, conformément à notre décision du 15.12.2015, ils ne sont plus à la charge de la Suva depuis le 31.12.2015.

[...]."

Par décision du 19 février 2016, la CNA a alloué à l'assuré pour les séquelles de l'accident du 2 décembre 2013 une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} janvier 2016 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. L'assuré a formé opposition à dite décision par lettre du 7 mars 2016 en faisant valoir notamment ce qui suit :

"Je considère cette décision inadaptée à ma situation. En effet, mon état de santé n'a pas été bien interprété, suite à de multiples refus de prise en charge d'hospitalisations. Pourtant, ces dernières m'auraient été nécessaires et bénéfiques pour l'évolution de ma guérison, tant sur le plan antalgique, locomoteur et psychique.

[...]

Ainsi, depuis tout ce temps, je suis dans l'attente d'une hospitalisation à la clinique R._____ afin d'améliorer mon état de santé.

En effet, à l'heure d'aujourd'hui on me déplace en fauteuil roulant, dû à de multiples douleurs, trop intenses, liées à mon accident, qui nécessitent d'être soignées et coordonnées dans un centre spécialisé tel que R._____."

Par décision sur opposition du 22 mars 2016, la CNA a rejeté l'opposition en tant qu'elle était recevable et a confirmé la décision du 19 janvier 2016. A titre préalable, la CNA a précisé que la décision du 15 décembre 2015 était entrée en force, raison pour laquelle il n'y avait pas lieu d'entrer en matière quant à l'étiologie des troubles du dos. Sur le fond, elle a considéré qu'en l'absence d'élément contraire au dossier, il y avait lieu de se référer à l'avis médical du Dr F._____. Elle a précisé qu'il restait loisible à l'assuré d'annoncer une rechute à la CNA au cas où une intervention chirurgicale pour les suites accidentelles devait être posée.

Par acte non signé daté du 27 avril 2016, l'assuré a formé recours devant la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 22 mars 2016 (cause AA 41/16).

Par arrêt du 31 mai 2016, la Cour ces assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé du rôle la cause AA 41/16 au motif, qu'invité à corriger le vice de forme (absence de signature sur son acte de recours) dans le délai imparti, l'assuré n'avait pas réagi alors qu'il avait été rendu dûment attentif aux conséquences de l'inobservation des exigences procédurales, de sorte que le recours devait être considéré comme ayant été retiré (art. 27 al. 5 LPA-VD).

Par appel téléphonique du 4 octobre 2016, l'assuré a informé la CNA d'une rechute et de l'opération prochaine d'un genou. Dans ce cadre, l'assuré a produit divers rapports médicaux. Ainsi, dans un courrier du 26 septembre 2016, le Dr D._____, généraliste à X._____, indiquait notamment ce qui suit :

"Je vous adresse Monsieur V. _____ 28 ans qui a présenté un accident du travail le 2/12/2013 qui a été consolidé en Suisse fin décembre 2015.

Les conséquences portent sur un handicap physique, une baisse d'autonomie (parfois encore recours au fauteuil roulant) et une volonté de reprendre les soins en France (les soins se termineraient en Suisse fin 2016).

Il est actuellement en hospitalisation de jour au centre de rééducation de K. _____ depuis le 12/09/2016 : kinésithérapie balnéothérapie tous les jours de 8h30 à 12h00. Une prise en charge chirurgicale du genou gauche (ligamentoplastie et traitement méniscal) est prévue avec le Dr S. _____ au CHU de X. _____. La date n'est pas encore fixée mais il serait bénéfique que l'opération ait lieu bientôt, après la rééducation à K. _____.

La demande de Mr V. _____ serait une réouverture (en rechute ?) en Suisse dans le cadre de l'Accident du Travail.

M. V. _____ est en arrêt maladie depuis le 11 juillet 2016 du fait des suites de l'accident (rechutes)."

Un courrier du 28 septembre 2016 du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et praticien hospitalier au CHU de X. _____, adressé au Dr Q. _____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation auprès du Centre médical de K. _____, indiquait qu'il avait reçu l'assuré en consultation ce jour-là et que celui-ci présentait une instabilité chronique du genou gauche, par insuffisance du ligament croisé antérieur. L'examen clinique montrait un Lachman +++ et un ressaut explosif. Il estimait qu'il y avait indication pour une ligamentoplastie.

Par courrier du 8 novembre 2016, le Dr Q. _____ a indiqué au Dr S. _____ notamment ce qui suit :

"Votre patient, **Monsieur V. _____ né le [...], 28 ans**, quitte ce jour le Centre Médical K. _____ où il avait été admis il y a 6 semaines maintenant, pour mener à bien une rééducation pré-opératoire de son genou gauche.

En effet, une rupture du LCA a été diagnostiquée chez ce patient, dans les suites probables de son accident de travail du 02/12/2013.

[...]

Il est prévu que vous réalisiez une ligamentoplastie de ce genou gauche le 19/12/2016, et à ce jour pour ma part, je considère que tout se présente plutôt bien [...]."

Par attestation du 1^{er} décembre 2016, le Dr S. _____ a certifié avoir fixé, d'un commun accord, une date de chirurgie à l'assuré le 8 février 2017. Il rappelait que l'intéressé présentait une rupture du ligament croisé antérieur gauche majeure, confirmée par IRM et qu'afin de

stabiliser de façon pérenne son genou, il réaliserait une ligamentoplastie chirurgicale.

Le 11 janvier 2017, le Dr D. _____ a attesté que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 11 juillet 2016 pour des douleurs et troubles fonctionnels notamment à la marche, port de charge, station debout ou assise prolongée en relation avec les pathologies suivantes :

- Epaule gauche : sus épineux opéré suivie d'une capsulite rétractile
- Epaule droite : déchirure partielle du susépineux non opéré
- Fracture scaphoïde gauche ostéosynthésée
- Déchirure LCA et ménisque gauches (ligamentoplastie) non opérés
- Rupture LCA droite plus fissure tibiale
- Subluxation du tendon péronier cheville droite

Par courrier du 17 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 2 décembre 2013. Elle a précisé que le droit à l'indemnité était de 52 fr. 50 par jour calendaire et qu'il prenait effet le 11 juillet 2016.

Le 10 février 2017, le Dr S. _____ a adressé à la CNA le résumé d'hospitalisation dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé du 7 au 9 février 2017, qu'il a subi une ligamentoplastie du LCA le 8 février 2017 et que l'évolution dans le service a été favorable. L'arrêt de travail a été prolongé jusqu'au 17 août 2017 (certificat médical du 11 mai 2017).

Une note téléphonique de la CNA du 11 avril 2017 indique notamment ce qui suit :

"Après le bouclage de son dossier par la Suva, s'était inscrit au chômage (pas d'activité professionnelle exercée).

Notre assuré indique qu'il a reçu une lettre du chômage lui demandant le remboursement des prestations touchées car selon lui, il n'était pas plaçable à cause des soins médicaux effectués...

[...]

Notre assuré est d'avis que la Suva doit reprendre ses prestations depuis qu'il s'est inscrit au chômage et ainsi rembourser l'assurance-chômage en France.

Je réponds à notre assuré que nous avons mis fin à nos prestations car la situation médicale était considérée comme stabilisée et octroyé une rente d'invalidité. Cette décision est entrée en force. Pour notre part, il n'y a aucune raison d'annuler cette décision. [...]."

Figurent au dossier :

- un certificat médical du 17 mars 2017 par lequel le Dr N._____, généraliste à [...], certifie qu'il a examiné l'assuré en janvier 2016 et que celui-ci a présenté une incapacité totale de travail du 1^{er} janvier au 31 août 2016 "en cohérence avec la synthèse de son état clinique décrite par le Dr H._____, (chef de service de Rhumatologie du O._____) en date du 15/12/2015 :
"Syndrome Rachidien aigu
Capsulite rétractile
Séquelles d'entorses de chevilles et genoux
Perte d'autonomie"
[...]."
- le compte-rendu d'hospitalisation (du 12 au 15 décembre 2015) établi le 15 décembre 2015 par le Dr H._____, avec l'indication des diagnostics retenus suivants : syndrome rachidien aigu, capsulite rétractile, séquelles : entorse chevilles, entorse genoux et perte d'autonomie.
- un courrier de l'assurance-chômage française (Pôle emploi) du 29 mars 2017 qui réclame à l'assuré le remboursement du montant de 4'502,74 euros perçus en trop pour la période du 5 avril au 10 juillet 2016.

Une note téléphonique de la CNA du 12 mai 2017 indique que la répondante de Pôle Emploi a expliqué que l'assuré avait contacté l'assurance-chômage française et lui avait remis le certificat médical du Dr N._____ du 17 mars 2017 qui indiquait une incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 2016. C'est en raison de la teneur de ce certificat médical (incapacité de travail) que Pôle Emploi a demandé à l'assuré le remboursement des indemnités de chômage. Il est précisé que l'assuré s'est inscrit au chômage le 29 mars 2016 et a perçu des indemnités dès le 5 avril 2016.

Le 18 mai 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle ne pouvait pas entrer en matière sur la demande de remboursement requise par Pôle Emploi, au motif qu'en l'absence d'une aggravation des troubles liés à l'accident, elle considérait qu'une incapacité de travail n'était pas justifiée. Elle a indiqué en rester aux prestations accordées dans le cadre de la rente et a rappelé qu'elle avait pris en charge, "à bien plaisir", l'indemnité journalière dès le 11 juillet 2016 alors que celle-ci était due dès le 8 février 2017, date de l'opération.

Par courrier du 27 mai 2017, l'assuré a contesté la décision de la CNA du 18 mai précédent.

Par décision formelle du 1^{er} juin 2017, la CNA a refusé d'entrer en matière s'agissant de la demande de remboursement de Pôle Emploi pour les prestations de chômage versées à l'assuré. Elle a repris la motivation développée dans sa lettre du 18 mai 2017.

Le 23 juin 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 1^{er} juin précédent en faisant notamment valoir qu'il avait été reconnu en incapacité de travail à 100 % pour les suites de son accident de travail par des organismes tels que "la Sécurité sociale, les Assedic et des spécialistes". Cette incapacité datait du 1^{er} janvier 2016, voire même depuis son hospitalisation à [...] (le 7 décembre 2015) alors que ses droits étaient encore ouverts à l'époque (jusqu'au 31 décembre 2015). L'assuré expose que par la suite il a été hospitalisé en clinique de jour à K. _____ (le 19 septembre 2016) afin de préparer l'opération de son genou gauche, qui a eu lieu le 8 février 2017. Il soutient qu'il y a eu des retards flagrants dans ses soins puisque cette opération, ainsi qu'une hospitalisation à la Clinique R. _____, devait avoir lieu pour cette même cause en août 2015 mais que la CNA avait refusé la prise en charge alors que son état de santé était en aggravation, en lien direct avec son accident de travail. L'assuré a précisé qu'il ne demandait plus le remboursement des prestations versées par Pôle Emploi. Faisant valoir que son salaire devait "revenir à son initial depuis sa clôture en Décembre 2015, car les Assedic

demande un remboursement de la période où j'ai été indemnisé", il a conclu à ce que la CNA prenne à sa charge les indemnités journalières depuis le 1^{er} janvier jusqu'au mois de juillet 2016. Il a produit une liasse de pièces.

Par décision sur opposition du 6 juillet 2017, la CNA a rejeté l'opposition dans la mesure où elle était recevable et a confirmé sa décision du 1^{er} juin précédent. Retenant que, le 17 mars 2017, le Dr N._____ avait établi un certificat d'incapacité de travail rétroactif et déclaré l'assuré incapable au travail à 100 % dès le 1^{er} janvier 2016, elle a considéré que les éléments du dossier ne permettaient toutefois pas d'admettre que l'assuré présentait une incapacité de travail dans le cadre de la rente avant l'opération. L'instabilité du genou avait déjà été objectivée lors de l'examen final et aucune aggravation de l'état de santé par rapport à dit examen ne pouvait être retenue. Partant, elle aurait dû reprendre le service de l'indemnité journalière à partir de la date de l'opération. Le fait que Pôle Emploi ait demandé la restitution de l'indemnité journalière versée dès le 5 avril 2016 ne changeait rien à la situation. La CNA a indiqué qu'elle renonçait à examiner si les conditions d'une reformatio in pejus étaient remplies.

B. Par acte du 5 août 2017, V._____ a recouru contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 6 juillet 2017 devant le Tribunal cantonal de Lucerne. Celui-ci a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de l'Etat de Vaud le 18 août 2017 comme objet de sa compétence. Le recourant a pris les conclusions suivantes :

"Ainsi, je demande que la réouverture de mes indemnités journalières soit effectuée depuis le 1 janvier 2016 ; puisqu'elles ont été prises en compte que jusqu'au 31 décembre 2015 ; jusqu'au 11 juillet 2016, date de la réouverture de mon dossier.
De plus, la SUVA a osé calculer mes indemnités journalières, depuis le 11 juillet 2016, par rapport au chômage que je n'ai même pas perçu au final, puisque je dois leur rembourser la période indemnisée, car mon état de santé ne me perme[t] pas un retour à l'emploi, suite aux traumatismes liés à l'accident de travail et au traitement.

Mes indemnités journalières étant passées de 112,10 CHF par jour à 52,50 CHF par jour, je demande donc qu'elles reviennent à 112,10 CHF par jour."

Le recourant fait valoir en substance que sa situation médicale n'a jamais été stabilisée et qu'elle s'est au contraire aggravée à sa sortie de la CRR à la fin du mois de mai 2015. Il soutient qu'il avait besoin de soins, notamment d'une réadaptation à l'Hôpital R._____, mais que malgré les nombreux avis médicaux allant en ce sens de ses médecins, l'intimée a refusé toute prise en charge. Il expose que ce n'est finalement qu'après un séjour en rééducation à la Clinique K._____ fin 2016, équivalent de l'Hôpital R._____, qu'il a pu se faire opérer le genou gauche en février 2017. Cela étant, le recourant estime que l'intimée n'était pas en droit de mettre fin à ses prestations comme elle l'a fait par décision du 15 décembre 2015, qu'il n'a jamais cessé d'être en incapacité totale de travail et qu'il a par conséquent droit à la poursuite du versement par l'intimée de l'indemnité journalière initiale dès le 1^{er} janvier 2016 ; la CNA devrait par conséquent également lui payer la différence entre le montant de l'indemnité journalière qui lui a été accordée dès le 11 juillet 2016 et celui de l'indemnité journalière initiale.

Le 16 octobre 2017, le recourant a produit une liasse de pièces relatives aux circonstances de l'accident du 2 décembre 2013, au salaire sur lequel il considère que l'intimée aurait dû se fonder pour calculer l'indemnité journalière ainsi que des rapports médicaux démontrant selon lui les différentes négligences médicales dont il a été victime, tels que le manque de coordination des soins et les refus d'hospitalisation qui expliquent sa totale incapacité de travail.

Par réponse du 9 novembre 2017, l'intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne, a conclu au rejet du recours. D'emblée, elle rappelle que, contrairement à ce que laisse entendre le recourant, le litige ne porte plus sur la fin de ses indemnités journalières prononcées avec effet au 31 décembre 2015, ce d'autant plus qu'il bénéficie depuis lors d'une rente d'invalidité LAA de 11 % ainsi que d'une IPAI de 20 %, mais uniquement sur les indemnités journalières dues par la

CNA à la suite de la rechute annoncée en octobre 2016. Elle estime qu'il importe dès lors peu qu'il ait, comme il le soutient dans son recours, continué à souffrir à sa sortie de la CRR et fait l'objet de négligences dans son suivi médical. L'intimée considère qu'il appartenait au recourant de contester la décision de Pôle Emploi lui réclamant le remboursement des prestations versées, ce d'autant plus que les 2 à 3 séances de kinésithérapie mentionnées dans son recours ne faisaient manifestement pas obstacle à une reprise d'emploi et qu'il avait, dans le même temps, renoncé à donner suite à son recours du 27 avril 2016 portant sur les suites et séquelles de son accident. Pour le surplus, elle soutient que, comme exposé dans la décision dont est recours, les éléments au dossier ne permettaient même pas d'admettre que le recourant présentait une incapacité de travail supplémentaire (dans le cadre de son régime de rente d'invalidité) avant son opération du genou le 8 février 2017 et qu'elle aurait dû refuser de lui verser toute indemnité journalière avant cette date. L'intimée requiert dès lors que soit examinée dans le cadre de la présente procédure la question de savoir si le recourant devrait lui rembourser les indemnités journalières perçues en trop entre le 11 juillet 2016 et le 8 février 2017, ce dans le sens d'une reformatio in pejus.

Dans sa réplique du 4 décembre 2017, le recourant augmente ses conclusions en ce sens que non seulement il requiert la poursuite du versement de l'indemnité journalière initiale dès le 1^{er} janvier 2016 mais réclame la continuation de la prise en charge des soins. Sur le fond, il reprend en substance son argumentation quant au manque de sécurité régnant sur le chantier sur lequel il a été victime d'un accident le 2 décembre 2013 ainsi que ses griefs relatifs au montant du "salaire" qu'il percevait actuellement. Il expose une fois encore les négligences médicales dont il prétend avoir été victime, qui expliquent selon lui qu'il n'ait jamais cessé d'être en incapacité totale de travail.

Le 12 février 2018, l'intimée a indiqué qu'elle renonçait à dupliquer, qu'elle se référait intégralement à sa réponse et qu'elle confirmait ses conclusions.

Le 27 août 2018, le recourant a produit de nouvelles pièces. Il a également fait état d'un nouvel "incident" médical le 11 août précédent à son domicile.

Par écriture du 20 septembre 2018, Me Elsig a indiqué qu'il transmettait à sa mandante comme objet de sa compétence l'annonce d'un nouvel événement traumatique en date du 11 août 2018. Pour le surplus, il a rappelé que seule était objet du présent litige la rechute annoncée en octobre 2016 et que les derniers documents produits par le recourant ne changeaient rien à cet égard. L'intimée a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) 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, sous réserve de dérogations expresses (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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 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 du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (art. 58 al. 2 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; BLV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile ; il a été transmis à juste titre par le Tribunal cantonal du canton de Lucerne à la Cour de céans comme objet de sa compétence puisque, le recourant étant domicilié à l'étranger, c'est le domicile de son employeur au moment de l'accident qui prévaut (art. 58 al. 2 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. (96 indemnités journalières [du 5 avril au 10 juillet 2016] à 52 fr. 50 = 5'040 fr.), le recours ressortit à la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) En l'espèce, le présent recours a été formé contre la décision sur opposition rendue par la CNA le 6 juillet 2017, par laquelle elle a confirmé sa décision initiale du 1^{er} juin précédent refusant d'entrer en matière s'agissant de la demande de remboursement de Pôle Emploi pour les prestations de chômage versées au recourant du 5 avril au 10 juillet

2016 (représentant 4'502 euros et 74 centimes). L'énoncé de cette décision initiale est malheureux en ce sens où la question qui se posait était plutôt de savoir si l'intimée acceptait de prendre en charge l'indemnité journalière à compter du 4 avril 2016 au lieu du 11 juillet 2016 (cf. lettre du 17 janvier 2017 acceptant de prendre en charge l'indemnité journalière de 52 fr. 50 à compter du 11 juillet 2016 pour la rechute annoncée le 4 octobre 2016) en raison de la demande de remboursement formulée par Pôle Emploi à l'assuré pour les prestations de chômage versées durant cette période. Il n'en reste pas moins que l'objet du litige tel que défini par la décision attaquée est le refus par l'intimée de verser 96 indemnités journalières à 52 fr. 50 pour la période allant du 4 avril 2016 au 10 juillet 2016 en raison de la rechute annoncée par l'assuré le 4 octobre 2016.

Cela étant, les conclusions du recours tendant à ce que soient allouées des indemnités journalières du 1^{er} janvier au 3 avril 2016 sont irrecevables, puisqu'elles ne font pas l'objet de la décision initiale et n'ont été formulées qu'au stade du recours. Il en va de même de celles concernant le montant de l'indemnité journalière versée en raison de la rechute annoncée en octobre 2016 : le recourant n'a pas contesté le montant qui lui était annoncé par lettre du 17 janvier 2017 et ce point n'a au demeurant pas été examiné dans le cadre de la décision dont est recours. Enfin, les conclusions tendant à la poursuite de la prise en charge des soins (de façon générale) dès le 1^{er} janvier 2016 sont irrecevables pour les mêmes motifs. Au demeurant, contrairement à ce que laisse entendre le recourant, le litige ne porte plus sur la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais de traitement prononcés avec effet au 31 décembre 2015. A cet égard, il convient en effet de relever que l'intimée a mis fin à ces prestations (frais de traitement - hormis une consultation mensuelle auprès du médecin traitant, un traitement antalgique quotidien et deux séries de physiothérapie par année - et versement de l'indemnité journalière) au 31 décembre 2015 par décision du 15 décembre précédent. Cette décision est entrée en force, faute pour l'assuré d'y avoir formé opposition. Par ailleurs, par décision du 19 février 2016, la CNA a alloué au recourant une

rente d'invalidité LAA de 11 % ainsi qu'une IPAI de 20 %. Cette décision est elle aussi entrée en force, faute pour le recourant d'avoir retourné à la Cour de céans l'acte de recours du 27 avril 2016 signé dans le délai imparti à cet effet (cf. arrêt de la Cour de céans du 31 mai 2016 dans la cause AA 41/16). Ainsi, c'est en vain que le recourant tente de revenir sur ce qui a été tranché précédemment et sur des décisions déjà entrées en force, en alléguant que la rechute remonte au mois de janvier 2016.

3. a) La modification de la LAA du 25 septembre 2015 est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Selon les dispositions transitoires (al. 1) y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit.

En vertu de 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment

guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c).

c) Aux termes de l'art. 21 al. 3 LAA, en cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical.

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin

traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C _862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) Vu l'objet du litige précisé au considérant 2b ci-dessus, il convient d'examiner si, en application de l'art. 21 al. 3 LAA, le recourant peut prétendre au versement de l'indemnité journalière de 52 fr. 50 à compter du 4 avril 2016 pour la rechute annoncée le 4 octobre 2016.

b) Au regard des rapports médicaux figurant au dossier, il convient de rappeler que l'instabilité du genou gauche avait déjà été objectivée lors du séjour à la CRR et lors de l'examen final pratiqué par le médecin d'arrondissement de la CNA le 21 août 2015. Par rapport à l'examen médical final, aucune aggravation de l'état de santé du genou gauche conduisant à une incapacité totale de travail n'est rendue vraisemblable par les rapports médicaux versés au dossier jusqu'à l'intervention chirurgicale du 8 février 2017 (ligamentoplastie effectuée par le Dr S. _____). Cela étant, le droit à l'indemnité journalière n'était dû, en application de l'art. 21 al. 3 LAA qu'à compter du 8 février 2017. Toutefois, la CNA, se fondant sur le certificat médical établi le 11 janvier 2017 par le Dr D. _____, lequel attestait une incapacité totale de travail à compter du 11 juillet 2016 en raison des douleurs et des troubles

fonctionnels notamment à la marche, port de charge, station debout ou assis prolongée en relation notamment avec les pathologies existant à la déchirure LCA et au ménisque gauches non opérés, a accepté de verser l'indemnité journalière dès le 11 juillet 2016. Dans sa décision initiale du 1^{er} juin 2017, l'intimée a toutefois indiqué que c'était à bien plaisir qu'elle accordait le versement de l'indemnité journalière dès cette date. Bien plus, dans sa décision sur opposition du 6 juillet 2017, elle a clairement indiqué qu'elle renonçait à la *reformatio in pejus*, compte tenu de l'intérêt peu important de la correction de la décision, en relevant toutefois que la rechute annoncée en octobre 2016 n'avait en réalité été réalisée que dès le 8 février 2017, jour de l'intervention chirurgicale (ligamentoplastie) qui avait entraîné une incapacité totale de travail. A cet égard, la Cour de cassation considère que, vu la renonciation formelle de l'intimée dans la décision entreprise à une *reformatio in pejus* pour les motifs indiqués, elle ne voit pas en quoi elle serait tenue, au stade du recours, d'examiner le bien-fondé de celle-ci. Ce d'autant plus que la rectification de la décision ne revêtant pas une importance notable, il y a lieu d'y renoncer pour des questions d'opportunité également (JEAN MÉTRAL *in* ANNE-SYLVIE DUPONT / MARGIT MOSER-SZELESS [éd.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 77 *ad art.* 61 LPGa).

Certes, figure au dossier un second certificat médical, établi a posteriori par le Dr N. _____ le 17 mars 2017, qui atteste une incapacité totale de travail de l'assuré dès le 1^{er} janvier 2016 en lien avec la synthèse de l'état clinique de l'assuré telle que décrite par son collègue le Dr H. _____ dans son compte-rendu du 15 décembre 2015. Or, aucun de ces deux documents ne contient d'élément médical rendant vraisemblable une aggravation de l'instabilité du genou gauche dès le 1^{er} janvier 2016 qui aurait entraîné une incapacité totale de travail dès cette date. Cette hypothèse est par ailleurs en contradiction avec le fait que l'intervention chirurgicale (ligamentoplastie), prévue d'abord le 19 décembre 2016 (cf. courrier du 8 novembre 2016 du Dr Q. _____ au Dr S. _____), n'a finalement été effectuée que le 8 février 2017, d'un commun accord entre l'assuré et le chirurgien S. _____ (cf. attestation de ce spécialiste du 1^{er} décembre 2016), soit trois mois après la fin de la réadaptation (en

hospitalisation de jour à K. _____ ; cf. lettre du 26 septembre 2016 du Dr D. _____) programmée pour permettre ladite ligamentoplastie (cf. courrier du Dr Q. _____ du 8 novembre 2016). Par ailleurs, si on reprend la chronologie des événements, on comprend qu'en réalité c'est en recevant la demande de remboursement des prestations de chômage versées par Pôle Emploi que le recourant a tenté de faire remonter le début de l'aggravation et donc celui de la rechute ouvrant la possibilité du versement d'une indemnité journalière par l'intimée (en sus de la rente d'invalidité LAA déjà perçue) au 4 avril 2016. Il ressort par ailleurs d'une note téléphonique de la CNA du 12 mai 2017 que c'est à la demande de Pôle Emploi que le recourant a produit le certificat médical rétroactif du Dr N. _____ du 17 mars 2017 pour justifier son incapacité totale de travail, ce qui a conduit l'assurance-chômage française à lui réclamer le remboursement des prestations versées.

En définitive, la Cour de céans constate que, faute d'élément médical probant au dossier attestant une rechute (aggravation de l'état du genou gauche entraînant une incapacité totale de travail) à la date du 4 avril 2016, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de verser l'indemnité journalière au sens de l'art. 21 al. 3 LAA pour la rechute annoncée en octobre 2016 à compter du 4 avril 2016.

6. a) En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition rendue le 6 juillet 2017 confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il en va de même de l'intimée, qui, en sa qualité d'assureur social, n'y a pas droit (ATF 128 V 323).

**Par ces motifs,
la juge unique**

prononce :

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision sur opposition rendue le 6 juillet 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- V. _____ (recourant), à [...] (France),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédérale 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).

La greffière :