

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Cvjetislav Todic, avocat à Montreux,

et

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

Art. 29 al. 1 Cst ; art. 25 al. 1, 51 et 53 al. 1 et 2 LPGA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme carreleur pour le compte de l'entreprise individuelle [...], dont il est titulaire avec signature individuelle. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels lorsque, le 2 juillet 2018, il a fait une chute dans les escaliers alors qu'il transportait du carrelage et s'est blessé au genou droit (sinistre n° [...]).

Les radiographies du genou droit de face et de profil réalisées le 2 juillet 2018 n'ont pas montré de lésion osseuse ni d'épanchement. L'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit pratiquée le 4 juillet suivant a mis en évidence un ligament croisé antérieur (LCA) non reconnu (rupture ancienne probable), une gonarthrose tricompartmentale relativement avancée associée à une chondropathie sévère (grade IV) surtout en fémoro-tibial externe et à une ostéochondromatose secondaire, un ménisque interne partiellement amputé et des signes de capsulite sans épanchement articulaire en quantité significative.

Dans son rapport du 17 juillet 2018, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué ce qui suit :

« J'avais suivi pour votre patient pour une lésion méniscale du genou droit en 2014. Il y avait déjà à l'époque un peu d'usure du compartiment interne.

Le 2 juillet dernier, il a fait une chute dans un escalier en portant du matériel, et a eu une entorse de ce même genou droit. L'IRM faite quelques jours après montre des troubles dégénératifs au niveau des cartilages articulaires, fémoro-tibiaux externe et interne, et une lésion méniscale d'allure stable de la corne postérieure du ménisque externe. Je lui ai pour l'instant prescrit de la physiothérapie et nous avons discuté de l'opportunité de faire une cure d'injection intra-articulaire de PRP. »

Dans son rapport du 31 juillet 2018, le Dr M._____, médecin praticien, a posé le diagnostic d'entorse du genou droit avec une suspicion de lésion du ligament croisé antérieur.

Le cas a été pris en charge par la CNA et les prestations légales d'assurance ont été allouées.

Un inspecteur de sinistre de la CNA a interrogé l'assuré le 13 août 2018.

Dans son avis du 17 août 2018, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé qu'il convenait d'accepter une déstabilisation temporaire, avec retour à l'état antérieur à la mi-août 2018, soit après six semaines.

Dans son rapport du 13 octobre 2018 à la CNA, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de déchirure méniscale du genou gauche. Il a fait état d'une évolution favorable avec toutefois un pronostic réservé.

Le 2 novembre 2018, le dossier de l'assuré a été soumis à la N._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement à la CNA. Dans son avis du 5 novembre 2018, celle-ci a estimé que l'évènement du 2 juillet 2018, qui n'avait pas entraîné de lésion structurelle nouvelle pouvant lui être imputé, avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard trois mois après sa survenance.

Par décision du 12 décembre 2018, la CNA a mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 2 octobre 2018, au motif que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident devait être considéré comme atteint à cette même date au plus tard et que troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus imputables à l'évènement du 2 juillet 2018.

Le 20 décembre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée en signalant qu'il s'était également blessé à la cheville droite lors de l'accident du 2 juillet 2018.

Le cas a été soumis une nouvelle fois à la Dre N._____. Dans son appréciation du 7 janvier 2019, celle-ci a estimé que l'assuré n'avait jamais mentionné d'atteinte à la cheville droite, pas plus que les Drs Q._____ et M._____. Il n'en avait pas non plus fait état lors de l'entretien du 13 août 2018, ni n'avait évoqué de plainte à ce niveau. Il n'y avait au demeurant aucune image radiologique de cette cheville. La Dre N._____ a dès lors demandé que les éventuelles radiographies lui soient remises pour confirmer son appréciation.

B. Le 29 avril 2019, l'assuré a glissé dans sa douche et s'est blessé au niveau du thorax et du coude droit (recte : gauche ; sinistre n° [...]).

Dans son rapport du 13 mai 2019, Dr Q._____ a indiqué avoir revu l'assuré le 9 mai 2019 pour des douleurs persistantes à la cheville droite découlant d'une entorse subie lors de l'accident survenu en juillet 2017 (recte : en juillet 2018), en ajoutant qu'une arthroscopie du compartiment antérieur de la cheville pourrait peut-être avoir lieu dans un proche avenir.

Dans son certificat médical du 17 mai 2019, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que le travail pouvait être repris à 100% à partir du 5 juin 2019. Dans son rapport du 24 mai 2019, ce médecin a retenu les diagnostics de contusion latéro-thoracique gauche et de contusion de l'épitrachée gauche. Il a précisé que l'incapacité totale de travailler liée à cet événement allait probablement durer jusqu'au 4 juin 2019.

A la demande de Me Franck Ammann, représentant alors l'assuré, le Dr Q._____ a transmis à la CNA diverses pièces médicales dans le courant du mois de mai 2019, à savoir une radiographie de la

cheville droite du 22 novembre 2018 et une IRM de cette même cheville du 7 mai 2019. Celle-ci a mis en évidence un possible conflit tibio-astragalien antérieur modéré avec épaissement focal de la synovie en regard du col de l'astragale supérieurement.

Le 5 juin 2019, la Dre N._____ a établi une appréciation médicale, qui a en particulier la teneur suivante :

« Le 02.07.2018, l'assuré chute en loupant 3 marches et se blesse au niveau du genou D. Dans la déclaration de sinistre, il est bien mentionné qu'il s'agit uniquement du genou D, ceci étant mentionné 2 fois.

Lors de la consultation du 02.07.2018, les plaintes concerne le genou D et il n'y a aucune plainte concernant le cheville (sic). Les investigations radiologiques effectuées le 02.07.2018 ont été faites au niveau du genou tout comme l'IRM du 04.07.2018. Dans notre appréciation du 05.11.2018, nous avons retenu que l'assuré présentait des lésions préexistantes au niveau de son genou D sous la forme d'une gonarthrose tricompartmentale qui était préexistante à la chute du 02.07.2018 et qu'il avait présenté une entorse bénigne du genou qui guérit habituellement en 6 à 12 semaines et dans cette situation, nous avons retenu que 3 mois après au plus tard la chute, l'événement du 02.07.2018 avait totalement cessé de déployer ses effets. En effet, aucune lésion structurelle pouvant être imputée à la chute n'a été mise en évidence suite à l'événement du 02.07.2018.

Une décision, datée du 12.12.2018, de suppression des prestations prenant effet au 02.10.2018 a donc été notifiée à l'assuré. Celui-ci, dans son opposition du 20.12.2018, mentionne alors une atteinte au niveau de sa cheville. Les investigations radiologiques effectuées le 22.11.2018 n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle traumatique et sur l'IRM du 07.05.2019 il a été mis en évidence un possible conflit tibio-astragalien antérieur modéré avec épaissement focale de la synovie en regard du col de l'astragale supérieurement.

Dans notre appréciation du 07.01.2019, nous avons retenu que qu'il n'avait jamais été fait mention ni par le Dr M._____, ni par le Dr Q._____, avant la décision du 12.12.2018, d'une quelconque atteinte à la cheville. Tout comme l'assuré n'en fait pas mention dans l'entretien du 13.08.2019.

Les troubles constatés en date du 22.11.2018 évoquent un possible conflit antérieur. Pour rappel, le conflit antérieur se définit par le contact anormal de structures articulaires au niveau antérieur de la cheville. Généralement, une des structures se coince dans l'articulation entraînant des douleurs. Ces conflits peuvent être liés à des structures osseuses ou fibreuses et toucher la partie antérieure ou postérieure de la cheville, ici il s'agit d'un conflit antérieur. La cause la plus fréquente du conflit antérieur au niveau de la cheville est due au conflit entre des excroissances osseuses (ostéophytes) situées sur le tibia et/ou le talus. Lors de l'extension de la cheville, ces structures rentrent en contact les unes avec les autres entraînant perte de mobilité et douleurs. La deuxième étiologie implique cette fois un conflit lié à une structure molle et non osseuse et elle touche principalement la partie latérale de la cheville. Selon la littérature, on note souvent un épaissement d'une ou plusieurs structures ligamentaires qui peuvent se coincer des mouvements de la cheville ou frotter sur les surfaces cartilagineuses articulaires. Dans le cas précis, il est retenu un épaissement focal de la synovie en regard du col de l'astragale supérieurement qui engendre un possible conflit tibio-astragalien antérieur modéré. Il n'y a aucun signe d'une quelconque entorse ayant provoqué des lésions ni d'ostéophyte qui aurait pu signifier une éventuelle pathologie antérieure qui aurait été précédemment à la charge de la Suva.

L'assuré n'ayant jamais parlé de douleurs de la cheville D, qui n'ont engendré des investigations que près de 4 mois après la chute du 02.07.2018, nous retenons que les troubles déclarés par l'assuré ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement du 02.07.2018 tels que décrits par l'assuré lors de l'entretien à son domicile le 13.08.2018. L'assuré avait déclaré par la suite dans son opposition que ce n'est que lorsque son genou allait mieux qu'il aurait ressenti des douleurs de la cheville qui étaient présentes. Toutefois, il n'en a absolument pas parlé lors de l'entretien du 13.08.2018, alors qu'il a parlé des douleurs de son épaule G qui avaient bien évolué.

Au vu de ce qui précède, nous retenons donc les troubles déclarés au niveau de la cheville D par l'assuré ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. Son opposition et les rapports médicaux du Dr Q._____ n'apportent pas d'éléments supplémentaires pouvant modifier notre appréciation de la relation de causalité entre la chute et ce conflit antérieur de la cheville D, dont l'origine traumatique fait par ailleurs défaut. »

Par décision sur opposition du 12 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 12 décembre 2018 et a confirmé celle-ci, en retenant notamment ce qui suit :

« Après avoir pris connaissance des différentes pièces médicales versées en procédure d'opposition (compte-rendu des radiographies de la cheville droite f/p du 22.11.2018, compte-rendu de l'IRM de la cheville droite du 7.05.2019 et rapport médical du Dr Q._____ du 13.05.2019), la Dresse N._____ a retenu dans son appréciation du 5 juin 2019 que les troubles constatés lors de l'examen radiologique de la cheville droite du 22 novembre 2018 évoquaient un possible conflit antérieur, dont la cause la plus fréquente au niveau de la cheville est généralement due au conflit entre des excroissances osseuses (ostéophytes) situées sur le tibia et/ou le talus. La seconde étiologie implique un conflit lié à une structure molle et non osseuse et elle touche principalement la partie latérale de la cheville, qui est souvent accompagné, selon la littérature médicale, d'un épaissement d'une ou de plusieurs structures ligamentaires pouvant se coincer par des mouvements de la cheville ou frotter sur les surfaces cartilagineuses. Constatant qu'un épaissement focal de la synovie en regard du col de l'astragale dans sa partie supérieure avait été objectivé sur l'IRM du 7 mai 2019, sans lésion en miroir sur la face antérieure du pilon tibial et sans lésion du Cho-part ou du Lisfranc, la Dresse N._____ a retenu qu'il n'y avait aucun signe d'une quelconque entorse ayant provoqué des lésions ni d'ostéophyte qui aurait pu signer une éventuelle pathologie antérieure qui aurait été précédemment à la charge de la Suva. Enfin, la Dresse N._____ a également tenu à souligner que M. P._____ ne s'était pas plaint de douleurs à la cheville droite avant le mois de novembre 2018, soit au moment une radiographie de cette cheville a été effectuée. La Dresse N._____ est ainsi arrivée à la conclusion que les troubles déclarés au niveau de la cheville droite n'étaient, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas en lien de causalité au moins probable avec l'accident du 2 juillet 2018, en rappelant que l'origine traumatique des troubles à cette cheville faisait défaut. Elle a également ajouté que les rapports médicaux du Dr Q._____ n'apportaient pas d'éléments supplémentaires susceptibles de remettre en cause ses conclusions.

Au vu de l'analyse détaillée et de la discussion claire et cohérente du cas effectuées par la Dresse N._____, la Suva ne voit aucun motif de s'écarter des conclusions également dûment motivées de cette praticienne. »

Cette décision sur opposition n'a pas été contestée et est entrée en force.

Selon une notice téléphonique du 19 juillet 2019, l'assuré a indiqué à la CNA que le Dr Q._____ allait lui envoyer un rapport complémentaire pour le problème de la cheville, qui était lié à l'événement du 2 juillet 2018 selon lui. Toujours selon cette notice, pour les seules suites de l'accident occupant la CNA (soit le sinistre du 29 avril 2019), l'incapacité de travail prenait fin le 1^{er} juillet 2019 ; elle continuait en revanche de courir à 70 % en ce qui concernait l'événement du 2 juillet 2018.

La CNA a demandé au Dr Q._____ de justifier l'incapacité de travail de 70 % allant jusqu'au 26 août 2019, sur un en-tête indiquant « événement du 29 avril 2019 ». Ce dernier a répondu le 26 juillet 2019 qu'il persistait un dérangement interne du genou gauche et qu'il avait posé l'indication à une arthroscopie, mais que le patient préférait attendre et faire de la physiothérapie.

C. Le 26 août 2019, l'employeur de l'assuré a annoncé « une rechute » remontant au 2 juillet 2018. Sous la rubrique réservée aux faits (description de l'accident), les explications suivantes ont été données :

« En même tant que je me suis blessé le genou à cet accident du 02.07.2018 déjà déclaré, je me suis également blessée (sic) la cheville droite. J'ai déclaré plusieurs fois à mon docteur Dr Q._____ que j'avais des douleurs, mais il a plutôt choisi de sauver le genou car son cas était pire. Il ne pensait pas que j'avais mal à la cheville. J'ai insisté pour une IRM qui a révélé qu'il y avait des blessures. Les résultats sont déjà en votre possession et il a prévu une opération (arthroscopie). »

Par lettre du 24 septembre 2019, la CNA a renvoyé l'assuré à la décision sur opposition du 12 juin 2019 en rappelant que les troubles à la cheville droite n'étaient pas en relation de causalité au moins probable avec l'évènement du 2 juillet 2018 et qu'elle n'entendait, par conséquent, pas intervenir dans la prise en charge de cette rechute.

Désormais représenté par Me Cvjetislav Todic, l'assuré a contesté par courrier du 20 mars 2020 les conclusions auxquelles était parvenue la Dre N. _____ dans son appréciation médicale du 5 juin 2019, en faisant valoir que les troubles à la cheville droite étaient d'origine traumatique et en requérant la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, afin d'éclaircir la question de la causalité entre les troubles à la cheville droite et l'évènement du 2 juillet 2018. En annexe de son courrier, l'assuré a joint un questionnaire auquel le Dr Q. _____ avait répondu le 13 février 2020, et selon lequel le patient lui avait signalé le 28 février 2019 des douleurs de sa cheville droite, qu'il attribuait au même accident (réd. : de juillet 2018). Il a répondu par « oui » à la question de savoir s'il partageait l'analyse de la Dre N. _____ lorsqu'elle retenait que la lésion subie au niveau du genou droit était une « entorse bénigne ». Par ailleurs, il a estimé que le conflit antérieur de la cheville était le plus souvent causé par un traumatisme, si bien que l'on pouvait admettre que l'accident du 2 août 2018 (sic) avait pu provoquer ce syndrome, répondant également par l'affirmative à la question de savoir si l'accident du 2 juillet 2018 avait causé ou aggravé les lésions observées à la cheville droite, dont le patient lui avait fait mention pour la première fois le 28 février 2019.

Le 25 mars 2020, la Dre N. _____ a estimé que les nouveaux éléments, singulièrement le rapport du Dr Q. _____ du 13 février 2020, ne modifiaient pas l'appréciation du 5 juin 2019.

D. Le 17 juin 2020, l'assuré a fait une glissade en sortant de l'appartement de ses clients, qui s'est soldée par une tendinite des adducteurs gauches et une coxarthrose gauche (sinistre n° [...]).

S'appuyant sur les certificats médicaux des médecins ayant suivi l'assuré pour ce problème à la jambe gauche (certificat médical de la Dre O. _____ du [...] du 19 juin 2020 et certificat médical du Dr C. _____ du 20 juillet 2020), la CNA lui a versé des indemnités journalières jusqu'au 27 octobre 2020, date à laquelle elle a appris que l'incapacité de travail en lien avec cet évènement avait pris fin le 10 août 2020.

Par courriel du 7 octobre 2021, le Dr C. _____ a confirmé à la CNA qu'il avait attesté pour l'assuré une capacité à 100 % en vue de la reprise du travail dès le 10 août 2020 à la suite de l'accident du 17 juin 2020.

E. Dans son rapport du 25 août 2020, le Dr Q. _____ a mentionné qu'il y avait une indication à procéder à une arthroscopie de débridement et de résection d'ostéophytes antérieurs.

Par décision du 27 janvier 2021, la CNA a refusé de révoquer la décision sur opposition du 12 juin 2019, au motif que la requête du 20 mars 2020 ne reposait pas sur des faits ou des moyens de preuve nouveaux. Elle a précisé en outre qu'elle n'entendait pas entrer en matière sur une demande de reconsidération, au cas où cette requête devait être interprétée dans ce sens. Enfin, elle a requis la restitution d'un montant de 12'891.20 fr. en raison d'une erreur constatée dans la gestion du sinistre survenu le 17 juin 2020, dans la mesure où, lors d'un entretien téléphonique du 27 octobre 2020, l'assuré l'avait informée que l'incapacité de travail en lien avec cet événement avait pris fin le 11 août 2020.

Le 1^{er} mars 2021, l'assuré, par son conseil, a formé opposition contre cette décision, en concluant à son annulation et à la reprise du versement des indemnités journalières à compter du 3 octobre 2018, sous déduction des périodes d'incapacité complète de travail résultant des événements du 29 avril 2019 (dossier séparé n° [...]) et du 17 juin 2020 (dossier séparé n° [...]). Subsidiairement, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, puis qu'une nouvelle décision soit rendue.

Par décision sur opposition du 15 octobre 2021, la CNA a rejeté l'opposition formée à l'encontre de sa décision du 27 janvier 2021. Elle a estimé, d'une part, que les éléments sur lesquels se fondait l'assuré pour requérir la révocation de la décision sur opposition du 12 juin 2019 (conflit antérieur de la cheville droite) n'avaient rien de nouveau et avaient pu être invoqués dans le cadre d'une éventuelle procédure de recours, de

même s'agissant de la proposition du Dr Q._____ de procéder à une arthroscopie de la cheville droite, qu'il évoquait déjà en mai 2019. D'autre part, elle a indiqué qu'elle n'entrerait pas en matière si la demande du 20 mars 2020 devait être considérée comme une demande de reconsidération de la décision sur opposition du 12 juin 2019. Par ailleurs, la CNA a confirmé requérir la restitution des indemnités journalières versées en rapport avec le sinistre du 17 juin 2020, pour la période du 11 août 2020 au 30 novembre 2020, par 12'891 fr. 20, dans la mesure où il n'était plus en incapacité de travail pour son problème à la jambe gauche depuis le 10 août 2020.

F. Par acte du 17 novembre 2021, P._____, toujours représenté par Me Cvjetislav Todic, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi des indemnités journalières des suites de l'événement du 2 juillet 2018, dès le 3 octobre 2018, sous déduction des périodes d'incapacité de travail résultant des événements des 29 avril 2019 et 17 juin 2020, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. En substance, il a fait valoir qu'il était légitimé à penser que, dans la mesure où des indemnités journalières lui avaient été servies « spontanément » dès le 11 août 2020, il avait été fait droit à sa demande d'indemnités en lien avec l'événement du 2 juillet 2018. Il s'est en outre plaint de la durée de traitement de la procédure à la suite de son courrier du 20 mars 2020, déplorant en particulier que sa requête d'expertise soit demeurée sans suite jusqu'à la décision du 27 janvier 2021. Dans un dernier moyen, il s'est prévalu de la protection de la bonne foi. A ses yeux, dès lors qu'il ressortait des dossiers de la CNA qu'un droit aux prestations avait été ouvert postérieurement à la décision sur opposition du 12 juin 2019 et que l'intimée avait interpellé le Dr Q._____ et pris l'engagement, par courrier du 6 avril 2020, de se prononcer sur le droit aux prestations, il était incontestable que la question était celle des prestations pour l'incapacité liée à l'événement du 2 juillet 2018. Il s'attendait dès lors à recevoir une décision sur « la seule question litigieuse depuis août 2019 », estimant que le « revirement effectué par l'autorité intimée pour réclamer les

prestations servies durant plusieurs mois » constituait une « violation flagrante » de la protection de la bonne foi.

Dans sa réponse du 7 février 2022, la CNA a conclu au rejet du recours.

En réplique, le 2 mars 2022, le recourant a maintenu sa position. Il a en particulier déploré que la CNA n'ait pas traité son annonce du 26 août 2019 comme une rechute ou une séquelle tardive, ni n'ait rendu de décision à ce sujet, s'empressant de clore le dossier. Il s'est notamment prévalu de la notice du 19 juillet 2019, enregistrée après l'entrée en force de la décision du 19 juin 2019, estimant que celle-ci mentionnait explicitement que son incapacité de travail demeurait à 70 % en lien avec l'événement du 2 juillet 2018, ce que confirmait le rapport du 17 juillet 2019 du Dr Q._____. Il s'est une nouvelle fois référé à la note téléphonique du 27 octobre 2020. A ses yeux, ces éléments démontraient que le cas relatif à l'accident du 2 juillet 2018 n'avait pas été réglé définitivement par la décision sur opposition du 19 juin 2019. A titre de mesures d'instruction, il a requis l'audition du Dr Q._____ en qualité de témoin, dans la mesure où son avis était « diamétralement » opposé à celui de la Dre N._____, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le recourant a produit en annexe le protocole opératoire de l'intervention du 8 septembre 2021 du Dr Q._____ (arthroscopie et décompression du compartiment antérieur avec ablation d'un ostéophyte tibial).

En duplique, le 9 mai 2022, l'intimée a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. 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 (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) Le litige porte en premier lieu sur le point de savoir si la décision sur opposition du 12 juin 2019 peut être révoquée au moyen d'une révision procédurale. Est d'autre part litigieuse la question de savoir si l'intimée était fondée à demander la restitution des prestations versés à tort, à hauteur de 12'891 fr. 20.

3. a) En vertu de 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 subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

Sont nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se

sont produits tant que, dans la procédure principale, les allégations de faits étaient encore recevables (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). 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 (ATF 144 V 245 consid. 5.2; 143 III 272 consid. 2.2 ; 134 IV 48 consid. 1.2).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver 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 du requérant. Si les nouveaux moyens de preuve sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut 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 expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 8C_778/2021 du 1^{er} juillet 2022 consid. 3.3 ; TF 8C_562/2019 du 16 juin 2020 consid. 3.3 ; TF 8C_687/2017 du 24 octobre 2018 consid. 3.3).

b) A teneur de 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.

Selon la jurisprudence, le juge ne saurait imposer à un assureur social de reconsidérer sa décision si celui-ci s'y refuse, un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération n'étant pas susceptible de faire l'objet d'un recours devant le juge des assurances sociales (cf. ATF 133 V 50 consid. 4 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a).

4. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint de déni de justice formel, déplorant la durée de la procédure et le temps écoulé entre sa demande d'expertise du 20 mars 2020, et la décision du 27 janvier 2021.

a) Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. A cet égard, il appartient au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. Si on ne peut reprocher à l'autorité quelques « temps morts », celle-ci ne saurait en revanche invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

b) En l'occurrence, on peine à voir ce que le recourant entend tirer de cette allégation de déni de justice, puisque l'autorité a statué, et que, en tout état de cause, celui-ci n'a pas saisi l'autorité de recours pour se plaindre d'un déni de justice durant la procédure administrative. Le moyen est donc mal fondé.

5. Le litige porte en premier lieu sur la question de savoir si la décision sur opposition du 12 juin 2019 peut être révoquée au moyen

d'une révision procédurale, même si le recourant fait état d'une « rechute ».

Ce dernier tente en effet vainement de contourner les effets de l'entrée en force de la décision sur opposition du 12 juin 2019. Cependant, les troubles à la cheville droite ont été investigués par le Dr Q._____ en novembre 2018 et mai 2019 (cf. la radiographie du 22 novembre 2018 et l'IRM du 7 mai 2019). Les résultats de ces investigations ont été communiqués à l'intimée le 13 mai 2019, soit antérieurement à la décision sur opposition du 12 juin 2019, avec une demande de « réouverture du cas », motivée par le fait que l'IRM montrait un conflit antérieur persistant avec des masses de tissu cicatriciel. Dans son appréciation médicale du 5 juin 2019, la Dre N._____ s'est prononcée sur le rapport de causalité entre les troubles de la cheville droite et l'événement du 2 juillet 2018 et a nié un tel lien. Elle a estimé que les rapports du Dr Q._____ n'apportaient pas d'éléments supplémentaires pouvant modifier l'appréciation de la relation de causalité entre la chute et le conflit antérieur de la cheville droit, dont l'origine traumatique faisait défaut. La CNA a repris cette argumentation dans sa décision sur opposition du 12 juin 2019, confirmant de la sorte la décision du 12 décembre 2018 par laquelle elle avait mis un terme au droit aux prestations dès le 2 octobre 2018 des suites de l'événement du 2 juillet 2018. Le fait que le recourant soutienne que le Dr Q._____ ait déjà demandé le 13 mai 2019, soit avant que la décision sur opposition du 12 juin 2019 ne soit rendue, le réexamen du cas, au motif que l'IRM avait été réalisée récemment (soit le 7 mai 2019) et montrait qu'il y avait un conflit antérieur persistant avec des masses de tissu cicatriciel avec des douleurs découlant de l'accident de juillet 2018 et indication à procéder peut-être à une arthroscopie du compartiment antérieur de la cheville ne lui est d'aucun secours, bien au contraire. Le recourant aurait, s'il l'entendait, pu recourir contre la décision sur opposition du 12 juin 2019, ce qu'il n'a pas fait. Les arguments dont il se prévaut en lien avec la cheville droite étaient connus et auraient dû être invoqués en son temps par le biais d'un recours.

En d'autres termes, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 2 octobre 2018 pour les suites de l'évènement du 2 juillet 2018, au motif que les troubles qui subsistaient au-delà de cette date n'étaient plus imputables à cet évènement. En procédure d'opposition, l'avis du Dr Q._____ du 13 mai 2019 ainsi que les pièces médicales transmises le 23 mai 2019 (l'IRM de la cheville droite du 7 mai 2019) et le 27 mai suivant (le compte-rendu de la radiographie face/profil de la cheville droite du 22 novembre 2018 et le compte-rendu de l'IRM de la cheville droite du 7 mai 2019) ont été soumises à la Dre N._____, laquelle a nié, dans son appréciation médicale du 5 juin 2019, l'existence d'un lien de causalité au moins probable entre ledit évènement et les troubles à la cheville droite. Se fondant sur cette appréciation médicale détaillée, l'intimée a confirmé sur opposition la décision du 12 décembre 2018. La décision sur opposition du 12 juin 2019 est entrée en force faute de recours dirigée contre elle.

Il résulte de ce qui précède que le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la problématique de la cheville droite n'aurait pas fait l'objet d'une décision formelle. De même, la « rechute » annoncée le 26 août 2019 n'en est pas une, puisque tous les éléments dont il est fait état étaient connus au moment où l'intimée a statué, le 12 juin 2019. L'assuré aurait ainsi dû faire valoir ses arguments relatifs à la présence d'un conflit antérieur de la cheville droite dans le cadre d'une éventuelle procédure de recours contre la décision sur opposition du 12 juin 2019, ce qu'il n'a pas fait. On ne discerne au demeurant aucune violation du principe de la bonne foi de la part de la partie intimée.

Pour le surplus et quant à la note du Dr Q._____ du 17 juillet 2019 (pièce n° 23 du sinistre n° [...]), elle n'est d'aucun secours au recourant, puisque la demande de justification de l'incapacité de travail ne concernait pas l'évènement du 2 juillet 2018, mais portait sur celui du 29 avril 2019, ainsi que cela ressortait des références figurant sur l'en-tête de ce document, qui concernait le thorax et le coude gauche, et qui ont été traités par le Dr C._____.

On ne comprend pas non plus ce qu'entend déduire le recourant de certains éléments du dossier, en particulier de la notice téléphonique du 27 octobre 2020. Un droit à des prestations a été ouvert postérieurement à la décision du 12 juin 2019, mais en lien avec un autre événement accidentel que celui du 2 juillet 2018. Par ailleurs, par lettre du 24 septembre 2019, la CNA a renvoyé l'assuré à la décision sur opposition du 12 juin 2019, en rappelant que les troubles à la cheville droite n'étaient pas en relation de causalité au moins probable avec l'évènement du 2 juillet 2018 et qu'elle n'entendait, par conséquent, pas intervenir dans la prise en charge de cette rechute. On ne saurait voir dans l'attitude de l'intimée la « violation flagrante » de la bonne foi alléguée par le recourant.

Enfin, l'intimée a bien indiqué qu'au cas où la demande du 20 mars 2020 devait être interprétée comme une demande de reconsidération de la décision sur opposition du 12 juin 2019, elle ne comptait pas entrer en matière sur celle-ci. Comme rappelé ci-dessus (cf. consid. 3b), le juge ne saurait imposer à un assureur social de reconsidérer sa décision si celui-ci s'y refuse, un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération n'étant pas susceptible de faire l'objet d'un recours devant le juge des assurances sociales (cf. ATF 133 V 50 consid. 4 ; 119 V 475 consid. 1b/cc ; 117 V 8 consid. 2a). Il y a donc lieu d'en prendre acte.

6. La décision sur opposition a également pour objet la restitution des prestations versées à tort du 11 août au 30 novembre 2020, pour un montant de 12'891 fr. 20.

a) L'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, auquel renvoie l'art. 1 al. 1 LAA, prévoit que les prestations indûment touchées doivent être restituées. L'obligation de restituer suppose que soient réunies les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) de la décision par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 ; 138 V 426 consid. 5.2.1). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une

application initiale erronée du droit (ATF 147 V 167 consid. 4.2 ; 146 V 364 consid. 4.2). Selon l'art. 25 al. 1, 2^e phrase, LPGA, la restitution ne peut pas être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile. Selon l'art. 3 OPGA (ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 ; RS 830.11), l'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision (al. 1). L'assureur indique la possibilité d'une remise dans la décision en restitution (al. 2). L'assureur décide dans sa décision de renoncer à la restitution lorsqu'il est manifeste que les conditions d'une remise sont réunies (al. 3).

b) Aux termes de l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances ou injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. Les indemnités journalières de l'assurance-accidents peuvent faire l'objet d'une telle procédure simplifiée (cf. art. 124 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202] *a contrario* ; SVR 2009 UV n° 21 p. 78 consid. 3.2 [arrêt 8C_ 99/2008 du 26 novembre 2008]). La prise de position de l'assureur selon cette procédure informelle n'est pas susceptible d'opposition ou de recours. Les droits de l'assuré sont garantis par la possibilité d'exiger qu'une décision formelle soit rendue (art. 51 al. 2 LPGA ; cf. Valérie Défago Gaudin, in Dupont/Moser-Szeless [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 9 ad. art. 51 LPGA).

c) Le recourant ne fait valoir aucun grief précis à l'encontre de la demande de restitution de l'intimée, mais estime qu'il s'agit en réalité de la démonstration que la CNA est entrée en matière sur sa requête de mars 2020 et a admis « spontanément » de reprendre le versement des indemnités journalières des suites de l'événement du 2 juillet 2018.

Or l'argumentation du recourant selon laquelle il était légitimé à penser qu'il avait été fait droit à sa demande d'indemnité en lien avec l'événement du 2 juillet 2018, puisqu'il avait perçu des indemnités journalières de la part de l'intimée « spontanément » à compter du 11

août 2020, n'est pas soutenable : les décomptes adressés à l'employeur, soit à l'entreprise individuelle [...], dont le titulaire avec signature individuelle est le recourant, sont clairs. Ils font état du numéro de sinistre relatif à l'événement du 17 juin 2020 (sinistre n° [...]), et ne laissent subsister aucun doute, puisqu'il en résulte un versement d'indemnités journalières à compter du 19 juin 2020, faisant suite à l'annonce du sinistre du 17 juin 2020. Ainsi l'entreprise individuelle [...] a reçu pour le sinistre précité divers décomptes d'indemnités journalières, le premier remontant au 25 août 2020 et portant sur un montant de 5'294 fr. 60 pour la période allant du 19 juin au 31 août 2020. Ce décompte, tout comme les autres décomptes qui ont été établis par la suite (décompte du 5 octobre 2020 pour un montant de 3'453 fr., décompte du 5 novembre 2020 pour un montant de 3'568 fr. 10 et décompte du 10 décembre 2020 pour un montant de 3'453 fr.) se réfèrent tous au sinistre portant la référence [...], lequel correspond à l'évènement du 17 juin 2020 et non pas à l'évènement du 2 juillet 2018. En outre, et comme le relève la CNA, le recourant a été suivi par le Dr C. _____ pour son problème à la jambe gauche et non pas par le Dr Q. _____, qui le suivait, quant à lui, pour la cheville et le genou droits. On ne peut dès lors pas se rallier à l'opinion du recourant qui soutient que ces indemnités journalières auraient été versées en rapport avec le sinistre de 2018, respectivement sur la base des incapacités de travail attestées par le Dr Q. _____, ou encore en relation avec l'évènement du 29 avril 2019.

S'agissant du point de savoir si la CNA était fondée à demander la restitution des indemnités journalières litigieuses, on relèvera que lors de l'entretien téléphonique du 27 octobre 2020 avec le recourant, l'intimée a appris de ce dernier qu'il n'était plus en incapacité de travail pour son problème à la jambe gauche depuis le 10 août 2020. Cela a d'ailleurs été confirmé par le Dr C. _____, qui a attesté, dans son courriel du 7 octobre 2021, qu'il n'avait plus établi de certificat d'incapacité de travail par la suite et qu'il n'avait plus revu l'assuré pour cette pathologie. Les indemnités journalières en rapport avec le sinistre du 17 juin 2020 allouées du 11 août 2020 au 30 novembre 2020 ont donc été versées à

tort. Il s'ensuit que la CNA était en droit d'en demander la restitution, à hauteur de 12'891 fr. 20.

A toutes fins utiles, on rappellera que la CNA n'est pas tenue de rendre une décision formelle lorsqu'elle alloue des prestations et qu'elle peut procéder selon la procédure dite simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 LPGA. Cela vaut en particulier pour l'octroi d'indemnités journalières.

Pour le surplus, le recourant a bien compris que la décision du 27 janvier 2021 portait d'une part sur le refus de révocation de la décision sur opposition du 12 juin 2019, et d'autre part sur la restitution des indemnités journalières versées à tort à la suite du sinistre survenu le 17 juin 2020, dès lors que les indemnités journalières en lien avec cet événement avait pris fin le 11 août 2020. Il a du reste fait valoir des moyens en lien avec ces deux volets de la décision. La CNA a au demeurant rendu le recourant attentif dans la décision sur opposition du 15 octobre 2021 à son droit de demander la remise de l'obligation de restituer aux conditions de l'art. 4 OPGA, étant constant que la remise de l'obligation de restitution lorsque l'intéressé était de bonne foi et que la restitution le mettrait dans une situation difficile (art. 25 al. 1, 2^e phrase, LPGA) doit faire l'objet d'une procédure distincte de celle de la restitution (TF 8C_405/2020 du 3 février 2021 consid. 5.2 et les références citées).

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise, ainsi que l'audition du Dr Q._____. Or les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Il y sera dès lors renoncé par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Cvjetislav Todic peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 10 novembre 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'982 fr. 60, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RA)).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 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.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Cvjetislav Todic, conseil d'office de P._____ est arrêtée à 2'982 fr. 60 (deux mille neuf cent huitante-deux 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 de son conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Cvjetislav Todic (pour P._____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :