

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], France, recourant,

et

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

Art. 9 LPGA ; art. 6 al. 1, 10 al. 1, 21, 26 LAA ; 11, 19 et 38 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Le 2 décembre 2013, C._____, né en [...] et domicilié en France (ci-après : l'assuré ou le recourant), a été victime d'un accident (chute à travers un plancher qui a cédé) dans le cadre de son travail sur un chantier en Suisse alors qu'il était employé comme charpentier par une entreprise vaudoise. A ce titre, il était assuré contre les accidents et maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée). Le jour même, l'assuré a consulté le service des urgences de l'Hôpital de [...]. L'employeur a déclaré le sinistre et l'incapacité de travail à la CNA, indiquant qu'occupé à une rénovation, l'assuré marchait sur un plancher qui avait cédé, de même qu'une poutre, et qu'il était tombé sur le dos et la main.

Les suites de l'accident (versement de l'indemnité journalière et frais de traitement) ont été prises en charge par la CNA.

Les examens pratiqués à la suite de cet événement ont révélé les atteintes suivantes :

- poignet gauche : fracture distale, opérée pour réduction sanglante et ostéosynthèse du scaphoïde le 9 décembre 2013 ;
- épaule gauche : petite déchirure du tendon sus-épineux et lésion SLAP, opérée le 8 avril 2014 ;
- épaule droite : petite déchirure partielle du tiers antérieur de la face articulaire du tendon sus-épineux et lésion SLAP, discrète bursite sous-acromiale (cf. IRM du 23 décembre 2014) ;
- genou gauche : rupture complète du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA) avec lésion fissuraire verticale du ménisque latéral (cf. IRM du 25 février 2014). Une plastie a été proposée mais n'a pas été réalisée en raison de la persistance de douleurs dans les deux épaules ;

- genou droit : déchirure partielle de l'insertion tibiale du faisceau postéro-latéral du LCA sur un ligament restant globalement tendu, sans déchirure méniscale ou chondropathie (cf. IRM du 4 avril 2014) ;
- cheville droite : intégrité des tendons fibulaires et notamment absence de tendinopathie ou de ténosynovite avec des tendons en place dans la gouttière rétro-malléolaire (cf. IRM du 7 avril 2014) ; subluxation des tendons fibulaires à l'éversion, décollement du rétinaculum supérieur à son insertion sur la malléole latérale mais sans déchirure, tendinopathie modérée du long fibulaire dans sa portion rétro et infra-malléolaire (cf. ultrason du 19 mai 2014). L'ultrason avait été réalisé vu « une instabilité des tendons dans les mouvements de flexion dorsio-plantaire », selon un rapport du 10 décembre 2014 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce médecin avait envisagé une plastie ligamentaire, qui n'avait pas été réalisée compte tenu de l'évolution de l'état des épaules ;
- rachis : rachialgies chroniques cervico-dorso-lombaires d'origine musculo-squelettique non spécifiques dans le contexte d'un état douloureux étendu et discrète arthrose facettaire L3-S1 (cf. IRM du 4 février 2015).

Par demande du 24 mai 2014, l'assuré a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le 19 mai 2015, l'assuré a été admis à la Clinique Z._____
(ci-après : Z._____) pour une prise en charge interdisciplinaire. Par rapport du 16 juin 2015, les médecins de la Z._____ ont notamment indiqué qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé durant le séjour, que les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées lors du séjour, que les données objectives à disposition ne montraient aucune anomalie susceptible d'expliquer l'intensité du comportement douloureux et

d'invalide qui avait considérablement parasité l'évaluation et constitué un obstacle à une appréciation précise des quelques limitations fonctionnelles en lien avec les lésions objectives en rapport avec l'accident. Pour les membres inférieurs, les discordances entre les plaintes et les anomalies objectives laissaient penser qu'aucun geste chirurgical n'était susceptible d'améliorer la situation. L'exacerbation majeure des symptômes douloureux et la régression comportementale présentée par l'assuré durant le séjour n'avaient pas trouvé d'explications médicales somatiques ou psychiatriques et avaient motivé une anticipation de sa sortie le 29 mai 2015.

Par rapport final d'examen du 31 août 2015, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que le bilan initial après l'accident avait mis en évidence une fracture au poignet gauche, que l'assuré avait par la suite consulté de nombreux spécialistes en raison de douleurs aux épaules, au rachis, aux genoux et à la cheville droite et qu'un bilan complémentaire avait révélé une rupture du LCA du genou gauche et une probable rupture de la gaine des tendons péroniers de la cheville droite. Ces troubles étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. Il n'y avait aucune indication à réaliser un geste chirurgical au niveau de la cheville droite ou du genou gauche, car un mauvais résultat serait à craindre. Il a considéré le cas comme étant stabilisé. Le traumatisme initial avait cessé d'avoir des effets délétères au niveau du rachis et une activité professionnelle adaptée pouvait être réalisée à temps plein.

b) Par décision du 15 décembre 2015, la CNA a clos le cas au 31 décembre 2015, signifiant la fin de ses prestations, à savoir le versement de l'indemnité journalière et le remboursement des frais de traitement - hormis une consultation mensuelle auprès d'un médecin traitant, un traitement antalgique quotidien et deux séries de physiothérapie par année. Compte tenu du rapport d'examen du Dr N._____, aucun traitement médical n'était susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré de façon notable. Les maux dorsaux n'étaient

plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade. Elle continuerait cependant à prendre en charge le traitement médical et l'incapacité de travail si nécessaire et jusqu'à nouvel avis, s'agissant des atteintes à la main gauche, à la cheville droite, aux épaules et aux genoux. La couverture d'assurance cessait de produire ses effets à l'expiration du 30^{ème} jour qui suivait celui où avait pris fin le droit au demi-salaire au moins ou à ce qui en tenait lieu, comme les indemnités journalières qu'elle servait, sauf prolongation conventionnelle. Cette décision n'a pas été contestée.

c) Par décision du 19 février 2016, confirmée par décision sur opposition du 22 mars 2016, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 11 % dès le 1^{er} janvier 2016 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, s'élevant à 25'200 francs. Cette indemnité était fondée sur l'avis du Dr N. _____ du 31 août 2015 et tenait compte d'une atteinte à l'intégrité de l'épaule gauche à raison de 15 % et du genou gauche de 5 %.

Par arrêt du 31 mai 2016, statuant sur le recours de l'assuré à l'encontre de la décision sur opposition du 22 mars 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle pour vice de forme non corrigé (absence de signature de l'acte de recours ; cause AA 41/16 - 64/2016).

d) Par appel téléphonique du 4 octobre 2016, l'assuré a informé la CNA d'une rechute et de l'opération prochaine d'un genou. Dans ce cadre, l'assuré a produit divers rapports émanant de ses médecins traitants en France. Dans un courrier du 26 septembre 2016, le Dr M. _____, généraliste à [...], (France), indiquait notamment que l'assuré présentait un handicap physique et une baisse d'autonomie avec parfois recours à un fauteuil roulant. Il bénéficiait de séances de kinésithérapie chaque matin dans un centre de rééducation depuis le 12 septembre 2016 et une prise en charge chirurgicale du genou gauche (ligamentoplastie et traitement méniscal) était prévue. L'assuré était en arrêt maladie depuis le 11 juillet 2016 « du fait des suites de l'accident

(rechutes) ». Le 7 septembre 2016, le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, rapportait que l'examen clinique de la cheville droite était plutôt rassurant avec une absence de laxité et de tiroir, ainsi que peu voire pas de douleur à la palpation. Les amplitudes étaient conservées. Il relevait toutefois un ressaut de subluxation des tendons fibulaires.

Par courrier du 17 janvier 2017, la CNA a informé l'assuré que son droit à l'indemnité journalière était de 52 fr. 50, toujours en lien avec l'accident du 2 décembre 2013, et qu'il prenait effet le 11 juillet 2016.

Le 8 février 2017, date fixée d'un commun accord entre le chirurgien et l'assuré, ce dernier a bénéficié d'une ligamentoplastie du LCA gauche, dont l'évolution a été favorable.

e) Par décision formelle du 1^{er} juin 2017, confirmée sur opposition le 6 juillet 2017, la CNA a refusé d'entrer en matière s'agissant d'une demande de remboursement de Pôle Emploi (France) pour des prestations de chômage versées à l'assuré dès le 5 avril 2016. Au regard du dossier, elle a notamment estimé insuffisant le certificat d'incapacité de travail, établi rétroactivement le 17 mars 2017 par le Dr S._____, généraliste à [...] (France), couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 août 2016. L'instabilité du genou avait déjà été objectivée lors de l'examen final et aucune aggravation de l'état de santé par rapport à dit examen ne pouvait être retenue. Ces éléments ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail dans le cadre de la rente avant l'opération. Elle a indiqué en rester aux prestations accordées dans le cadre de la rente, rappelant qu'elle avait servi l'indemnité journalière dès le 11 juillet 2016 à bien plaisir, alors qu'elle n'était due que dès le 8 février 2017, date de l'opération du genou gauche.

Par arrêt du 25 avril 2019, la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision sur opposition précitée (cause AA 93/17 - 55/2019). Le litige portait uniquement sur le refus de verser 96 indemnités journalières à l'intéressé, en lien avec la

rechute de l'état de son genou gauche, pour la période du 4 avril au 10 juillet 2016. Elle a notamment considéré qu'en l'absence d'élément médical probant au dossier attestant une rechute (aggravation de l'état du genou gauche entraînant une incapacité totale de travail) à la date du 4 avril 2016, respectivement avant l'intervention chirurgicale du 8 février 2017, la CNA avait refusé à juste titre de verser l'indemnité journalière avant le 11 juillet 2016 pour la rechute annoncée en octobre 2016. Elle l'avait versée entre cette date et celle de l'opération à bien plaisir et il n'y avait pas lieu de procéder à une *reformatio in pejus*.

Par arrêt du 11 juillet 2019, le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours formé par l'assuré à l'encontre de cet arrêt cantonal (TF 8C_438/2019 du 11 juillet 2019).

f) Selon un rapport d'IRM de la cheville droite du 13 février 2018, aucune anomalie tendineuse notable n'était décelable, en particulier au niveau des tendons fibulaires.

Par rapport du 15 février 2018, le Dr G._____, chef de clinique orthopédique à [...] (France), indiquait qu'il existait une luxation des fibulaires dynamiques de la cheville droite de l'assuré lors de la flexion dorsale à la marche, douloureuse depuis l'accident de 2013. Il estimait préférable que l'assuré bénéficie d'une rééducation pour remise à la marche, qui était prévue, avant d'envisager toute chirurgie. Il a réitéré cette évaluation dans un rapport du 1^{er} juin 2018, précisant que la cheville n'était pas au premier plan des douleurs.

Par rapport de sortie du 9 août 2018, le Dr R._____, médecin rééducateur auprès du Centre de réadaptation O._____ à [...] (France), a exposé que la cheville droite de l'assuré présentait une luxation des péroniers, peu douloureuse, sans instabilité associée, ni laxité ou ankylose. Il préconisait une rééducation proprioceptive de la cheville droite et du genou gauche.

B. **a)** Le 11 août 2018, l'assuré s'est tordu le genou droit à son domicile. Par courriel du 30 août 2018, il a expliqué à la CNA que lorsqu'il s'était levé de son fauteuil roulant avec ses cannes anglaises, il avait ressenti une douleur à l'épaule et au poignet gauches, qu'il avait alors transféré son poids sur ses membres inférieurs, surtout le droit, et que sa subluxation des tendons péroniers de la cheville droite avait provoqué un ressaut douloureux, provoquant une entorse de la cheville, ainsi qu'une ouverture interne du genou droit. Il s'était rendu aux urgences le lendemain.

 Selon un rapport d'IRM pratiquée le 16 août 2018, le genou droit de l'assuré présentait une rupture complète du LCA, une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque externe avec fissure verticale, les ligaments collatéraux étant intègres, et une contusion au niveau des plateaux tibiaux.

 Par courriel du 2 octobre 2018, l'assuré a informé la CNA que son genou droit nécessitait une intervention chirurgicale, fixée au 16 octobre 2018, dont il requérait la prise en charge. Il rappelait qu'une telle intervention avait déjà été envisagée en 2014 par le Dr F. _____ mais « mise en attente » au vu des complications de l'évolution des membres supérieurs. Il a annexé un rapport du 26 septembre 2018 du Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie (en France), selon lequel la rupture du LCA datait « de 2014 lors de la survenue d'un accident de travail ». Cette opération a été repoussée par le chirurgien, compte tenu de l'incertitude de sa prise en charge par la CNA.

b) Par décision du 9 novembre 2018, la CNA a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 11 août 2018, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement.

 Par courrier du 7 décembre 2018, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.

 Par décision du 13 décembre 2018, annulant et remplaçant celle du 9 novembre précédent, la CNA a refusé la prise en charge des

conséquences liées à la rupture du LCA du genou droit de l'assuré. Ce nouvel événement avait aggravé de manière déterminante un état antérieur de ce genou datant du 2 décembre 2013, ainsi les troubles étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 11 août 2018. Or, la couverture d'assurance-accidents par la CNA avait cessé de produire ses effets le 31 janvier 2016, comme cela ressortait du courrier du 15 décembre 2015. Le second accident n'était ainsi pas couvert.

Par courrier du 24 janvier 2019, l'assuré a formé opposition à la décision du 13 décembre 2018. Il a notamment fait valoir qu'il n'avait jamais retrouvé la santé depuis son accident du 2 décembre 2013 et que sans ce dernier et les lésions qu'il avait occasionnées, en particulier à la cheville droite, l'événement du 11 août 2018 ne se serait pas produit.

Dans un rapport du 11 mars 2019, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne et médecine intensive, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que l'évènement du 11 août 2018 avait aggravé de manière déterminante, par une rupture ligamentaire complète, l'état antérieur du genou droit, dont le LCA était précédemment partiellement rompu. Les troubles du genou droit dont la prise en charge de la ligamentoplastie était demandée étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 11 août 2018. La problématique de la cheville droite séquellaire à l'accident du 2 décembre 2013 n'avait pas pu engendrer l'entorse du genou droit le 11 août 2018. L'assuré ne présentait aucune instabilité à proprement parler de l'articulation de la cheville droite, vu l'IRM du 7 avril 2014, la lettre de sortie de la Z._____ et l'examen du médecin d'arrondissement du 31 août 2015. En cas de troubles ou de nécessité d'intervention sur la cheville droite, il y aurait lieu d'examiner l'éventuelle aggravation de l'état de cette dernière par l'événement du 11 août 2018, pièces à l'appui.

Par décision sur opposition du 27 mars 2019, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 13 décembre 2018.

Par rapports du 11 juin 2019, les Drs [...], spécialisé dans la médecine et la chirurgie du sport (France) et K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie (France), ont exposé qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale actuelle pour le genou droit, vu le contexte et l'état du genou. Une intervention au niveau de l'épaule gauche était indiquée (capsulo distension). Dans un premier temps, il y avait lieu d'envisager une rééducation intensive, dans un centre spécialisé, surtout pour la marche et dans le but de sevrer l'assuré du fauteuil roulant. Le Dr K._____ relevait que le traitement rééducatif avait été intermittent alors qu'il aurait dû être complet et mis en place rapidement après le traumatisme.

Par rapport du 11 juillet 2019, le Dr G._____ a indiqué qu'il retrouvait toujours une luxation franche des tendons fibulaires. L'imagerie réalisée jusque-là ne révélait pas de lésion tendineuse. Il estimait qu'une nouvelle IRM était nécessaire, avant de pratiquer une chirurgie de stabilisation des tendons.

c) Par arrêt du 30 novembre 2020 (cause AA 59/19 - 181/2020), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours de l'assuré formé à l'encontre de la décision sur opposition du 27 mars 2019. Les décisions des 15 décembre 2015 et 19 février 2016 étaient entrées en force et il n'existait pas de motif de révocation. La couverture d'assurance par la CNA avait cessé le 31 janvier 2016. Les conséquences de l'événement du 11 août 2018 n'étaient pas à la charge de la CNA, car les troubles à la santé en résultant ne constituaient pas une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 2 décembre 2013. La Cour a retenu que la cheville droite de l'assuré ne présentait pas d'instabilité de l'articulation séquellaire à l'accident de 2013 ; l'accident de 2018 avait aggravé de manière déterminante, par la rupture ligamentaire complète, un état antérieur du genou droit. Ce dernier accident n'était pas couvert par la CNA. L'appréciation du médecin d'arrondissement X._____ a été jugée probante. Elle était congruente avec l'IRM de la cheville du 7 avril 2014, l'ultrason du 9 mai 2014 et le rapport du Dr D._____ du 7 septembre 2016. De même, le rapport d'IRM du 13 février 2018

concluait à l'absence d'anomalie tendineuse notable décelable, en particulier des tendons fibulaires. Le Dr R._____ avait indiqué le 9 août 2018, deux jours avant l'accident litigieux, que la cheville droite présentait certes une luxation des péroniers, mais qu'elle était peu douloureuse, sans instabilité associée et il avait préconisé uniquement une rééducation proprioceptive. Les médecins qui s'étaient prononcés sur la relation entre la supposée instabilité de la cheville droite et l'accident de 2013 ne l'avaient pas fait de manière probante et leurs rapports étaient postérieurs à l'accident de 2018 (cf. rapports des Drs V._____ du 26 septembre 2018, K._____ du 11 juin 2019, [...] du 11 juin 2019, G._____ du 11 juillet 2019). Aucun médecin ne confirmait l'hypothèse de l'assuré selon laquelle l'atteinte à sa cheville droite aurait pu provoquer l'événement du 11 août 2018 et la blessure au genou droit. L'éventuelle opération de la cheville droite, constituant éventuellement une rechute, ne faisait pas partie de l'objet du litige.

Statuant par arrêt du 13 septembre 2021 (TF 8C_78/2021), le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours de l'assuré à l'encontre de l'arrêt cantonal précité, faute de versement de l'avance de frais requise. Il avait rendu une ordonnance le 23 juillet 2023 rejetant la demande d'assistance judiciaire de l'assuré et lui accordant un délai supplémentaire pour verser l'avance de frais.

C. a) Dans l'intervalle, la CNA a repris l'instruction s'agissant de la cheville droite de l'assuré, une intervention chirurgicale étant envisagée.

Dans ce cadre, l'assuré a été examiné à nouveau par le Dr N._____. Dans son rapport du 11 juillet 2019, ce médecin a relevé qu'une intervention au niveau de la cheville droite paraissait justifiée, de même qu'un nouveau séjour à la Z._____, avec avis psychiatrique.

L'assuré a séjourné à la Z._____ du 18 septembre au 9 octobre 2019, pour ses douleurs musculosquelettiques chroniques de localisations multiples. Aucun nouveau diagnostic, en particulier aucune

psychopathologie, n'a été posé au cours du séjour selon le rapport de sortie du 7 novembre 2019. Il n'y avait pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale, à l'exception de celle prévue pour le retinaculum des fibulaires de la cheville droite. La poursuite du sevrage au traitement par opiacés était préconisée. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les anomalies objectives constatées durant le séjour.

Par courrier du 15 octobre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger a transmis à la CNA l'expertise bi-disciplinaire psychiatrique et orthopédique qu'elle avait diligentée les 11 et 12 juin 2019. Un épisode dépressif léger (F32.0) sans répercussion sur la capacité de travail avait été retenu. Au niveau orthopédique, l'activité habituelle de charpentier n'était plus exigible depuis l'accident du 2 décembre 2013, alors qu'une activité adaptée (sédentaire essentiellement en position assise, sans port de charges de plus de 5 kg, sans effort répétitif de serrage ou de préhension en force avec la main gauche, sans activité à genoux ou accroupi, sans utilisation d'échelle, ou de terrain irrégulier) était exigible à 100 %. Cette capacité de travail était retenue depuis août 2015 (examen final du Dr N. _____ de la CNA), hormis des périodes d'incapacité temporaire, à savoir six mois dès le 8 février 2017 en lien avec la ligamentoplastie du LCA gauche, quatre mois à la suite de la déchirure du LCA du genou droit le 11 août 2018, ainsi que du 12 juin au 10 août 2018 lors de l'hospitalisation en centre de rééducation.

Par courrier du 23 mars 2020, la CNA a confirmé la prise en charge de l'opération de la cheville droite de l'assuré, à intervenir.

Par rapport du 4 septembre 2020, la Dre B. _____, médecin généraliste à [...] (France) a certifié l'aggravation des lésions des deux genoux, de l'épaule gauche et de la cheville droite et la nécessité d'un accompagnement pour les déplacements de l'assuré, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Par rapports des 8 et 9 septembre 2020, les Drs K._____ et S._____ ont indiqué que l'état de santé de l'assuré se péjorait, qu'il avait besoin d'une personne pour l'accompagner dans ses démarches administratives, de santé, et pour ses déplacements. Le Dr K._____ ajoutait qu'il y avait une « obligation de soin en Suisse en centre de rééducation spécialisé » et que la prise en charge avait été mauvaise.

Lors d'un entretien dans les locaux de la CNA le 11 septembre 2020, l'assuré a sollicité une allocation pour impotent, ainsi que des prestations pour l'accompagnement dont il avait besoin au quotidien, fourni par l'un de ses amis.

Le 24 septembre 2020, l'assuré s'est présenté au service des urgences des P._____ (ci-après : P._____), avec une ordonnance établie la veille pour « Demande de prise en charge en orthopédie pour suite de polytraumatisme » établie par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il ressort du rapport du service d'orthopédie du 24 septembre 2020 que l'assuré souhaitait être hospitalisé en rééducation à l'Hôpital [...] et qu'il rapportait une nette aggravation de ses douleurs. Les médecins des P._____ ont constaté que la cheville droite ne présentait pas d'épanchement, pas de tiroir, pas d'instabilité ni de laxité sur les plans frontal et sagittal, mais d'importantes douleurs à la palpation des tendons péroniers.

Par courriel du 29 septembre 2020, la CNA a refusé de prendre en charge le séjour de l'assuré auprès des P._____. Elle a précisé qu'elle demeurait dans l'attente de l'intervention chirurgicale sur la cheville droite de l'assuré.

Par rapport d'appréciation du 30 septembre 2020, le Dr X._____ médecin d'arrondissement, a relevé que l'utilisation d'un fauteuil roulant et de cannes anglaises par l'assuré n'était pas justifiée sur le plan orthopédique, comme cela ressortait du rapport d'expertise bi-disciplinaire de juin 2019, du rapport de sortie de la Z._____ du 7 novembre 2019, et du rapport des P._____ du 24 septembre 2020.

L'intervention sur la cheville droite n'était pas exigible ; si elle devait être réalisée, elle serait, en l'état du dossier, en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 2 décembre 2013.

Par rapport d'enquête du 20 octobre 2020, l'assuré a complété un questionnaire d'impotence avec un inspecteur mandaté par la CNA. Il déclarait avoir besoin d'aide pour ses chaussettes et chaussures, occasionnellement pour couper un aliment plus dur, pour se laver et savonner le dos une fois par mois, et pour se déplacer à l'intérieur comme à l'extérieur, avec des chutes régulières à domicile. Il a mentionné que l'opération de la cheville droite était en suspens car ses médecins étaient d'avis de prioriser une réhabilitation.

Par courriel du 2 novembre 2020, faisant suite à plusieurs demandes de l'assuré par courriel et en personne, la CNA l'a informé qu'elle ne reviendrait pas sur sa décision sur opposition du 6 juillet 2017, en particulier sur l'octroi de la rente d'invalidité, et ne reprendrait pas le versement d'indemnités journalières depuis le 1^{er} janvier 2016. En effet, cette décision était entrée en force, après recours aux niveaux cantonal et fédéral.

b) Par décision du 2 novembre 2020, se fondant principalement sur l'avis du médecin d'arrondissement le Dr X._____, la CNA a refusé la prise en charge de l'achat d'un fauteuil roulant électrique (prescrit par les Drs S._____ et [...], médecins traitants en France, respectivement les 9 et 23 septembre 2020) et d'un séjour en réhabilitation, en lien avec l'événement du 2 décembre 2013.

c) Par décision du 6 novembre 2020, la CNA a refusé l'octroi d'une allocation pour impotent de degré faible à l'assuré.

Par courrier du 28 novembre 2020, l'assuré a formé opposition à l'encontre des décisions des 2 et 6 novembre 2020. Il contestait la stabilisation de son état de santé en décembre 2015 avec le passage à une rente d'invalidité, le montant de ses indemnités journalières, les refus

de prise en charge d'un fauteuil roulant, d'un séjour de réadaptation ainsi que d'une allocation pour impotent.

d) Par décision sur opposition du 11 mars 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé ses décisions des 2 et 6 novembre 2020. S'agissant du refus relatif au fauteuil roulant électrique et aux cannes anglaises, elle s'est référée à l'appréciation du Dr X._____, selon laquelle il n'y avait instabilité ni du genou gauche ni de la cheville droite, ni limitation de la mobilité qui nécessiteraient de tels moyens auxiliaires. Les pièces médicales produites par l'assuré ne permettaient pas de douter de la valeur probante de l'avis du Dr X._____. Le rapport des P._____ notait certes une instabilité des tendons fibulaires, mais cette remarque contredisait expressément l'examen clinique pratiqué. Le Dr S._____ rapportait lui aussi une instabilité à ce niveau dans son rapport du 9 septembre 2020, toutefois il n'exposait pas qu'elle aurait été séquellaire à l'accident de 2013. La CNA a en outre cité l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 30 novembre 2020, en lien avec l'absence d'instabilité de l'articulation de la cheville droite séquellaire à l'accident de 2013. Le séjour en réadaptation n'apparaissait pas nécessaire eu égard aux seuls troubles au genou gauche et à la cheville droite. Ledit séjour aurait pour but que l'assuré retrouve une certaine (voire pleine) autonomie dans ses activités quotidiennes, ce qui lui permettrait ensuite d'envisager une nouvelle intervention (au niveau du genou droit ; cf. pièce 798). Or, tant les troubles empêchant cette dernière (membres supérieurs, cheville droite) que les atteintes qui seraient opérées (ligament croisé antérieur et corne postérieur du ménisque latéral du genou droit) n'étaient pas en lien de causalité avec l'évènement assuré. Enfin, il n'était aucunement établi qu'un tel séjour améliorerait de façon sensible la capacité de travail de l'assuré.

Quant à la demande d'allocation pour impotent, les troubles aux membres inférieurs, seuls à charge de la CNA, ne limitaient pas l'assuré dans le geste nécessaire à la toilette du dos une fois par mois, cette fréquence étant en outre insuffisante pour justifier un besoin d'aide

régulier et important. En l'absence de troubles limitant la marche, hormis en terrain irrégulier ou difficile, le besoin d'aide pour les déplacements ne pouvait pas être reconnu. Pour les chaussettes, il existait certainement des moyens permettant de se passer de l'aide d'un tiers pour se chausser ; ce seul geste relatif à l'habillement ne pouvait être considéré comme important. S'agissant de la surveillance, elle n'était pas justifiée au regard des seules séquelles en lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2013 (genou gauche et cheville droite).

D. Par courrier posté le 17 avril 2021 en France, C._____ a formé recours à l'encontre de cette décision sur opposition, par-devant le Tribunal cantonal de Neuchâtel, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une allocation pour impotent lui est octroyée, car il avait besoin d'une personne pour l'accompagner dans ses déplacements, ainsi que d'une aide à domicile. En outre, il demandait la réforme du montant de ses indemnités journalières depuis le 11 juillet 2016, qui ne devait pas tenir compte de son salaire diminué de moitié lors de sa courte période comme bénéficiaire de l'assurance-chômage en France, mais être plus élevé. Il a également conclu à l'annulation de la décision du 31 décembre 2015, son état de santé ne s'étant jamais stabilisé. Ses troubles au genou droit, à la cheville droite et au genou gauche étaient en lien avec l'accident du 2 décembre 2013 et son état s'était aggravé en 2018, ce qui aurait pu être évité s'il avait été considéré de manière adaptée par la CNA et si ses soins avaient été mieux coordonnés par cette dernière. Il a produit un onglet de pièces à l'appui de son recours, dont un rapport du 17 mars 2021 du Dr Q._____, spécialisé en médecine physique et réadaptation au Centre de réadaptation O._____ à [...] (France). Le Dr Q._____ indiquait que le dernier séjour de l'assuré dans ce centre, en avril 2019, lui avait permis de récupérer un périmètre de marche d'une centaine de mètres et que le séjour avait été interrompu devant l'absence d'amélioration plus importante. La plainte principale était désormais la cheville droite, qui ne permettrait pas un nouveau séjour de réadaptation, de sorte que le médecin conseillait d'envisager à nouveau et avant tout, d'opérer la cheville en question.

Par réponse du 18 juin 2021, l'intimée s'en est remise à justice quant à la compétence du Tribunal cantonal neuchâtelois et a conclu au rejet du recours. Elle a indiqué que sa division de médecine des assurances avait examiné le recourant le 18 mai 2021 (Dre J._____, cf. let. E ci-après) et qu'il en était ressorti que les atteintes aux membres inférieurs, en particulier à la cheville et au genou droits, ne présentaient pas de lien de causalité, au stade de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 2 décembre 2013. L'intimée avait donc pris en considération les atteintes du recourant de manière convenable et elle était fondée à refuser la prise en charge de tout moyen auxiliaire (béquilles, fauteuil roulant) et d'un séjour de réadaptation. Concernant l'allocation pour impotent, les besoins décrits ne justifiaient pas l'octroi d'une telle prestation. Le recourant vivait avec sa compagne et leurs cinq enfants, de sorte qu'il n'était pas seul à domicile. L'examen médical avait certes montré une limitation des amplitudes articulaires des épaules, toutefois elle relevait principalement d'autolimitations par peur de la douleur.

Par courrier parvenu au Tribunal cantonal de Neuchâtel le 12 juillet 2021, le recourant a formulé des observations complémentaires et produit plusieurs pièces.

Par arrêt du 14 février 2022, la Cour de droit public du Tribunal cantonal du canton de Neuchâtel a décliné sa compétence à raison du lieu et transmis l'affaire à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois comme objet de sa compétence.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

E. a) Dans l'intervalle, par rapport du 27 mai 2021, la Dre J._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a fait part de son appréciation, à la suite d'un examen de l'assuré qu'elle a pratiqué le 18 mai 2021.

b) Par décision du 7 juin 2021, s'appuyant sur l'appréciation de la Dre J._____, la CNA a considéré qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'accident du 2 décembre 2013 et les troubles du genou gauche et de la cheville droite de l'assuré. Les frais médicaux concernant ces deux parties avaient ainsi été pris en charge à tort jusqu'alors ; leur état était en sus stabilisé depuis fin avril 2014. Elle mettait dès lors un terme à la prise en charge des frais de traitement pour le genou gauche et la cheville droite au 14 juin 2021. La décision ne concernait toutefois pas les troubles du poignet gauche (stabilisés sur le plan médical depuis mai 2014) ni de l'épaule gauche (stabilisés depuis décembre 2015).

Par courrier du 6 juillet 2021, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée.

Par décision sur opposition du 22 septembre 2021, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours et confirmé sa décision du 7 juin 2021. Elle a indiqué qu'elle avait dans un premier temps reconnu un rapport de causalité entre les troubles du genou gauche, ainsi que de la cheville droite, et l'accident du 2 décembre 2013, sur la base d'une étude du dossier qui apparaissait désormais superficielle. Dans un second temps, elle avait considéré que cette appréciation ne devait plus prévaloir, selon l'avis de la Dre J._____ du 27 mai 2021.

c) Par acte du 22 octobre 2021 (date de sa prise en charge par la Poste suisse selon le suivi des envois), l'assuré a formé recours à l'encontre de la décision sur opposition précitée par-devant le Tribunal fédéral, qui a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, comme objet de sa compétence. Il a conclu à la réforme en ce sens que les suites de ses atteintes au genou gauche et à la cheville droite continuent d'être prises en charge par la CNA après le 14 juin 2021, le lien de causalité entre ces atteintes et son accident du 2 décembre 2013 étant reconnu. Cette cause est traitée sous le numéro de référence AA 149/21.

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. 58 al. 2 LPGA et 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. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. 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 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge de moyens auxiliaires facilitant ses déplacements (cannes et fauteuil roulant électrique), d'un séjour de réadaptation et à l'octroi d'une allocation pour impotent, en lien avec l'accident du 2 décembre 2013.

Les conclusions du recours sortant de ce cadre sont irrecevables, puisqu'elles ne font pas l'objet de la décision entreprise. Il en va ainsi de son grief concernant la réduction du montant de ses indemnités journalières depuis le mois de juillet 2016, de celui concernant l'accident du 11 août 2018 et de celui de la « non-reconnaissance de certains troubles ». L'on se contentera de rappeler que par décision du 15 décembre 2015, l'intimée a mis un terme aux frais de traitement (hormis un suivi mensuel auprès du médecin traitant, un traitement antalgique quotidien et deux séries de physiothérapie par année) et au versement de l'indemnité journalière au 31 décembre 2015, considérant que l'état de santé consécutif à l'accident du 2 décembre 2013 était stabilisé. Cette décision, non contestée, est entrée en force. Puis, par décision du 19 février 2016, confirmée sur opposition le 22 mars 2016, l'intimée a alloué une rente d'invalidité de 11 % au recourant dès le 1^{er} janvier 2016, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les troubles à l'épaule et au genou gauches. Cette décision est entrée en force, le recours à son encontre ayant été rayé du rôle. Quant au montant de l'indemnité journalière versée dès le 11 juillet 2016, comme la Cour de céans l'a déjà rappelé, il n'a pas été contesté en temps utile (cf. arrêt du 25 avril 2019, AA 93/17 - 55/2019, consid. 2b). Enfin, le refus de prise en charge des conséquences de l'accident du 11 août 2018 sur le genou droit du recourant a été confirmé par l'arrêt de la Cour de céans du 30 novembre 2020 (AA 59/19 - 181/2020 et TF 8C_78/2021).

En outre, il n'existe pas de motif de révocation des décisions précitées entrées en force, ce que le recourant ne prétend du reste pas (révision procédurale ou reconsidération selon l'art. 53 LPGA, voire nullité). L'intimée n'est au demeurant jamais entrée en matière quant à une reconsidération en l'espèce (à ce sujet, voir ATF 147 V 213 consid. 6.2.2 ; 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1).

c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. Selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations

d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont en effet régies par l'ancien droit.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente, soit lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1 LAA). Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé lorsque la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire. Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins).

Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. L'art. 21 al. 1 LAA prévoit qu'au-delà de la fixation de la rente, le traitement médical est accordé à son bénéficiaire dans les cas énumérés aux lettres a à d, soit notamment lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b) ou lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c ; TF 8C_125/2022 du 20 septembre 2022 consid. 3 ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 s.). On précisera que les let. a et d de la disposition ne sont pas susceptibles de s'appliquer en l'occurrence, en l'absence de maladie professionnelle et le recourant

n'étant pas totalement invalide (TF 8C_655/2018 du 31 octobre 2019 consid. 7.3 et les références).

Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA (TF 8C_179/2014 précité consid. 4.1 s.).

4. a) 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).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

5. En premier lieu, le recourant demande la prise en charge par l'intimée d'un séjour de réadaptation en milieu hospitalier.

a) On rappelle que l'intéressé a changé de statut avec effet au 1^{er} janvier 2016, et qu'il se trouvait dès lors sous le régime de la rente d'invalidité. Son cas a été considéré comme stabilisé au 31 décembre 2015, signifiant la fin de la prise en charge de ses frais de traitement pour ses différentes atteintes somatiques, hormis une consultation mensuelle auprès d'un médecin traitant, un traitement antalgique quotidien et deux séries de physiothérapie par année. Le recourant a par la suite annoncé des rechutes ou séquelles tardives, au niveau de son genou gauche et de sa cheville droite, qui ont initialement été pris en charge par l'intimée (traitement médical et versement de l'indemnité journalière). La fin de la prise en charge de ces atteintes au titre de rechutes ou séquelles tardives fait l'objet de la procédure connexe AA 149/21. L'état des autres articulations du recourant ne saurait ainsi être à la charge de l'intimée, compte tenu principalement de la décision du 15 décembre 2015, considérant que son état de santé était stabilisé et faute de rechute ou de séquelles tardives d'autres atteintes que celles du genou gauche et de la cheville droite.

b) Il semble utile de retracer l'origine de la demande du recourant, s'agissant du séjour de réadaptation à l'Hôpital de [...] des P._____. Le 24 septembre 2020, le recourant s'est présenté au service des urgences des P._____, demandant à entrer dans cet établissement pour une rééducation, muni d'une ordonnance du Dr L._____. L'ordonnance, datée de la veille, indiquait uniquement « Demande de prise en charge en orthopédie pour suite de polytraumatisme » (doc. 764). Le jour de son entrée aux urgences, les P._____ ont demandé une garantie de prise en charge à la SUVA, sous réserve de l'approbation du médecin-conseil de cette dernière et joignant le rapport des urgences (doc. 764). Consulté le même jour, le médecin-conseil a indiqué qu'en l'état du dossier, il n'existait pas d'indication à un séjour en réhabilitation en lien avec l'accident du 2 décembre 2013 (doc. 761). Toujours le même jour, les P._____ se sont adressés au Dr [...], le priant de remplir un formulaire de demande d'hospitalisation non urgente en sa qualité de médecin traitant, car le Dr L._____ n'avait pas respecté la procédure en adressant le patient aux urgences, dont ce n'était pas le rôle d'organiser une telle hospitalisation non urgente (doc. 772). Le Dr [...] a rempli le formulaire, indiquant qu'il demandait un transfert de l'intéressé à l'Hôpital de [...] des P._____, dès le 24 septembre 2020, en vue d'une rééducation locomotrice, pour status sept ans après polytraumatisme à la suite d'un accident de travail et « présence de douleurs séquellaires ++++ » (doc. 766). Le 28 septembre 2020, le médecin-conseil de la SUVA a confirmé son avis précédent, compte tenu des documents des P._____ du 24 septembre 2020, qui n'apportaient aucun élément médical nouveau qui permettrait de justifier un séjour tel que demandé. L'intimée a communiqué son refus de prise en charge aux P._____ et à l'assuré le 29 septembre 2020 (doc. 777 et 778).

A l'évidence, les pièces émanant des Drs L._____ et [...] ne sauraient suffire à fonder une obligation de prise en charge du séjour demandé, eu égard aux réquisits jurisprudentiels idoines. Ces médecins n'ont pas expliqué en quoi ce séjour serait nécessaire sur le plan médical et n'ont pas prétendu qu'il améliorerait notablement la capacité de gain

du recourant ou empêcherait une notable diminution de celle-ci. Ils n'ont pas indiqué que le séjour serait en lien avec une rechute ou des séquelles tardives. Il en va de mêmes des médecins consultés aux P._____, qui s'en sont en réalité remis au médecin-conseil de l'intimée quant à la nécessité du séjour demandé, comme rappelé ci-avant.

Certains médecins du recourant en France se sont prononcés en faveur d'un séjour de rééducation. Le rapport du 26 août 2020 du Dr [...] indique qu'une rééducation fonctionnelle globale est indiquée afin de permettre, une fois qu'elle serait effectuée, de pratiquer une intervention chirurgicale du genou droit (ligamentoplastie avec réparation méniscale ; doc. 740). Le médecin expose donc que le séjour serait mis en place afin de pouvoir améliorer l'état du genou droit. Or, les troubles au genou droit ne sont plus à la charge de l'intimée, car ils résultent du second accident, qui n'était pas couvert par cette dernière. Pour sa part, le Dr K._____, dans son rapport du 8 septembre 2020, n'a pas motivé son avis sur le plan clinique ni en lien avec les rechutes annoncées (doc. 747). Il a indiqué que l'état du membre supérieur gauche s'aggravait de plus en plus, et qu'une rééducation devait avoir lieu afin d'obtenir une amélioration et un meilleur résultat. Ces affirmations, imprécises et non étayées, ne sauraient suffire à jeter le doute sur l'appréciation du médecin-conseil de la SUVA, sur laquelle cette dernière s'est fondée pour rendre la décision sur opposition litigieuse s'agissant du séjour en réadaptation (doc. 761 et 776). Cette appréciation a dûment pris en compte les pièces médicales se rapportant à la demande de séjour en réadaptation et aucun élément au dossier ne permet de douter de sa validité.

Il est utile de préciser, compte tenu de l'issue de la cause AA 149/21, qu'il n'est pas exclu qu'un traitement médical en lien avec les rechutes ou séquelles tardives soit indiqué et que l'intimée doive le prendre en charge, point sur lequel portera entre autres l'expertise à intervenir. En l'état néanmoins, et compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge le séjour de

réadaptation demandé au mois de septembre 2020, objet de la présente cause.

6. Le recourant demande l'octroi d'un fauteuil roulant électrique, en lien avec les troubles dont il souffre depuis l'accident du 2 décembre 2013.

a) Les moyens auxiliaires peuvent faire partie d'un traitement médical (art. 10 al. 1 let. e LAA) ou être destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction (art. 11 al. 1, première phrase, LAA). Ils apparaissent comme un complément du traitement médical selon l'art. 10. Toutefois, contrairement au traitement médical, les prestations prévues aux art. 11 à 13 LAA ne tombent pas sous le champ d'application de l'art. 19 al. 1 LAA ; elles peuvent être allouées avant la fixation de la rente ou naître postérieurement à celle-ci, pour autant que les conditions énumérées de l'art. 21 al. 1 LAA soient remplies (ATF 143 V 148 consid. 5.2 et 5.3 ; TF 8C_125/2022 du 20 septembre 2022 ; 8C_776/2016 du 23 mai 2017 consid. 5.3 publié in SVR 2017 UV n° 42 p. 145).

b) Le Conseil fédéral établit la liste des moyens auxiliaires (art. 11 al. 1 LAA). A l'art. 19 OLAA, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des dispositions sur la remise de ceux-ci. Ce département a édicté l'OMAA (ordonnance sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents ; RS 832.205.12) avec, en annexe, la liste des moyens auxiliaires. Selon l'art. 1 al. 1 OMAA, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires figurant sur la liste en annexe, dans la mesure où ceux-ci compensent un dommage corporel ou la perte d'une fonction qui résulte d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Le droit s'étend aux moyens auxiliaires nécessaires et adaptés à l'atteinte à la santé, d'un modèle simple et adéquat, ainsi qu'aux accessoires indispensables et aux adaptations qu'exige l'atteinte à la santé ; le nombre et les caractéristiques des moyens auxiliaires doivent répondre tant aux exigences de la vie privée qu'à celles de la vie professionnelle (art. 1 al. 2

OMAA). L'annexe à l'OMAA comprend notamment les fauteuils roulants sans moteur (ch. 9.01) et les fauteuils roulants à moteur électrique (ch. 9.02). Ces derniers sont accordés aux assurés incapables de marcher, qui ne peuvent utiliser un fauteuil roulant usuel par suite de paralysies ou d'autres infirmités des membres supérieurs et qui ne peuvent se déplacer de façon indépendante qu'en fauteuil roulant mû électriquement (ch. 9.02 annexe à l'OMAA).

Comme pour tout moyen auxiliaire, la prise en charge des frais d'un fauteuil roulant électrique doit répondre aux critères de simplicité et d'adéquation (art. 11 al. 2 LAA ; art. 1 al. 2 OMAA). Ces critères, qui sont l'expression du principe de proportionnalité, supposent, d'une part, que la prestation en cause est propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaît nécessaire et suffisante à cette fin et, d'autre part, qu'il existe un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire, compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 135 I 161 consid. 5.1 ; TF 8C_699/2013 du 3 juillet 2014 consid. 3 et les références).

Comme toute autre prestation de l'assurance-accidents, l'octroi d'un moyen auxiliaire présuppose, entre autres, l'existence d'un lien de causalité (naturelle et adéquate) entre l'atteinte à la santé et l'évènement accidentel (ATF 129 V 177 consid. 3 ; TF 8C_254/2022 du 3 février 2023 consid. 5.2).

c) Il s'agit donc de déterminer en premier lieu si le moyen auxiliaire sollicité, demandé pour la première fois en 2020, est nécessaire et adapté à l'atteinte à la santé. Dans le cas d'un fauteuil roulant, pour remplir cette condition, l'intéressé doit être incapable de marcher (perte d'une fonction). Pour un fauteuil roulant électrique, il faut en sus que la personne ne puisse pas utiliser un fauteuil roulant usuel et ne puisse se déplacer de façon indépendante qu'en fauteuil roulant mû électriquement.

En l'occurrence, l'intimée s'est basée sur l'avis de son médecin-conseil pour refuser la prise en charge du fauteuil électrique. Par

avis du 25 septembre 2020, le Dr X. _____ a indiqué que les atteintes en lien avec l'accident initial encore à la charge de la SUVA, à savoir la cheville droite et le genou gauche, ne sauraient nécessiter, voire même médicalement justifier des déplacements en fauteuil roulant (doc. 756). Son avis s'alignait avec le rapport de la Z. _____, dont les médecins n'avaient jamais considéré que l'intéressé ne pouvait pas marcher et avec celui de l'expertise bi-disciplinaire menée par l'OAI. Aucun de ces médecins ne retenait une incapacité à la marche. Selon le Dr X. _____, soit l'intéressé présentait des facteurs non organiques du type de ceux mis en évidence lors du séjour à la Z. _____, soit il existait des facteurs organiques qui ne concernaient pas la SUVA, par exemple des troubles du genou droit. Par avis du 30 septembre 2020, le Dr X. _____ a confirmé son appréciation, compte tenu de nouveaux documents versés au dossier (ordonnance du Dr [...] du 23 septembre 2020 et rapports des P. _____, service des urgences et d'orthopédie, du 24 septembre 2020).

Le recourant n'élève pas de grief particulier à l'encontre de cette analyse ; il s'est contenté de renvoyer à différents rapports médicaux qu'il a joint à son acte de recours.

On relève que les Drs S. _____ et [...] ont en effet établi des ordonnances pour un fauteuil électrique, respectivement les 9 et 23 septembre 2020 (doc. 748 et 767). Ces ordonnances ne constituent à l'évidence pas des rapports médicaux circonstanciés, qui pourraient être de nature à mettre en doute l'appréciation du médecin-conseil. Elles ne mentionnent pas la nécessité médicale de ce moyen auxiliaire, ni même de trouble de la marche, ou encore d'examen clinique détaillé. Le rapport du service des urgences des P. _____ se borne à constater que le recourant se déplace en fauteuil roulant mécanique, sans en tirer d'appréciation médicale. Il relève une absence d'instabilité de la cheville droite. Le rapport du service d'orthopédie note également que l'intéressé avait « de la peine » à se déplacer, mais sans indiquer que la marche aurait été impossible ou déconseillée médicalement. Par ailleurs, ce dernier rapport consiste largement en un compte-rendu des déclarations de l'intéressé (citations de documents qui n'étaient pas en possession des

médecin, nombreuses mentions « a priori », « selon le patient », « anamnèse très compliquée »). Quant au Dr [...], il a indiqué dans son rapport du 26 août 2020 que le recourant se déplaçait « en fauteuil roulant compte tenu de ses difficultés à la marche et de l'impossibilité d'utiliser des cannes compte tenu de ses douleurs des membres supérieurs. Il est porteur d'une attelle articulée permettant de stabiliser son genou droit ». Il n'a ainsi pas attesté que les difficultés à la marche seraient en lien avec le genou gauche ou la cheville droite, et n'a pas motivé, cliniquement ou médicalement, l'incapacité à la marche. Il était par ailleurs consulté pour les problèmes du recourant au genou droit.

Ces éléments ne suffisent à l'évidence pas pour nier la valeur probante de l'appréciation du Dr X._____. Cette appréciation tient compte de tous les éléments médicaux au dossier et elle est congruente avec nombre de rapports. Ainsi, le Dr R._____ préconisait le sevrage des cannes anglaises et du fauteuil roulant dans son rapport du 9 août 2018 (doc. 623). Le Dr Q._____ a indiqué dans son rapport du 23 avril 2019 qu'à la sortie du Centre de réadaptation O._____, l'objectif était la reprise de la marche, que cette dernière avait été possible sur un périmètre d'une centaine de mètres avec des cannes anglaises, et qu'il était indispensable que le recourant poursuive la pratique régulière de la marche. Il ne considérait ainsi absolument pas que le recourant était incapable de marcher. Les experts mandatés par l'OAI ont estimé le 12 juin 2019 que le recourant présentait des limitations fonctionnelles de membres inférieurs, à savoir la marche en terrain irrégulier, la montée et descente d'escaliers, les positions agenouillée et accroupie, le port de charges de plus de 5 kg de manière régulière, l'utilisation d'échelles. Ils n'ont pas considéré que la fonction de la marche était perdue. Ils ont préconisé un traitement antalgique uniquement et relevé une nette divergence entre les lésions subies, la fonction résiduelle, notamment aux membres inférieurs, et l'impact fonctionnel majeur, se traduisant par l'usage de cannes anglaises et d'une chaise roulante (doc. 683 p. 77). Les médecins de la Z._____, dans leur rapport du 7 novembre 2019, n'ont pas considéré la marche comme impossible. Ils ont noté qu'elle était déclarée impossible sans moyen auxiliaire, et que les plaintes et

limitations fonctionnelles ne s'expliquaient pas principalement par les anomalies objectives constatées durant le séjour (doc. 684, p. 8). Ils ont relevé que les atteintes musculosquelettiques des membres inférieurs n'expliquaient pas l'impossibilité alléguée de se tenir debout et la nécessité rapportée d'utiliser des cannes. Il existait en outre des signes d'usure des semelles de chaussures, alors que les déplacements étaient déclarés effectués uniquement à l'aide de la chaise roulante et de cannes anglaises (idem, p. 9). Les limitations fonctionnelles retenues ne contiennent pas la marche ou l'utilisation de cannes anglaises ou de fauteuil roulant.

d) Ainsi, il n'est pas établi à satisfaction de droit que sur le plan médical, le fauteuil roulant dont la prise en charge est requise, qu'il soit mécanique ou à plus forte raison électrique, soit nécessaire et qu'il compenserait un dommage corporel ou la perte d'une fonction qui résulterait de l'accident du 2 décembre 2013. Aucun avis médical probant n'établit que le recourant serait incapable de se déplacer en raison de ses atteintes au genou gauche ou à la cheville droite. On rappellera encore qu'en vertu du principe de proportionnalité, un rapport raisonnable doit exister entre le but visé, le bénéfice supposé apporté par le moyen auxiliaire en question et le coût de celui-ci. En l'occurrence, les conditions requises pour l'octroi d'un fauteuil électrique ne sont manifestement pas remplies. Il se justifie donc de confirmer la décision querellée sur ce point également.

7. Le recourant sollicite en outre l'octroi d'une allocation pour impotent.

a) En cas d'impotence (art. 9 LPGA), l'assuré a droit à une allocation pour impotent (art. 26 LAA). Selon l'art. 9 LPGA, est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent ; tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et si son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 38 al. 2 OLAA).

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie ou (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie, et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente (art. 38 al. 3 OLAA).

L'impotence est de faible degré si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie ou (b) d'une surveillance personnelle permanente ou (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, nécessités par son infirmité ou (d) lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à d'importants services fournis de façon régulière par des tiers (art. 38 al. 4 OLAA).

b) Sont déterminants les six actes ordinaires suivants : se vêtir, se dévêtir ; se lever, s'asseoir, se coucher ; manger ; faire sa toilette (soins du corps) ; aller aux toilettes ; se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur, établir des contacts (ATF 133 V 450 consid. 7.2; 127 V 94 consid. 3c et les références ; TF 8C_314/2022 du 15 décembre 2022 consid. 3).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles ; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une

seule de ces fonctions partielles (ATF 148 V 28 consid. 6.5.1; 121 V 88 consid. 3c; 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (TF 8C_314/2022 précité).

c) Selon la jurisprudence relative à l'acte de manger, l'aide requise est déjà importante lorsque l'assuré peut certes manger seul mais n'est pas capable de couper les aliments ou lorsqu'il ne peut porter ceux-ci à la bouche qu'avec les doigts (ATF 136 V 172 consid. 5.3.3; 106 V 153 consid. 2b). S'agissant de la fonction partielle de couper les aliments, l'intervention extérieure ne doit pas être requise uniquement de manière intermittente, en cas de nourriture trop dure. Pour qu'il y ait impotence, il faut que l'assuré soit dépendant de l'aide directe ou indirecte de tiers donnée régulièrement et dans une mesure importante ; le fait que les actes soient seulement rendus plus difficiles ou ralentis par l'infirmité ne suffit pas (ATF 117 V 148 consid. 2 ; TF 8C_314/2022 précité).

d) En l'occurrence, l'intimée a refusé d'octroyer une allocation pour impotent au recourant, essentiellement sur la base du rapport d'enquête du 20 octobre 2020 (doc. 788 et 789). En procédure judiciaire, le recourant n'a pas élevé de grief précis à l'encontre de la position de l'intimée ; il a maintenu que ses atteintes n'étaient pas correctement prises en compte, et qu'elles devraient donner lieu à l'octroi de la prestation demandée. Il a renvoyé aux avis de ses médecins traitants.

S'agissant de l'acte se vêtir et se dévêtir, le recourant a indiqué lors de l'enquête concernant l'impotence qu'il avait besoin de l'aide de son épouse notamment pour ses chaussures et chaussettes. Une telle aide ne saurait être qualifiée d'importante et régulière, au regard de la jurisprudence en la matière et en particulier de l'obligation de diminuer le dommage, ainsi que de l'existence de vêtements et chaussures adaptés (cf. par exemple TF 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.4). On rappellera à ce stade et avec l'intimée que le foyer du recourant comprend

sa compagne et leurs cinq enfants, de sorte qu'un certain soutien de sa famille est exigible dans le cadre de l'obligation de diminuer le dommage (idem et les références ; sur l'obligation de diminuer le dommage, cf. également ATF 114 V 281). Quant à l'acte de manger, le recourant a déclaré avoir besoin de rares exceptions d'aide pour couper un aliment plus dur. Cela ne saurait remplir les conditions idoines, compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus qui exclut précisément ce cas de figure. Le besoin d'aide déclaré par le recourant pour se laver et savonner le dos, une fois par mois, ne remplit à l'évidence pas les réquisits rappelés ci-avant pour une aide importante et régulière. Au demeurant, comme l'a relevé l'intimée, aucun rapport médical au dossier ne soutient que les troubles du recourant au genou gauche et à la cheville droite entraveraient ce geste.

S'agissant de l'aide requise pour les déplacements à l'intérieur du logement et à l'extérieur de celui-ci, le recourant a indiqué être accompagné en permanence, et faire des chutes régulières qui nécessitaient qu'on l'aide à se relever. Cependant, aucun document médical probant au dossier ne soutient un tel besoin d'aide. Conformément aux considérations ci-avant, l'incapacité à la marche en lien avec les troubles à la charge de l'intimée a été niée et les limitations fonctionnelles retenues dans ce cadre concernent uniquement la marche en terrain irrégulier ou difficile. Les rapports des médecins traitants du recourant ne sauraient suffire à jeter le doute sur cette appréciation. Le Dr S._____ a ainsi attesté un besoin d'accompagnement, sans étayer cette affirmation sur le plan médical (rapport du 9 septembre 2020, doc. 744). De plus, il a évoqué un accompagnement dans les démarches administratives, ce qui n'est pas du ressort de l'assurance-accidents. Par ailleurs, le Dr K._____ a certes indiqué que l'état actuel du recourant nécessitait un accompagnant dans ses déplacements extérieurs et intérieurs (rapport du 8 septembre 2020, doc. 744). Toutefois, ce médecin n'a pas objectivé ce constat sur le plan médical et il a même précisé que la personne aidante était de plus en plus fatiguée, ce qui laisse à penser qu'il s'est borné à retranscrire les déclarations de son patient. Il en va de même de l'attestation du 4 septembre 2020 de la Dre B._____, qui a

uniquement signalé que l'état de santé du recourant justifiait un accompagnement dans tous ses déplacements, sans aucune motivation à cet égard (doc. 744).

Au vu de ce qui précède, aucun élément au dossier ne met sérieusement en doute les conclusions de l'intimée s'agissant de l'allocation pour impotent sollicitée. Il se justifie de confirmer la décision sur opposition litigieuse sur ce point également, le recourant ne présentant pas d'impotence au sens de l'assurance-accidents.

8. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la loi spéciale ne le prévoyant pas (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer des dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA *a contrario* et ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 11 mars 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :