

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

K. _____, à Mont-sur-Rolle, recourant, représenté par Me Laurent Fischer,
avocat à Lausanne.

et

F. _____, à Lucerne, intimée.

**Art. 6 LAA, 11 OLAA ; 4, 38 al. 2^{bis}, 49 al. 1, 52 al. 1, 53 al. 1 et al.
2 LPG**

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1969, travaillait en tant que charpentier-couvreur pour le compte d'[...] et était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 12 février 2014, alors que l'assuré rangeait des feuilles de cuivres sur son lieu de travail, celles-ci, représentant une charge de 500 kg, ont glissé sur ses jambes ce qui a occasionné un mouvement de rotation interne de son genou droit (entorse).

Par certificat médical du 12 février 2014, la Dre M._____, médecin assistante à l'Hôpital de Nyon, a attesté une incapacité totale de travailler de l'assuré jusqu'au 19 février 2014.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) a été réalisée le 13 février 2014 par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel a objectivé une rupture complète du plan superficiel du ligament latéral interne avec, également, une atteinte du ligament ménisco-fémoral du plan plafond, une importante infiltration oedémato-hémorragique dans les parties molles latéro-internes du genou remontant vers le haut autour du muscle vaste médial, un important épanchement intra-articulaire légèrement hémorragique réactionnel apparu après le choc direct sur le genou. Ont également été mises en évidence une lésion de méniscope peu significative dans la corne postérieure du ménisque interne ainsi qu'une fissure isolée dans le cartilage rétro-patellaire externe de grade III. Le radiologue précisait encore que le ligament croisé antérieur paraissait épaissi avec une insertion haute assez mal délimitée mais qu'il restait bien tendu, ce qui laissait suspecter une possible ancienne lésion avec cicatrice proximale. Par ailleurs, il n'existait aucune prise de contraste actuellement le long du ligament permettant de suspecter une rupture récente.

La CNA a pris le cas en charge, versant des indemnités journalières et prenant en charge les frais médicaux.

Par la suite, l'assuré été adressé au Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a attesté une incapacité de travail du 14 mars au 29 avril 2019, puis dès le 30 avril 2014 pour une durée indéterminée (certificat médical du 29 avril 2014). Dans un rapport intermédiaire du 26 mars 2014, le Dr D._____ a indiqué que l'assuré avait eu un accident avec entorse du genou droit occasionnant une lésion du ligament latéral interne de grade II-III et un épanchement intra-articulaire. Le Dr D._____ a exposé que le traitement actuel consistait en une immobilisation par attelle articulée pour encore deux semaines au minimum et qu'il y avait lieu de poursuivre la physiothérapie à sec et en piscine.

Dans un nouveau rapport intermédiaire du 9 mai 2014, le Dr D._____ a indiqué que la lésion pouvait toujours évoluer vers des douleurs séquellaires et relevé que l'assuré montrait une tendance à la sinistrose. Celui-ci continuait la physiothérapie à sec et en piscine, avec des médicaments antalgiques en réserve. La durée du traitement était encore indéterminée.

Par rapport médical du 11 juin 2014, le Dr D._____ a exposé que l'entorse évoluait favorablement, le genou étant stable et sec à l'examen clinique et le ligament latéral interne consolidé, sans défaut du tracking rotulien. Il y avait un petit rabet rotulien bilatéral peu symptomatique. Le patient avait cependant toujours une importante boiterie d'évitement un peu caricaturale, un flexum peu réductible et une limitation de la flexion pour laquelle la physiothérapie apportait peu de bénéfice. Dans ces conditions, le Dr D._____ recommandait une prise en charge à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) pour une rééducation intensive.

L'assuré a dès lors séjourné à la CRR du 23 juillet au 19 août 2014. Dans un rapport du 28 août 2014, les Drs C._____, spécialiste en

médecine physique, réhabilitation et chirurgie orthopédique, et X._____, médecin-assistante, ont posé le diagnostic principal de « thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et instabilité persistante du genou droit » et les diagnostics supplémentaires de trauma du genou droit avec entorse du ligament collatéral médial le 12 février 2014, de syndrome rotulien, de cicatrice fibreuse du ligament collatéral interne droit et de troubles de la marche d'origine fonctionnelle. Ils ont indiqué qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour. Par ailleurs, aucune psychopathologie n'était retenue. L'entorse était considérée comme guérie ; il restait une cicatrice fibreuse qui pouvait être source d'une gêne locale mais qui n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. La boiterie constatée, en particulier la marche sur le rebord externe du pied ne s'expliquait pas par des éléments objectifs. Quant aux plaintes et limitations fonctionnelles, elles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives. Selon les médecins de la CRR, des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, tels qu'une kinésiophobie modérée et un comportement auto-limitant et douloureux. De nombreuses autolimitations et incohérences étaient également objectivées. Les médecins considéraient la situation comme stabilisée du point de vue médical et ne renaient aucune limitation fonctionnelle ; le patient jugeait toutefois qu'il était incapable de reprendre son ancien métier pour l'instant. Les médecins de la CRR indiquaient que le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable vu l'absence de lésions objectives significatives (vu la cicatrization du ligament latéral interne) mais défavorable en raison des éléments non médicaux. Ils indiquaient encore sous la rubrique « incapacité de travail dans la profession actuelle de couvreur-charpentier » qu'en l'absence d'accord du patient avec les conclusions du séjour et la proposition de reprise, même progressive, l'incapacité de travail restait de 100 % depuis le 23 juillet 2014, jusqu'à réévaluation par le médecin de l'agence.

L'assuré a été revu en consultation le 9 septembre 2014 par le Dr D._____. Dans son rapport du même jour, ce médecin a indiqué que le patient était très démonstratif et présentait des plaintes sans commune

mesure avec la pathologie sous-jacente. L'examen clinique montrait un genou droit parfaitement calme sans épanchement mais avec une douleur séquellaire de l'insertion proximale du ligament latéral interne, sans commune mesure avec un patient qui, selon ce médecin, était hyper-démonstratif et présentait une boiterie caricaturale. Le Dr D._____ ajoutait qu'il n'y avait pas d'autre pathologie à mettre en évidence, en particulier pas d'algodystrophie. Ce médecin estimait que le traitement était terminé et qu'il n'y avait pas d'indication à poursuivre la physiothérapie. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 15 septembre 2014 puis nulle dès le 15 octobre 2014.

Un examen médical a été effectué le 15 octobre 2014 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du même jour, celui-ci a indiqué que la cuisse droite de l'assuré présentait une amyotrophie de 20 mm par rapport au côté opposé, que le genou droit présentait un flexum de 5 à 10 ° et un battement interne en valgus forcé. Il existait un doute quant à une atteinte du pivot central. Le Dr G._____ relevait également que le patient marchait avec une boiterie caricaturale d'épargne du membre inférieur droit. La situation médicale n'était pas stabilisée et une consultation par un spécialiste du genou, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), paraissait indiquée. Dans l'attente des résultats de ces examens spécialisés, l'assuré était toujours en incapacité de travail à 100 %. L'assuré a pour sa part indiqué avoir pris rendez-vous le 5 novembre 2014 avec un spécialiste au CHU de [...] en France, soit le Dr T._____, chirurgien orthopédique.

Dans un rapport du 1^{er} décembre 2014, le Dr T._____ a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur (LCA), une entorse grave du ligament latéral interne et une algodystrophie du genou droit. Il a recommandé la réalisation d'une plastie du LCA, hors crise d'algodystrophie, sans quoi l'instabilité du genou resterait chronique.

L'assuré a été vu par le Dr Z._____ le 19 décembre 2014. Dans un rapport du 9 janvier 2015, ce médecin a indiqué que l'intéressé présentait un status 10 mois après un traumatisme en valgus forcé sur le genou droit qui s'était soldé par une déchirure complète du complexe ligamentaire interne à son origine proximale, affectant son faisceau superficiel et profond. L'IRM initiale avait également objectivé une atteinte probable partielle du ligament croisé antérieur, possiblement d'allure ancienne, élément qui semblait confirmé à la consultation de ce jour. L'évolution semblait bonne en termes de stabilité et l'examen clinique suggérait une bonne guérison de l'atteinte du complexe ligamentaire interne. L'évolution était actuellement dominée par la présence de douleurs permanentes à hauteur du genou, impliquant trois localisations, s'associant à des sensations de brûlures, d'induration et de cisaillement des tissus. L'examen clinique ne retrouvait pas de signe évocateur d'une algodystrophie. Le Dr Z._____ relevait encore que ces douleurs répondaient mal au traitement conservateur, principalement basé sur de la physiothérapie, chez un patient présentant par ailleurs une kinésiophobie. Il relevait également que le patient présentait des « singularités de personnalité », était « hyperactif, stressé » et présentait « un comportement auto-limitant ». Le Dr Z._____ ne retenait pas d'indication chirurgicale, mais proposait une évaluation en consultation de la douleur chronique au CHUV et une nouvelle mise au point par IRM, à la suite de quoi il procéderait à une nouvelle évaluation.

Le médecin d'arrondissement de la CNA ayant approuvé les propositions du Dr Z._____, une consultation à l'Unité nerf muscles du CHUV a été fixée à l'assuré le 17 février 2015. L'assuré ne s'est toutefois pas présenté à ce rendez-vous.

Par courrier du 2 mars 2015, la CNA a dès lors indiqué à l'assuré qu'elle avait donné son accord, le 27 février 2015, à l'organisation de différents examens médicaux au CHUV après la consultation du 19 décembre 2014 auprès du Dr Z._____. Elle l'informait que s'il ne se présentait pas à ces rendez-vous, elle serait amenée à lui adresser une

mise en demeure, l'avertissant des conséquences juridiques d'un tel défaut.

Une nouvelle IRM du genou de l'assuré a été réalisée le 31 mars 2015 et des rendez-vous au service de neurologie et auprès du Dr Z. _____ ont été fixés respectivement les 21 avril et 8 mai 2015.

Par certificat médical du 11 mai 2015, le Dr Z. _____ a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail du 31 janvier au 10 juillet 2015.

Dans un rapport du 13 mai 2015 au Dr Z. _____, le Dr [...], spécialiste en neurologie, et le Dr [...], médecin assistant, ont indiqué avoir vu l'assuré en consultation le 8 mai précédent. Ils ont conclu à la présence de douleurs persistantes, malgré une bonne récupération articulaire du genou droit et suspecté dans ce contexte la possibilité d'un « Complex regional pain syndrome » (CRPS). Ces médecins ont relevé qu'il pouvait être utile d'adresser le patient à la consultation d'antalgie du CHUV pour une suite de prise en charge et ont prescrit du Saroten (25 mg) dans l'intervalle.

Dans un courrier du 28 septembre 2015 à l'assuré, la CNA a relevé que selon son dossier, il n'avait plus consulté de médecin depuis le 8 mai 2015 et que son incapacité de travail n'était attestée que jusqu'au 10 juillet 2015. La CNA relevait également que l'assuré ne lui avait donné aucune nouvelle malgré ses différents courriers et appels téléphoniques. Elle considérait ainsi que les suites de l'accident étaient guéries et que le dossier pouvait être clôturé. Elle lui impartissait toutefois un délai de 10 jours pour la renseigner sur son état de santé au cas où il n'était pas guéri.

Par certificat médical du 19 novembre 2015, le Dr [...], médecin généraliste à [...], en France, a attesté que l'assuré était en incapacité totale de travail du 11 juillet au 31 décembre 2015 en raison des suites de son accident de travail du 12 février 2014.

Dans un rapport médical du 23 novembre 2015, faisant suite à une demande de renseignements médicaux de la part de la CNA, le Dr Z._____ a indiqué que l'IRM du 31 mars 2015 faite au CHUV objectivait une chondropathie de stade III sur l'articulation fémoro-patellaire et une petite lésion de la corne postérieure du ménisque interne. Il a encore précisé que l'assuré ne s'était pas présenté à sa consultation prévue le 10 juillet 2015.

Lors d'un entretien téléphonique du 4 février 2016, l'assuré a déploré que la CNA ait cessé le versement des indemnités journalières alors qu'il lui avait fait parvenir un certificat médical le 19 novembre 2015. La CNA a répondu qu'elle avait essayé de le joindre plusieurs fois. A cette occasion, l'assuré a confirmé que son adresse à [...], dont disposait la CNA, était correcte.

L'assuré a été convoqué pour un nouvel examen par le Dr G._____, médecin d'arrondissement de la CNA, le 21 mars 2016. Dans le rapport du même jour, le Dr G._____ a indiqué ce qui suit :

« Subjectivement, le patient ne voit pas d'amélioration de la situation de son genou D [droit]. Il déclare ne pas pouvoir marcher. Des réveils nocturnes sont mentionnés. Le patient effectue un traitement de balnéothérapie 2x/semaine à 350 km de son domicile. Son articulation reste douloureuse à la face interne ainsi qu'au niveau du creux poplité. Le patient déclare devoir marcher sur la pointe du pied D sous peine de douleurs majorées au niveau du genou.

Objectivement, le genou D est calme, sans aucun signe d'algoneurodystrophie. Il n'y a en particulier ni rougeur ni chaleur. La transpiration est équivalente au niveau des deux membres inférieurs. Il n'y a pas d'épanchement significatif au niveau du genou D dont la mobilité n'est en flexion-extension que de 95-30-0° alors qu'elle était mesurée à 130-5-0° lors du précédent examen à l'agence du 15.10.2014. On ne s'explique pas la persistance d'un flexum du genou D, plus de deux ans après l'accident du 12.02.2014. Il n'y a pas d'amyotrophie objectivable du mollet et de la cuisse D par rapport au côté gauche.

Aucune amyotrophie significative n'est constatée à la mesure de la circonférence des mollets et des cuisses.

Au total, on ne s'explique pas du tout cette évolution et l'impression qui prévaut est celle de la simulation.

Il convient de recueillir encore des renseignements médicaux auprès du Dr T._____ à [...] qui doit voir l'assuré dans le courant du mois d'avril 2016.

En l'état actuel, je ne retiens aucune indication opératoire pour le genou D.

Un traitement de balnéothérapie à 350 km du lieu d'habitation de l'assuré n'est médicalement pas justifié.

Des discordances existent entre les déclarations de l'assuré et la constatation d'une absence d'amyotrophie musculaire du mollet et de la cuisse D.

A la réception de renseignements médicaux du Dr T._____, il conviendra de réexaminer la situation pour probablement mettre un terme aux prestations ».

A la demande de la CNA, le Dr T._____ a transmis un rapport médical du 4 mai 2016, dans lequel il a indiqué que l'assuré présentait un flexum de plus de 20° au niveau du genou qui empêchait toute reprise du travail dans l'immédiat. Il constatait la présence d'une lésion symptomatique de la corne postérieure du ménisque interne qui pourrait bénéficier d'une chirurgie dans un second temps. S'agissant du ligament croisé antérieur, il proposait de réaliser une laximétrie, mais celle-ci n'était pas possible en présence d'un flexum. Il proposait donc de réaliser dans un premier temps une immobilisation du genou, de façon à améliorer la rééducation, pour dans un second temps réaliser la laximétrie.

Le médecin d'arrondissement de la CNA a indiqué, dans un rapport du 11 mai 2016, en réponse à des questions posées par l'assureur-accidents, qu'à son avis, les troubles évoqués par le Dr T._____ dans son rapport du 4 mai 2016 n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident et précisé que cet événement avait cessé de déployer ses effets après l'examen médical du 21 mars 2016. Le médecin d'arrondissement a encore indiqué que deux ans après l'accident, une incapacité de travail n'était plus justifiée. Il estimait en outre qu'il n'était pas nécessaire de plâtrer le genou droit de l'assuré pour pouvoir réaliser une laximétrie.

Dans un certificat médical du 12 mai 2016, le Dr T._____ a indiqué que l'assuré était en arrêt de travail à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2016 et que son état de santé justifiait la réalisation d'une immobilisation du membre inférieur droit pour une durée de trois semaines à un mois.

Dans un courrier du 11 mai 2016, l'assuré a déploré la manière dont était traité son dossier et d'être toujours dans l'attente d'une solution pour son genou droit.

Par décision du 24 juin 2016, la CNA a mis un terme à ses prestations en faveur de l'assuré avec effet au jour de la décision, au motif que, selon les indications du Dr G._____, les conséquences de l'accident avaient cessé de déployer leurs effets le 21 mars 2016, étant précisé que les constatations du Dr T._____ n'étaient pas susceptibles de modifier cette appréciation.

La CNA a envoyé sa décision par courrier recommandé à l'adresse de l'assuré à [...] (c/o [...], ch. de [...]). Ce dernier n'a pas retiré le pli, de sorte que la CNA lui a renvoyé la décision par courrier B le 30 juin 2016 à la même adresse. Le courrier est revenu en retour à la CNA, avec l'indication par la Poste que le destinataire était introuvable à cette adresse. Finalement, la CNA a envoyé la décision à une adresse de l'assuré à [...], en France (Rue [...] 76, [...]), mais la décision est également revenue en retour à la CNA avec l'indication par la Poste française que le pli n'avait pas été réclamé. La décision a également été adressée en copie au Dr T._____, au CHU de [...].

B. Le 3 janvier 2018, l'assuré a écrit un courrier à la CNA déplorant que les autorités aient refusé de prendre en charge les interventions proposées par le Dr T._____ et de ne plus recevoir d'indemnités journalières depuis un an.

Par courriel du 15 janvier 2018, ce mode de communication ayant été requis par l'assuré qui a refusé de renseigner une adresse postale valable, la CNA a de nouveau fait parvenir à l'assuré une copie de la décision du 24 juin 2016, lui exposant qu'il n'avait pas retiré l'envoi recommandé du mois de juin 2016 et qu'elle avait ainsi envoyé à nouveau cette décision par pli simple à son adresse en Suisse, ainsi qu'en France, « sans succès ». La CNA indiquait que la décision était ainsi entrée en force.

Dans un courriel du 7 avril 2018, l'assuré a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier au motif qu'il présentait toujours des séquelles de son accident. Il a également reproché à la CNA de n'avoir pas pris en charge l'opération chirurgicale préconisée par le Dr T._____.

Par courriel du 10 avril 2018, la CNA lui a répondu que le médecin d'arrondissement avait pris en compte tous les rapports de son dossier pour prendre position, répétant que la décision du 24 juin 2016 était entrée en force et qu'il n'y avait plus de possibilité de recours, joignant à nouveau une copie de cette décision. Elle lui recommandait en outre de s'adresser à son assurance-maladie pour la poursuite du traitement.

Par un nouveau courriel du 14 avril 2018, l'assuré a fait valoir qu'il n'avait jamais reçu de « bordereau concernant ce recommandé » et qu'il n'avait donc pas pu faire valoir « ce délai de rétractation dans le temps imparti ». Il reprochait également à la CNA de ne l'avoir pas contacté par téléphone, vu l'importance de la situation. Il a encore exposé qu'il avait eu un « souci de réception de courrier » à l'époque où la décision avait été rendue et qu'il avait effectué le nécessaire pour régler ce problème dès qu'il en avait eu connaissance. L'assuré a produit à cet égard un document de la Poste suisse du 17 août 2016, dont il ressort qu'il a modifié son adresse à [...] en faveur d'une poste restante dans cette même commune, pour la période du 18 août 2016 au 18 février 2017.

La CNA a demandé à trois reprises (soit les 2, 15 et 18 mai 2018) à l'assuré, par courriel, de lui communiquer son adresse postale exacte afin qu'elle puisse répondre à son courriel du 14 avril 2018. Celui-ci n'a pas donné suite à cette demande.

Par un nouveau courriel du 17 mai 2018, l'assuré a demandé à la CNA qu'elle lui communique tous les rapports médicaux le concernant, notamment celui du Dr G._____ du 21 mars 2016. Il a encore reproché à la CNA de n'avoir ni fait procéder à une expertise médicale, ni remboursé

ses séances de kinésithérapie et de balnéothérapie, ni donné suite aux propositions thérapeutiques faites par le Dr T._____. Il a encore exposé qu'il avait des douleurs chroniques qu'il supportait difficilement tant au plan physique que psychologique, ajoutant que sa jambe droite restait en position semi-pliée, qu'il ne pouvait marcher que sur la pointe des pieds, et que cette posture était nuisible pour l'ensemble de son squelette.

Par courrier du 19 juin 2018 adressé à [...] en poste restante, la CNA a répondu à l'assuré qu'elle avait pris note de ses différents courriers et courriels, mais que les éléments qu'il mentionnait ne permettaient de procéder ni à la révision, ni à la reconsidération de la décision entrée en force.

Dans une lettre du 4 octobre 2018, le Dr T._____ s'est adressé à la CNA en relevant qu'il lui avait demandé son accord le 4 mai 2016, afin de réaliser une chirurgie du ligament croisé antérieur associée à une ostéotomie tibiale de valgisation après la régularisation du tableau d'algodystrophie, mais qu'il n'avait eu aucune réponse à cette demande. Il a ajouté qu'il ne pouvait attester la présence d'une rechute vu que les séquelles de l'accident de travail n'étaient pas consolidées. Pour ce médecin, le cas n'était pas résolu et une chirurgie était toujours indiquée.

La CNA a répondu le 11 octobre 2018 au Dr T._____, lui indiquant qu'elle n'allouait plus de prestations dans le cas de l'assuré, précisant qu'une décision du 24 juin 2016 avait été adressée à celui-ci à cet égard, avec une copie au CHU de [...].

Par courrier du 26 novembre 2019 et courriel du 30 novembre 2019, l'assuré a requis la réouverture de son dossier, faisant notamment valoir que son état de santé s'était aggravé avec des faits nouveaux, en rapport avec l'accident du 12 février 2014. Il a expliqué qu'il devait subir deux opérations chirurgicales, à savoir dans un premier temps, une ménisectomie, et, dans un second temps, un mois plus tard, une ostéotomie. Il a produit le rapport médical du 4 octobre 2018 du Dr T._____, ainsi qu'une IRM du 14 novembre 2019 de son genou droit

réalisée à la demande du Dr [...], médecin au Centre hospitalier de [...], en France. Le rapport d'IRM concluait à une lésion de stade III de la corne postérieure du ménisque interne et une chondropathie rotulienne débutante. Ce rapport concluait également à une morphologie normale du pivot central, du ménisque externe, des ligaments latéraux et notait l'absence d'épanchement intra-articulaire majeur.

Dans une décision du 19 décembre 2019, la CNA a indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'entrer en matière sur la demande de réouverture du dossier d'accident du 12 février 2014 car aucun fait nouveau important ne permettait de considérer qu'il y avait une rechute ou une aggravation de son état de santé.

Par courriel du 10 janvier 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision, en répétant que son état de santé s'était aggravé. Il a annoncé qu'il allait produire des rapports médicaux des Drs T. _____ et V. _____ à l'appui de sa demande.

Le 9 juillet 2020, après un appel téléphonique à la CNA, l'assuré a produit, par courriel, une nouvelle fois le rapport du Dr T. _____ du 4 mai 2016 ainsi qu'un extrait de rapport du Dr V. _____ du 6 juillet 2020 indiquant ce qui suit :

« gonalgies droites avec rupture méniscale interne sur un genou varum de 7 degrés suite à un accident du 12/02/2014 (jambe gauche normo axée)

Actuellement, arthroscopie pour ménisectomie interne et bilan d'usure compartiment interne du genou et par la suite ostéotomie de valgisation de 7 degrés afin de prévenir la gonarthrose interne qui nécessiterait la pose d'une prothèse ».

Par courrier et courriel du 15 juillet 2020, la CNA a imparti à l'assuré un délai au 5 août suivant afin de lui faire parvenir une opposition par courrier postal.

Dans un courrier du 16 juillet 2020, l'assuré s'est opposé à la décision de la CNA du 19 décembre 2019, renvoyant à son courriel du 10 janvier 2020 et aux pièces qu'il avait produites le 9 juillet 2020.

Par décision sur opposition du 19 janvier 2021, la CNA a rejeté l'opposition, au motif que l'assuré n'avait apporté aucun élément ou moyen de preuve nouveau permettant de révoquer la décision du 24 juin 2016. Elle a ajouté qu'elle n'entendait pas reconsidérer sa décision. La CNA a en outre retenu que même si l'on devait retenir que la notification de la décision du 24 juin 2016 avait été irrégulière, il apparaissait que l'assuré avait eu connaissance de la décision au plus tard le 16 janvier 2018. Or il n'avait fait part de son désaccord que le 7 avril 2018, à savoir après l'échéance du délai d'opposition.

C. Par acte du 14 février 2021, complété le 8 mars 2021, K._____ recourt contre la décision sur opposition du 19 janvier 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il reproche d'abord à la CNA d'avoir fait preuve de discrimination et de diffamation en employant des termes faux pour le qualifier, tels qu'homme à tout faire dans un cirque, boucher ou encore en retenant qu'il était un simulateur. Il conclut à la prise en charge de ses dépenses médicales effectuées en France, en faisant valoir que l'aggravation de son état de santé, dont il s'est prévalu le 26 novembre 2019 auprès de la CNA, était bien en rapport avec son accident de travail, prenant à cet égard appui sur les rapports des Drs V._____ et T._____ qu'il a produit à la CNA le 16 juillet 2020. Il reproche enfin à la CNA d'avoir fait « obstruction aux soins » en ne répondant pas à la proposition de solution émise par le Dr T._____, ni au deuxième avis émis par le Dr V._____, déplorant que dès lors ses lésions n'ont pas été soignées. A cet égard il fait valoir que puisqu'elles n'ont pas été prises en charge depuis le début, ses lésions sont restées les mêmes et conclut à la réparation du dommage qui résulte selon lui de cette absence de prise en charge.

Le 16 février 2021, l'assuré produit un nouveau rapport médical du Dr T._____ du 10 février 2021, dans lequel ce médecin

expose que le traumatisme initial de février 2014 avait provoqué une instabilité du genou droit et que si cette instabilité n'était pas traitée par une intervention chirurgicale, laquelle était toujours réalisable, la possibilité d'une aggravation n'était pas négligeable. Le Dr T. _____ rappelle que lors d'un examen de l'assuré en 2014, il avait constaté cliniquement une rupture du ligament croisé antérieur et des signes d'algodystrophie, ce qui empêchait de réaliser une intervention chirurgicale avant la fin de celle-ci. Lorsqu'il l'avait revu en 2016, l'algodystrophie était guérie et le flexum de 20 degrés qui persistait était réductible, c'est-à-dire que le genou pouvait être remis en extension. Toutefois une contracture des ischios jambiers replaçait le genou en position vicieuse ; dans une telle situation, une technique relativement efficace consistait à immobiliser le genou en extension pour que les ischios jambiers s'adaptent à cet étirement et retrouvent leur longueur normale ; une fois l'extension acquise sur plusieurs semaines, une rééducation pourrait être mise en œuvre pour faire plier le genou et récupérer une flexion correcte. Le Dr T. _____ a ajouté qu'en 2016, il avait également constaté la persistance de la lésion de la corne postérieure du ménisque interne. Le Dr T. _____ restait convaincu qu'une prise en charge médico-chirurgicale du genou permettrait de corriger le flexum, de traiter les douleurs internes et de récupérer de la stabilité du genou, ce qui permettait la reprise d'une activité professionnelle. Il a ajouté qu'il n'avait pas spécialement constaté d'aggravation mais une absence de prise en charge qui ne permettait pas la poursuite d'une activité professionnelle. Selon le Dr T. _____, les lésions constatées étaient en lien avec l'accident de travail car elles étaient compatibles avec la réception d'un poids de 500 kg sur la face externe du genou droit. Il précisait que dans ce genre de situations, il était important d'avoir une notion de l'état antérieur mais qu'en l'occurrence, il n'avait pas vu d'examen prouvant que le genou de l'assuré avait déjà subi des lésions avant son accident de travail, ce qui l'encourageait à confirmer que l'état de santé de l'intéressé pouvait être en lien avec cet accident. Le Dr T. _____ indiquait enfin qu'il n'avait pas de raison d'aller dans le sens d'accusations de simulation, car la lésion du ligament croisé antérieur, du ligament collatéral médial et la lésion méniscale étaient évidentes.

Dans sa réponse du 29 avril 2021, la CNA maintient que la décision du 24 juin 2016 est entrée en force et qu'elle a été régulièrement notifiée. Elle ajoute que vu l'entrée en force de cette décision, l'examen du droit à des prestations d'assurance de l'intéressé ne peut intervenir que sous l'angle de l'art. 53 LPGA. A cet égard, l'assureur-accidents répète qu'il n'y a ni faits nouveaux importants ni moyens de preuves nouveaux, et ajoute qu'il n'entend pas reconsidérer la décision du 24 juin 2016. La CNA relève que le rapport du Dr T. _____ du 10 février 2021 ne met pas en évidence des atteintes qui n'auraient pas déjà été prises en compte par les Drs Z. _____ et G. _____, tout en relevant que le Dr T. _____ se limite à établir un lien de causalité sur la base de l'adage « post hoc ergo propter hoc ».

Par réplique du 18 juin 2021, le recourant répète que l'absence de prise en compte des rapports du Dr T. _____, dont il ressort que la prise en charge de l'instabilité par rupture du ligament croisé antérieur et de la lésion méniscale permettrait la reprise de son activité antérieure, relève du déni et de la diffamation. Il produit en outre un certificat du 1^{er} juin 2021 du Dr [...], médecin en France, selon lequel il n'existait aucune information concernant un incident sur les membres inférieurs d'ordre méniscal, rotulien ou ligamentaire avant 2021, dans le dossier médical du recourant auprès du Service médical de la [...]. Le recourant prend appui sur ce document pour faire valoir que son état de santé actuel est en lien de causalité avec son accident de travail du 12 février 2014. Il précise et complète ses conclusions, en ce sens qu'il conclut à la mise en oeuvre d'une expertise médicale qui soulèverait les doutes et les interrogations dans sa situation, ainsi qu'à la prise en charge de ses frais médicaux, et au versement d'indemnités journalières depuis le 25 juin 2016, jusqu'à sa guérison complète. Il conclut également à la « réparation de la non prise en charge réelle et sérieuse » de son état de santé ainsi que de ses préjudices physiques, psychologiques depuis 2014 et financiers depuis 2016.

Par écriture du 13 août 2021, la CNA renonce à déposer formellement une duplique, renvoyant à sa réponse et maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans des déterminations du 28 août 2021, le recourant reproche à la CNA de ne pas répondre aux questions et problèmes qu'il a soulevés. Il indique avoir rendez-vous le 24 septembre suivant pour une expertise psychiatrique. Il relève qu'il n'est pas en mesure d'apporter des éléments en faveur d'une rechute « puisqu'il n'y a jamais eu de consolidation » et « qu'il n'y a jamais eu de consolidation puisqu'il n'y a pas eu de prise en charge ». Le recourant précise encore les éléments à prendre en considération au titre de sa demande de dommages et intérêts.

Par déterminations du 9 mai 2022, le recourant, désormais représenté par un avocat, Me Laurent Fischer, fait valoir qu'il ne s'est pas opposé tardivement à la décision du 24 juin 2016 et que son courrier du 7 avril 2018 constituait une opposition valable à cette décision. Selon lui, la CNA ne démontre pas avoir notifié sa décision de façon adéquate par courriel. Il en déduit que tous les griefs qu'il a fait valoir dans ce courrier du 7 avril 2018 sont recevables. Le recourant fait à nouveau valoir qu'il continue de subir les conséquences de son accident du 12 février 2014. Il conteste une nouvelle fois les rapports médicaux du Dr G. _____ des 21 mars et 11 mai 2016, et prend appui sur les constatations du Dr T. _____ du 4 mai 2016.

Le 27 mai 2022, la CNA maintient que, selon elle, la décision du 24 juin 2016 est entrée en force et que, partant, elle ne pourrait être remise en cause que si les conditions de l'art. 53 al. 1 ou al. 2 LPGA étaient réunies.

E n d r o i t :

1. Déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sur opposition du 19 janvier 2021 (cf. art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1], applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]), le recours est intervenu en temps utile et a été déposé auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 57 et 58 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte en outre les autres conditions de recevabilité prescrites par la loi (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière au fond.

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations d'assurance-accidents.

3. a) D'après l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que

l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'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 de la vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). En particulier, 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 » ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (« statu quo ante ») ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

(« statu quo sine »). A l'inverse, aussi longtemps que le « statu quo sine vel ante » n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). Le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit

leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le catalogue des prestations de l'assurance-accidents comprend notamment le traitement médical (art. 10 LAA) ainsi que les prestations en espèces sous forme d'indemnités journalières (art. 16 s. LAA), de rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) et d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 s. LAA).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. D'après l'art. 16 al. 1 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

4. En l'espèce, il convient d'examiner en premier lieu le grief du recourant concernant l'entrée en force de la décision du 24 juin 2016, qui met fin aux prestations de l'assurance-accidents (versement d'indemnités journalières et prise en charge des traitements médicaux), avec effet au jour de cette décision. Le recourant fait valoir qu'il n'a pas reçu l'envoi

recommandé qui contenait la décision du 24 juin 2016 et qu'il n'en a dès lors eu connaissance que par le courriel du 15 janvier 2018 de la CNA. Il invoque qu'il n'a donc pas pu faire opposition à temps contre la décision du 24 juin 2016.

a) aa) Selon l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. On entend par « écrit », selon le langage courant, la transmission du texte sur papier (ATF 142 V 152 consid. 2.4 et les références).

La LPGA ne prévoit pas directement que les écrits puissent être transmis à l'autorité par voie électronique. Le Tribunal fédéral a jugé à cet égard qu'une opposition contre une décision d'un assureur social formée par e-mail n'était pas recevable car l'art. 10 al. 4, première phrase, OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) exige que l'opposition écrite soit signée par l'opposant ou son mandataire. Or, si l'art. 14 al. 2bis CO assimile certes la signature électronique qualifiée (avec horodatage électronique qualifié au sens de la loi du 18 mars 2016 sur la signature électronique) à la signature manuscrite, il n'existe pas de base légale, relative à la communication électronique des administrés avec les autorités, applicable dans le cadre de la procédure administrative régie par la LPGA (cf. ATF 142 V 152 consid. 2.4 p. 156). L'art. 55 al. 1^{bis} LPGA prévoit uniquement une délégation de compétence en faveur du Conseil fédéral, qui peut déclarer applicables à la procédure en matière d'assurances sociales les dispositions de la PA relatives à la communication électronique avec les autorités. Parmi les dispositions de la PA visées par l'art. 55 al. 1^{bis} LPGA, figure notamment l'art. 21a PA relatif à la transmission des écrits par voie électronique. A ce jour, le Conseil fédéral n'a pas fait usage de la compétence qui lui est donnée par l'art. 55 al. 1^{bis} LPGA. Il n'est pas non plus admissible de se fonder sur l'art. 55 al. 1 qui permet l'application à titre subsidiaire de la PA, car la LPGA ne contient pas de disposition qui serait susceptible d'être complétée par la PA. Par conséquent, la communication électronique des administrés avec les

autorités d'assurances sociales n'est pas légalement valable (voir VALÉRIE DÉFAGO GAUDIN, op. cit., n^{os} 13 ss ad art. 55 LPGA) (ATF 145 V 90 consid. 6.2.1).

bb) D'après l'art. 38 al. 2^{bis} LPGA, une communication qui n'est remise que contre la signature du destinataire ou d'un tiers habilité, est réputée reçue au plus tard sept jours après la première tentative infructueuse de distribution. Cette disposition a introduit dans le texte légal, avec effet au 1^{er} janvier 2007, la fiction de notification développée par la pratique judiciaire pour les envois recommandés (ATF 134 V 49 consid. 4 et les arrêts cités). En effet, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, un acte judiciaire, notifié par pli postal recommandé, est tenu pour remis à son destinataire non seulement au moment où celui-ci le reçoit effectivement, mais déjà lorsque cet envoi se trouve dans sa sphère d'influence et qu'il est à même d'en prendre connaissance (ATF 117 V 131 consid. 4a p. 132). Ainsi, un envoi recommandé qui n'a pas pu être distribué est réputé notifié (fiction), avec les conséquences procédurales que cela implique (TF 2C_780/2010 du 21 mars 2011 consid. 2.4 ; 2C_38/2009 du 5 juin 2009 consid. 4.1), le dernier jour du délai de garde de sept jours suivant la remise de l'avis d'arrivée dans la boîte aux lettres ou la case postale de son destinataire. Cette fiction de notification ne s'applique cependant que si son destinataire devait s'attendre, avec une certaine vraisemblance, à recevoir une communication des autorités, ce qui est le cas chaque fois qu'il est partie à une procédure pendante (ATF 134 V 49 consid. 4 ; 130 III 396 consid. 1.2.3). L'assuré doit dans ce cas faire en sorte que les communications de l'assureur puissent l'atteindre (cf. VALÉRIE DÉFAGO GAUDIN, in : Commentaire romand de la LPGA, Bâle 2018, n° 9 ad art. 38 LPGA et les références).

cc) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. L'acte d'opposition doit être remis au plus tard le dernier jour du délai à l'assureur ou, à son adresse, à la Poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse (art. 39 al. 1 LPGA). Le

délai légal prévu par l'art. 52 al. 1 LPGA ne peut pas être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, la CNA a envoyé, par pli recommandé, sa décision du 24 juin 2016 à l'adresse que l'assuré lui avait confirmée téléphoniquement le 4 février 2016. Il s'agit aussi de l'adresse qu'il avait indiquée dans son courrier à la CNA du 11 mai 2016, à savoir le chemin [...]. La CNA n'avait ainsi pas de raison de douter de la validité de cette adresse. L'envoi n'ayant toutefois pas été retiré par l'intéressé, la CNA l'a renvoyé en courrier B, à la même adresse, puis en France à l'adresse qui ressortait du certificat médical du 12 mai 2016 rédigé par le Dr T. _____ (soit [...]). Dans ces conditions, c'est à juste titre que la CNA a considéré que la décision du 24 juin 2016 avait été valablement notifiée au recourant à l'issue du délai de garde de 7 jours suivant la tentative infructueuse de distribution du premier envoi par recommandé, conformément à l'art. 38 al. 2^{bis} LPGA et à la fiction de notification confirmée par la jurisprudence constante du Tribunal fédéral. En effet, l'assuré était partie à une procédure en cours et devait donc s'attendre à recevoir une communication de la CNA. Il lui appartenait par conséquent de faire en sorte que les courriers de cette assurance puissent lui parvenir, en lui communiquant sans délai sa nouvelle adresse ou une adresse valable auprès d'un tiers de confiance. On ne saurait par ailleurs reprocher à la CNA de ne pas avoir averti le recourant par téléphone qu'une décision devait lui être notifiée, la loi ne prévoyant que la notification par écrit, c'est-à-dire par voie postale. Il serait en outre disproportionné d'imposer à l'intimée une telle annonce par téléphone vu le nombre de dossiers qu'elle doit traiter. Au demeurant, puisque le versement des indemnités journalières avait cessé dès le mois de juillet 2016, le recourant aurait pu et dû se rendre compte plus rapidement qu'une décision était intervenue concernant la prise en charge des prestations de l'assurance-accidents, d'autant plus qu'il ressort du dossier qu'il a suivi le paiement de ces indemnités avec rigueur. En effet, lors d'un entretien téléphonique du 31 mars 2015 avec la CNA, il avait sollicité un décompte, suspectant son employeur de ne pas lui reverser l'intégralité des indemnités journalières. Il a ensuite perçu directement les indemnités journalières depuis juin

2015. Enfin, en février 2016, lorsque la CNA avait suspendu le versement de ces indemnités pour défaut de collaboration, il avait sans délai pris contact avec celle-ci afin de régler le problème.

Quant au courriel du 15 janvier 2018, on ne saurait considérer, comme paraît le soutenir le recourant dans sa dernière écriture du 9 mai 2022, qu'il a fait office de notification de la décision du 24 juin 2016 et qu'il appartenait donc à la CNA de prouver que l'assuré l'avait bien lu, pour faire partir le délai d'opposition. En effet, non seulement la notification des actes de procédure par courriel - au demeurant sans signature électronique qualifiée - n'est pas prévue en droit des assurances sociales, mais encore, ainsi qu'on l'a vu, cette décision avait déjà été valablement notifiée au recourant par le courrier recommandé du mois de juin 2016.

c) Il faut en conséquence examiner s'il y a lieu de restituer le délai d'opposition à la décision du 24 juin 2016.

aa) D'après l'art. 40 al. 1 LPGA, le délai légal ne peut pas être prolongé. Toutefois, l'art. 41 LPGA prévoit que si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les 30 jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et accompli l'acte omis. Par empêchement non fautif d'accomplir un acte de procédure, il faut comprendre non seulement l'impossibilité objective ou la force majeure, mais également l'impossibilité subjective due à des circonstances personnelles ou une erreur excusable (TF 9C_54/2017 du 2 juin 2017 consid. 2.2 ; 8C_898/2009 du 4 décembre 2009 consid. 2 et les références). La question de la restitution de délai ne se pose pas dans l'éventualité où la partie ou son mandataire n'ont pas été empêchés d'agir à temps ; c'est le cas notamment lorsque l'inaction résulte d'une faute, d'un choix délibéré ou d'une erreur (TF 9C_312/2011 du 16 novembre 2011 consid. 5 ; 9C_541/2009 du 12 mai 2010 consid. 4 et les références). Il incombe à la partie qui invoque un empêchement, afin d'obtenir la restitution d'un délai, de prouver les faits pertinents,

conformément au principe général exprimé à l'art. 8 CC (Code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210 ; TF 1F_1/2009 du 19 janvier 2009 ; 1C_464/2008 du 25 novembre 2008 consid. 5.2).

bb) En l'espèce, le recourant ne soutient pas avoir été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai d'opposition à la décision du 24 juin 2016, ou de communiquer une adresse valable à la CNA pour ses envois. Il ne ressort pas non plus du dossier la présence d'un motif, telle une maladie, qui aurait empêché le recourant d'agir. La restitution du délai d'opposition n'entre donc manifestement pas en ligne de compte.

d) Au vu de ce qui précède, il doit être constaté que la décision du 24 juin 2016 a été valablement notifiée au recourant, par application de la fiction de notification, et qu'une restitution du délai d'opposition n'entre pas en considération. La décision du 24 juin 2016 est ainsi entrée en force 30 jours après sa notification (cf. art. 52 al. 1 LPGA). Les arguments au fond que le recourant fait valoir dans ses écritures à l'encontre des points définitivement tranchés dans cette décision, à savoir la fin du droit aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au jour de la décision, en raison de l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 12 février 2014 et les atteintes au genou droit que le Dr T._____ relève dans son rapport du 4 mai 2016 (une lésion de la corne postérieure du ménisque interne et une atteinte du ligament croisé antérieur), sont donc en principe irrecevables. Il y a toutefois lieu d'examiner si cette décision entrée en force de chose décidée, qui n'est donc plus susceptible d'un recours ordinaire, est susceptible d'être modifiée.

5. En principe, il n'y a pas lieu de revenir sur les décisions entrées en force, en particulier pour des raisons d'égalité de traitement entre assurés et de sécurité du droit. Toutefois, la jurisprudence distingue, sur la base du droit fédéral, des situations dans lesquelles un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision entrée en force formelle. Il s'agit notamment des cas visés à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA, traitant de la révision procédurale et de la reconsidération (cf. ATF 135 V 215). Il faut également ajouter les cas de rechute ou de séquelles tardive

au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202).

a) aa) D'après l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 - 5.2 ; 143 V 105 consid. 2.3). Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des mêmes faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du prononcé initial, d'autres conclusions que l'administration (ATF 127 V 353 consid. 5b). L'application inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (cf. TF 9C_365/2015 du 6 janvier 2016 consid. 3.1).

bb) Dans sa décision du 24 juin 2016, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au jour de la décision, en se basant notamment sur l'avis du Dr G. _____ du 11 mai 2016 selon lequel les atteintes au genou

droit de l'assuré évoquées par le Dr T._____ dans son rapport du 4 mai 2016 - à savoir une atteinte au ligament croisé antérieur et une lésion de la corne postérieure du ménisque interne - n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 12 février 2014.

Le recourant reproche à la CNA d'avoir considéré qu'il n'y avait pas de fait nouveau qui justifierait la « réouverture de son dossier », en d'autres termes, la révision de la décision du 24 juin 2016 entrée en force. Il requiert en particulier le remboursement par la CNA des dépenses médicales qu'il a eues en France après cette décision ainsi que la prise en charge des opérations préconisées par le Dr T._____ dans ses rapports des 4 mai 2016 et 4 octobre 2018 (chirurgie du ligament croisé antérieur associée à une ostéotomie tibiale de valgisation après régularisation du tableau d'algodystrophie). Il fait en effet valoir que les atteintes à son genou droit sont en lien de causalité avec l'accident du 12 février 2014, se fondant à cet égard sur les rapports médicaux du Dr T._____ des 4 mai 2016, 4 octobre 2018 et 10 février 2021, le rapport du 6 juillet 2020 du Dr V._____, ainsi que l'IRM du 14 novembre 2019.

Or, dans son rapport du 4 octobre 2018, le Dr T._____ rappelle simplement que les opérations qu'il a préconisées dans son rapport du 4 mai 2016 sont toujours indiquées. L'atteinte au ligament croisé antérieur, la chondropathie fémoro-patellaire, ainsi que la lésion de la corne postérieure du ménisque interne visées par ces opérations (et toujours visibles à l'IRM du 14 novembre 2019) ne sont pas des atteintes qui étaient inconnues ou qui n'avaient pas pu être prouvées par l'assuré à l'époque de la décision du 24 juin 2016. Elles avaient au contraire déjà été mises en évidence à plusieurs reprises, en particulier par l'IRM du 13 février 2014 et celle du 31 mars 2015. Dans son rapport du 11 mai 2016, le Dr G._____ avait indiqué que ces atteintes n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement accidentel du 12 février 2014. Le Dr T._____ a certes admis l'hypothèse, dans son rapport du 10 février 2021, que lesdites atteintes puissent être en lien de causalité avec l'accident, car les lésions constatées étaient compatibles avec la réception d'un poids de 500 kg sur la face externe du genou droit, tout en précisant qu'il n'avait pas d'information indiquant que le genou de l'assuré présentait déjà ces

lésions avant son accident de travail, ce qui l'encourageait à confirmer que son état de santé était en lien avec cet accident. Toutefois, il ne s'agit là que d'une appréciation différente de celle du Dr G._____ sur la base des mêmes éléments médicaux. L'appréciation du Dr T._____ ne repose sur aucune pièce médicale ou lésion qui n'était pas connue au moment de la décision du 24 juin 2016. On relèvera par ailleurs que l'appréciation du Dr T._____ repose sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », ce qui ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et une atteinte à la santé, comme relevé plus haut. En outre, l'explication du Dr T._____ selon laquelle « les lésions constatées sont compatibles avec la réception d'un poids de 500 kg sur la face externe du genou », fait apparaître le lien de causalité comme possible, sans que le degré de la vraisemblance prépondérante requis ne soit atteint. Quant au rapport du 6 juillet 2020 du Dr V._____ - qui préconise de réaliser une arthroscopie pour la lésion du ménisque interne, puis, par la suite, comme le Dr T._____, une ostéotomie de valgisation - il ne met pas en évidence des atteintes qui n'étaient pas connues à l'époque de la décision du 24 juin 2016. Le Dr V._____ ne se prononce en outre pas sur la question du lien de causalité entre l'évènement accidentel et les lésions du ménisque, du ligament croisé antérieur et la chondropathie fémoro-patellaire de l'assuré. Enfin, le certificat médical du 1^{er} juin 2021 du Dr [...] du [...] ne contient pas non plus de fait nouveau, ni ne constitue un nouveau moyen de preuve remettant en cause l'appréciation du lien de causalité à laquelle a procédé la CNA dans sa décision du 24 juin 2016.

En définitive, vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à la révision procédurale de la décision du 24 juin 2016, le dossier ne contenant pas de faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA).

b) aa) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni la personne assurée ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 147 V 213 consid. 6.2.2 ; 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, puis statue au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice (y compris lorsque l'autorité emploie faussement un intitulé de non-entrée en matière ; cf. MARGRIT MOSER-SZELESS, in : Dupont/Moser-Szeless, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 90-91 ad art. 53 LPGA). Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc).

bb) En l'espèce, la CNA n'est pas entrée en matière sur la reconsidération de la décision du 24 juin 2016 et la Cour de céans ne peut l'y contraindre. Au demeurant, il ne semble pas que l'autorité intimée ait omis de tenir compte de manière crasse d'un élément ou qu'elle se soit grossièrement trompée.

c) S'agissant de la réouverture du dossier du recourant sous l'angle de l'art. 11 OLAA, il n'y a pas lieu de considérer que les atteintes à son genou droit dont il se prévaut (atteinte au ligament croisé antérieur, lésion de la corne postérieure du ménisque interne et chondropathie sur articulation fémoro-patellaire), constituent des rechutes ou des séquelles tardives au sens de cette disposition, étant donné qu'elles ne sont pas en lien de causalité avec l'évènement du 12 février 2014. Cette question a acquis force de chose décidée sans qu'un motif de révision ou de reconsidération ne permette de la modifier, comme il découle de ce qui précède.

6. Le recourant demande la fixation d'une audience afin qu'il puisse « s'exprimer et faire état de sa situation actuelle ». Il requiert également la mise en œuvre une expertise médicale.

a) D'après la jurisprudence, le droit à des débats publics existe pour les causes qui bénéficient de la protection de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; RS 0.101), lorsque la procédure applicable le prévoit ou lorsque sa nécessité découle des exigences du droit à la preuve (cf. ATF 128 I 288 consid. 2). L'art. 6 § 1 CEDH garantit notamment à chacun le droit à ce que sa cause soit entendue publiquement. L'obligation d'organiser des débats publics au sens de cette disposition suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable. Une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle, à l'interrogatoire des parties, à l'audition de témoins ou à une inspection locale) ne suffit pas à fonder une telle obligation (cf. ATF 122 V 47 consid. 2c). Saisi d'une demande tendant à la mise en oeuvre de débats publics, le juge cantonal doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'abstenir dans les cas prévus par l'art. 6 § 1 seconde phrase CEDH, lorsque la demande est abusive (chicanière ou dilatoire), lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé ou lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (cf. ATF 122 V 47 consid. 3b ; TF 9C_641/2015 du 21 juin 2016 consid. 3).

b) En l'espèce, le recourant n'a pas formulé une demande tendant à la mise en oeuvre de débats publics. Dans son écriture du 8 avril 2022, il a demandé à « pouvoir s'exprimer et faire état de sa situation actuelle », ce qui correspond à une requête de preuve (renseignement donné par la partie). Conformément à la jurisprudence rappelée ci-avant, une telle demande ne suffit pas à fonder une obligation de la juridiction cantonale d'organiser des débats publics au sens des art. 30 al. 3 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 6 § 1 CEDH.

Au surplus, les faits nécessaires à la résolution du litige sont établis à satisfaction de droit et la Cour de céans est convaincue qu'une mesure d'instruction supplémentaire ne modifierait pas l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid.

6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). Il n'y a donc pas lieu d'entendre le recourant ni de mettre en œuvre une expertise médicale.

7. Enfin, les griefs du recourant tendant à la « condamnation de l'intimée pour discrimination et diffamation » ainsi qu'à l'obtention de dommages-intérêts, ne relèvent pas de la compétence de la Cour de céans. Ils sont donc d'emblée irrecevables. La demande d'un reclassement professionnel est également irrecevable dès lors que la décision litigieuse ne se prononce pas sur ce point.

8. a) Vu ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée, confirmée.

b) La loi sur l'assurance-accidents ne prévoyant pas la perception de frais de justice pour les litiges en matière de prestations (cf. art. 61 let. f^{bis} LPGA), il n'est pas perçu de tels frais.

c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Laurent Fischer peut donc prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 11 juillet 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'211 fr. 60, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 janvier 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Laurent Fischer est arrêtée à 1'211 fr. 60 (mille deux cent onze francs et soixante centimes), débours et TVA compris.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Fischer (pour K. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident,
- 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).

La greffière :