

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 :

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

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 et 21 LAA ; 10 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** Le 2 décembre 2013, D._____, né en [...] et domicilié en France (ci-après : l'assuré ou le recourant), a été victime d'un accident, à savoir une 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 dorsi-plantaire », selon un rapport du 10 décembre 2014 du Dr B._____, 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 romande de réadaptation (ci-après : Clinique J._____) pour une prise en charge interdisciplinaire. Par rapport du 16 juin 2015, les médecins de la Clinique J._____ 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 S._____, 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, ainsi que 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 S._____, 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 S. _____ 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 C. _____, 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 F._____, 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 M._____, 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 X._____, 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 G._____, médecin rééducateur auprès du Centre de réadaptation I._____ 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 B. _____ 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 N._____, 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 Clinique J._____, 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 X._____ 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 N._____ 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 F._____ 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 G._____ 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, X._____ 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 S._____. 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 Clinique J._____, avec avis psychiatrique.

L'assuré a séjourné à la Clinique J._____ 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 S. _____ 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 L. _____, 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.

Par rapports des 8 et 9 septembre 2020, les Drs K._____ et M._____ 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 Centre hospitalier W._____ (ci-après : Centre hospitalier W._____), avec une ordonnance établie la veille pour « Demande de prise en charge en orthopédie pour suite de polytraumatisme » établie par le Dr R._____, 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 Centre hospitalier W._____ 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 Centre hospitalier W._____. 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 N._____ 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 Clinique J._____ du

7 novembre 2019, et du rapport des Centre hospitalier W._____ 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 N._____, la CNA a refusé la prise en charge de l'achat d'un fauteuil roulant électrique (prescrit par les Drs M._____ 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.

Par courrier posté le 17 avril 2021 en France, l'assuré a formé recours à l'encontre de cette décision sur opposition, par-devant le Tribunal cantonal de Neuchâtel, qui a transmis l'acte à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois comme objet de sa compétence. Cette cause est traitée sous le numéro de référence AA 21/22.

e) Par rapport du 27 mai 2021, la Dre Z._____, 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.

Elle a retenu que la plainte principale était une symptomatologie douloureuse diffuse des principales articulations. Etablissant l'anamnèse, elle a notamment rapporté les propos de l'assuré. Ce dernier avait ainsi déclaré que le 2 décembre 2013, alors qu'il voulait soulever une lame de parquet avec un pied-de-biche, le parquet avait cédé. Il avait alors immédiatement mis les bras en croix, espérant rester suspendu aux poutres adjacentes, mais l'une d'elles avait cédé, ce qui avait provoqué sa chute d'environ 2 m 50, en arrière, avec réception sur les talons, puis les fesses et le dos. Il s'était rendu aux urgences, où il n'avait été examiné que partiellement et avait ensuite pu quitter l'hôpital et passer la nuit chez un collègue, avant de rentrer à son domicile. Il s'était décrit comme un grand sportif, ayant suivi une école de sport, pratiqué beaucoup de course à pied et de biathlons, ainsi que du golf, du vélo et de la randonnée. Dans ses conclusions, la Dre Z._____ a

considéré que seuls les troubles de l'épaule et du poignet gauches étaient en relation de causalité probable avec l'accident du 2 décembre 2013 (respectivement la fracture du scaphoïde gauche ostéosynthésée en décembre 2013, et l'atteinte de la coiffe des rotateurs et labrum à gauche, réparés en avril 2014). En revanche, les atteintes des genoux et de la cheville droite étaient en relation de causalité possible sans plus avec l'accident. Les douleurs dans la région lombaire, dorsale et cervicale, ainsi que l'atteinte complète du LCA droit après l'accident de 2018, non couvert par la SUVA, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident initial. En outre, l'état de santé de l'intéressé était reconnu stabilisé depuis fin avril 2014 pour les genoux et la cheville droite, depuis mai 2014 pour le poignet gauche et décembre 2015 pour l'épaule gauche, car on ne pouvait plus attendre une amélioration notable de l'état de santé en lien avec ces atteintes. L'activité habituelle de charpentier n'était plus exigible, toutefois une activité adaptée l'était à temps complet. Il n'existait pas d'aggravation de l'état de l'épaule et du poignet gauches, seules séquelles consécutives à l'accident du 2 décembre 2013, de sorte qu'une révision du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas justifiée.

f) Par courrier du 7 juin 2021, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2021 au soir.

Par décision du 7 juin 2021, s'appuyant sur l'appréciation de la Dre Z. _____, 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. Concernant le genou gauche, il faisait valoir les rapports du Dr B._____, qui avait préconisé une intervention chirurgicale dans son rapport du 4 mars 2014 compte tenu des douleurs persistantes ; cette intervention avait été acceptée par le médecin-conseil de la CNA le 14 avril 2014. L'IRM du genou avait été effectuée deux mois après l'accident en raison des douleurs, qui avaient été de plus en plus vives. L'état du genou gauche n'était pas stable à la fin avril 2014, puisque le Dr B._____ avait rapporté une évolution défavorable le 3 avril 2014 et puisque la CNA avait rappelé son accord pour une ligamentoplastie à ce médecin, en octobre 2014. Cette intervention avait été repoussée le temps de rétablir l'épaule gauche, opérée en avril 2014. Le Dr B._____ avait également indiqué que l'évolution des deux genoux et de la cheville droite n'étaient pas favorables, dans son rapport du 10 décembre 2014. La CNA avait décidé de rouvrir son dossier en juillet 2016, car son genou gauche présentait une instabilité chronique, qui avait mené à son opération en février 2017, conformément à l'appréciation du Dr [...] du 28 septembre 2016. Ce même rapport préconisait ensuite une intervention sur la cheville droite, qui n'était donc pas stabilisée à la fin avril 2014. La CNA avait d'ailleurs accepté de prendre cette opération en charge. Les propos sur lesquels la Dre Z._____ s'était basée pour estimer son niveau sportif et le déroulement de l'accident avaient été déformés voire inventés. Il n'avait pratiqué que trois heures de sport par semaine au collège, ensuite de quoi il avait suivi une formation de charpentier. Il était quelqu'un d'un peu sportif, qui entretenait sa santé, mais pas intensivement ou quotidiennement. Lors de l'entretien, la Dre Z._____ n'avait allumé son appareil auditif qu'après quinze minutes, ensuite de quoi elle lui avait fait répéter plusieurs phrases, car elle ne l'entendait pas bien. Il était clair qu'elle avait reçu des directives afin que la CNA ne doive plus reconnaître ses lésions.

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 Z._____ du 27 mai 2021. Elle avait alors mis fin aux prestations en faveur de l'assuré, au 14 juin 2021 et pour l'avenir. L'analyse de la Dre Z._____ était probante et très pointue. Elle permettait de retenir que le lien de causalité entre l'événement du 2 décembre 2013 et les troubles mis en évidence au genou gauche au mois de février 2014 et à la cheville droite en novembre 2014 n'atteignaient pas le degré requis de la vraisemblance prépondérante. En particulier compte tenu du mécanisme accidentel décrit par l'assuré et analysé par la Dre Z._____ ; du fait que seuls des examens du dos et du poignet gauche avaient été réalisés à l'hôpital à la suite de la chute, alors que les atteintes en cause étaient importantes, douloureuses et auraient dû faire apparaître des signes justifiant un examen des membres inférieurs (tuméfaction, à tout le moins de la cheville droite en présence d'un périoste décollé) ; et du résultat des examens, qui n'avait objectivé ni contusion osseuse résiduelle, ni épanchement intra-articulaire du genou gauche, auxquels il fallait pourtant s'attendre même à plus de deux mois de l'événement. Par ailleurs, les conséquences de la brièveté de l'entretien et de l'activation de l'appareil auditif de la Dre Z._____ ne consistaient qu'en des suppositions de l'assuré qui n'apparaissaient pas vraisemblables. L'activité sportive semblait certes avoir été amplifiée, sans toutefois qu'il soit déterminable si cela découlait d'une mauvaise compréhension ou de versions divergentes des propos de l'assuré. Cette amplification n'avait toutefois pas d'influence sur les conclusions de la Dre Z._____, qui ne cherchait qu'à expliquer l'origine malade ou dégénérative des atteintes de la cheville droite. Or, l'assureur n'était pas tenu d'apporter la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Quant aux appréciations médicales sur lesquelles s'appuyait l'assuré, notamment le rapport du Dr B._____ du 4 mars 2014, leur examen faisait apparaître que la reconnaissance du lien de causalité en question se fondait sur le seul constat que les troubles étaient apparus consécutivement à la chute du 2 décembre 2013, ce qui

était un raisonnement insuffisant dans ce contexte (*post hoc ergo propter hoc*). Le grief concernant l'absence de coordination des soins en raison des déménagements de l'assuré n'était pas pertinent.

D. Par acte du 22 octobre 2021 (date de sa prise en charge par la Poste suisse selon le suivi des envois), D._____ 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.

En substance, il a fait valoir l'absence de valeur probante du rapport de la Dre Z._____, notamment car l'appréciation de cette dernière selon laquelle il souffrait des atteintes litigieuses avant l'accident était erronée. Il n'avait jamais été un athlète de haut niveau mais avait simplement fréquenté un collègue « sport nature » durant trois ans, pratiquant la découverte sportive, mais sans pratique qui aurait été plus intensive que celle d'un élève d'un collège ordinaire avec une activité sportive extra-scolaire. Il n'aurait pas pu pratiquer son métier de charpentier s'il avait souffert de ces lésions avant l'accident. La Dre Z._____ ne se fondait que sur des probabilités, ce qui ne rendait pas son rapport plus valide que ceux des autres spécialistes, comme les Drs B._____ et S._____. Le lien de causalité entre ses lésions et l'accident devait être reconnu. Concernant la description de l'accident, il avait eu un « trou noir » après le choc, de sorte que ses propos à ce sujet ne pouvaient être tenus pour certains ou fiables. Aucun rapport de police n'avait en outre été obtenu. L'absence d'hématome évoquée par la Dre Z._____ n'était pas déterminante, car il avait présenté certains hématomes qui ne figuraient pas au dossier, comme le montrait une photographie de son épaule, jointe au recours. En outre, à son arrivée aux urgences, il était très préoccupé de l'état de son dos, tout comme les médecins, raison pour laquelle il avait insisté pour que cette partie de son

corps soit examinée. Sa fracture au poignet gauche n'avait été relevée par les médecins que lors de déplacements pour pratiquer les examens. S'agissant du manque de coordination des soins, il n'était pas dû à ses déménagements, mais à l'arrêt de la prise en charge desdits soins par la CNA en décembre 2015 et au refus de prise en charge de séjours de rééducation, demandés à plusieurs reprises. Enfin, il était reconnu comme travailleur handicapé en France, en raison de son accident du 2 décembre 2013. Son handicap était donc reconnu en France, mais pas du tout par la CNA, qui rejetait même certaines lésions pour lesquelles elle avait préalablement pris en charge les traitements et alors qu'il ne pouvait plus exercer sa profession de charpentier. Il souffrait d'un préjudice physique et moral.

Par réponse du 19 janvier 2022, après qu'elle a produit le dossier de la cause, l'intimée a proposé le rejet du recours. Elle a rappelé qu'il ne lui appartenait pas de devoir expliquer l'origine dégénérative d'atteintes dont elle niait la prise en charge. Il n'était ainsi pas de son ressort d'expliquer pour quelle raison le recourant n'avait pas souffert de périodes d'incapacité de travail avant son accident, malgré des atteintes d'origine malade ou dégénérative. Quant à la description de l'accident, elle n'avait pas été retenue sur la base des déclarations du recourant peu de temps après l'événement, contrairement à ce qu'il soutenait, mais bien compte tenu des éléments ressortant des rapports médicaux initiaux, corrélés par les investigations médicales et les résultats d'examens, respectivement l'absence d'investigation. Les explications du recourant sur le collègue « sport nature » ne rendaient pas critiquables les éléments retenus par la Dre Z._____, à savoir qu'il était un grand sportif, respectivement qu'il avait fait beaucoup de sport. Enfin, elle avait reconnu le handicap du recourant puisqu'elle avait retenu que depuis l'accident du 2 décembre 2013, il n'était plus apte à exercer son activité, mais pouvait reprendre une activité adaptée, qu'elle lui avait alloué une rente d'invalidité fondée sur un taux de 11 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 25'200 francs.

Par réplique du 14 février 2022, le recourant a réitéré ses arguments. Il a indiqué que l'irrecevabilité de son recours au Tribunal fédéral faute d'avance de frais, en raison de ses difficultés financières, ne signifiait pas que son accident du 11 août 2018 n'était pas en lien de causalité avec celui du 2 décembre 2013. Le bilan de son séjour à la Clinique J._____ à l'automne 2019 avait mis en évidence le lien de causalité entre l'accident du 2 décembre 2013 et l'état de sa cheville, dont l'opération avait été recommandée. Les cours de sport qu'il avait suivis à l'école n'étaient pas intenses et le but du cursus n'était pas de devenir un sportif de haut niveau. Après l'accident, il avait craint une blessure au dos, en raison d'un manque de sensations dans les membres inférieurs et seuls son dos et son poignet gauche avaient été examinés dans un premier temps. Toutefois, il avait ensuite rapidement été opéré du poignet gauche, puis dirigé vers le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qu'il avait consulté le 16 décembre 2013 pour des lésions à l'épaule gauche. Cette dernière avait été opérée en avril 2014 car le spécialiste avait préféré attendre que son plâtre au poignet soit ôté. Le Dr B._____ avait ensuite préconisé une autre opération, mais pas avant celle de l'épaule gauche. Ainsi, les soins n'avaient pas été prodigués tardivement pour son genou gauche et sa cheville droite, il avait toujours fait le nécessaire pour se rétablir au plus vite.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

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 du traitement médical de ses atteintes au genou gauche et à la cheville droite par l'intimée, au-delà du 14 juin 2021.

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, de celui de la « non-reconnaissance de certains troubles » et de celui du niveau de sécurité sur le chantier de l'accident initial. 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. Elle précisait toutefois qu'elle continuerait à prendre en charge le traitement médical et les éventuelles incapacités de travail en résultant, jusqu'à nouvel avis, pour les atteintes à la main gauche, à la cheville droite, aux épaules et aux genoux. 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) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 et les références).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de la personne assurée - ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ;

TF 8C_95/2021 du 27 mai 2021 consid. 3.2) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

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

b) Le lien de causalité entre l'accident et la rechute doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais ne doit pas conduire à libérer l'assureur de toute obligation d'instruction. La maxime inquisitoire s'applique en effet également en cas de rechutes ou de séquelles tardives (TF 8C_364/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.2 ; TF U 403/05 du 20 décembre 2006 consid. 2.4 et 7.2). La question du fardeau de la preuve ne se pose qu'une fois que l'état de fait a été éclairci de

manière correcte et complète dans le cadre du principe inquisitoire (TF 8C_364/2008 précité consid. 4.2 et les références).

Ainsi, en résumé, il appartient tout d'abord à l'assuré qui invoque l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives de rendre plausible qu'un lien de causalité existe entre l'accident et cet événement, faute de quoi l'assureur-accidents peut refuser d'entrer en matière. Lorsque l'assuré a rendu plausible l'existence d'un tel lien, l'assureur-accidents doit entrer en matière et procéder aux mesures d'instruction nécessaires à éclaircir l'état de fait, en vue de déterminer si l'on peut conclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la rechute ou les séquelles tardives annoncées. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 ; TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 ; TF U 403/05 précité consid. 2.4).

c) Pour fixer la date de la rechute, il y a lieu de déterminer à partir de quel moment le recourant s'est trouvé en incapacité de travail (art. 11 OLAA, 16 al. 1 LAA ; TF 8C_778/2016 du 1^{er} septembre 2017 consid. 3.3.4).

5. 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 LPGA (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).

6. En l'occurrence, pour rendre la décision entreprise, l'intimée s'est fondée essentiellement sur le rapport du 27 mai 2021 de la Dre Z._____, médecin d'arrondissement. Elle a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement du genou gauche et de la cheville droite du recourant, pour le futur, retenant que les troubles de ces articulations

n'étaient en réalité pas en lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2013 et ne l'avaient jamais été. Seuls les troubles de l'épaule gauche et du poignet gauche étaient en lien de causalité avec cet accident, selon la Dre Z._____. Le recourant conteste la valeur probante de ce rapport, pour plusieurs motifs.

a) Sur le plan formel tout d'abord, le recourant fait valoir que le rapport aurait été « dicté » sur certains points, se prévalant ainsi en substance d'une certaine prévention de la Dre Z._____. Il tire également argument du fait que la médecin n'aurait pas allumé son appareil auditif durant les quinze premières minutes de l'entretien et qu'elle aurait ensuite détourné nombre de ses propos.

C'est le lieu de rappeler à titre liminaire que le lien entre l'assureur et ses médecins internes, d'un point de vue institutionnel ou par un rapport de travail, ne permet pas, pour ce seul motif, de douter de l'objectivité de l'appréciation desdits médecins ; le Tribunal fédéral n'y voit pas de motif de partialité ou de subjectivité (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

Le recourant se contente d'affirmer, sans étayer ou préciser ses allégations, que la Dre Z._____ aurait reçu des instructions de l'intimée et qu'elle aurait détourné ses propos. Aucun élément au dossier n'appuie ces allégations. Au vu de la jurisprudence rappelée ci-avant, il n'y a pas lieu de remettre en cause la valeur probante de l'appréciation de la médecin sur la seule base des allégations du recourant, qui plus est émises après que la décision de fin des prestations litigieuses a été rendue. Le seul point sur lequel le recourant précise que ses propos auraient été mal rapportés concerne l'intensité de son activité sportive avant l'accident. L'intimée a d'abord admis, dans la décision sur opposition entreprise, que cet élément avait pu avoir fait l'objet d'un malentendu ou d'une amplification. Au stade de la réponse, elle a soutenu qu'il n'était pas critiquable que la Dre Z._____ ait retenu qu'il était un grand sportif, respectivement qu'il avait fait beaucoup de sport. Au regard des pièces au dossier, il n'est pas invraisemblable que le recourant se soit décrit comme un grand sportif, vu certaines de ses déclarations, bien

avant l'examen en question. Par exemple, il a déclaré lors d'un entretien à la SUVA, le 8 mai 2014, qu'il avait toujours été très sportif, avec un très bon physique, qu'il aurait pu être professeur de n'importe quel sport, qu'il avait pratiqué le biathlon en compétition, et qu'il était alors meilleur qu'un ami ayant été sacré médaillé olympique (doc. 82). Au demeurant, l'activité sportive du recourant avant l'accident n'est pas déterminante pour trancher la présente cause. En effet, la Dre Z._____ a exposé que les troubles de la cheville droite, qu'elle estimait ne pas être en lien avec l'accident, pouvaient provenir, de manière plus crédible, de son activité sportive. Ce faisant, elle a donné une explication de l'origine dégénérative de l'atteinte aux tendons fibulaires, ce qui n'incombe en réalité pas à l'intimée, comme l'a relevé cette dernière (cf. consid. 3b *in fine supra*). Quant à l'utilisation de l'appareil auditif, l'on relèvera que le recourant ne précise pas quels propos auraient été omis à ce titre, de sorte que son argument doit également être rejeté à cet égard.

b) S'agissant du contenu du rapport, on relève d'emblée qu'en suivant l'avis de cette spécialiste, l'intimée est revenue sur les différents avis des autres médecins d'arrondissement s'étant prononcés entre 2015 et 2020, à savoir les Drs S._____ et N._____. Elle a indiqué que le lien de causalité tel qu'admis jusqu'à l'examen de la Dre Z._____, avait été reconnu sur la base d'une étude superficielle du dossier. On relèvera que l'appréciation du Dr N._____ du 11 mars 2019 avait pourtant été jugée probante par la Cour de céans. De plus, dans le cadre du second recours pendant devant la Cour de céans, relatif à la décision sur opposition du 11 mars 2021 (AA 21/22), l'intimée se prévaut de la dernière appréciation du Dr N._____. Cette position semble ambivalente, à première vue.

c) Quoi qu'il en soit, le rapport de la Dre Z._____ du 27 mai 2021 ne peut se voir reconnaître une pleine valeur probante sur l'analyse du lien de causalité, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, le rapport contient des contradictions, précisément quant à la relation de causalité entre l'accident et les troubles aux différents membres de l'assuré. En effet, dans la partie « diagnostics »

de son rapport (p. 9), la Dre Z._____ a tout d'abord exposé que l'atteinte partielle du tendon du muscle supra-épineux de l'épaule droite, la rupture complète du LCA du genou gauche et l'atteinte partielle du LCA du genou droit étaient en relation de causalité probable avec l'accident. Elle a toutefois indiqué l'inverse, en p. 11, à savoir que les atteintes des deux genoux n'étaient en relation de causalité que possible avec l'accident, ce qu'elle a réitéré en p. 17, précisant que les seules séquelles de l'accident étaient les troubles de l'épaule et du poignet gauches.

Ensuite, pour nier le lien de causalité entre l'accident du 2 décembre 2013 et les troubles du genou gauche et de la cheville droite, seuls objets du présent litige, la Dre Z._____ s'est fondée essentiellement sur le mécanisme accidentel. Pour ce faire, elle s'est basée sur le récit du déroulement de la chute accidentelle, ainsi que sur le rapport initial de l'Hôpital de [...], auquel le recourant s'était rendu le jour de l'accident, et sur la consultation chez le Dr B._____ le 10 décembre 2013, à huit jours de l'accident. Le temps écoulé entre l'accident et la réalisation de l'imagerie des membres inférieurs, en particulier, la faisait douter du fait que les troubles constatés avaient réellement été causés de manière probable par l'accident (examens d'imagerie pour l'épaule gauche en janvier 2014, pour les genoux en février et avril 2014, pour la cheville droite en avril 2014). Il en allait de même de l'absence, lors de la consultation à l'hôpital et auprès du Dr B._____, de prescription d'orthèse de stabilisation des genoux, ainsi que de signes rapportés tels que tuméfaction, hématome, épanchement intra-articulaire, ou impotence fonctionnelle, qui auraient motivé la mise en œuvre d'une imagerie.

Toutefois, le rapport initial de l'Hôpital de [...], daté du 16 janvier 2014 (doc. 30) consiste en un formulaire rempli de manière très succincte à l'attention de l'intimée. Il en ressort la date de l'accident, le fait que le patient avait indiqué être passé au travers d'un plancher et était tombé en se réceptionnant sur le poignet gauche en hyperextension, que le poignet avait été examiné, que les constatations objectives ne concordaient pas avec l'événement décrit et ne semblaient pas plausibles (case « non » cochée), et qu'il avait été opéré le 9 décembre suivant, par

la Dre [...]. On peut déplorer un certain manque d'éléments substantiels en lien avec cette première consultation après l'accident. Cela dit, ce rapport ne paraît pas suffisant pour affirmer que les autres membres du recourant auraient été ou dû être examinés et qu'ils ne présentaient pas d'hématomes. En particulier, la Dre [...] a envoyé l'intéressé à la consultation du Dr [...], qui a diagnostiqué le 17 décembre 2013 une probable lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (doc. 26). La Dre Z. _____ a admis que les troubles de l'épaule gauche avaient été causés par l'accident, pourtant ils ne ressortent pas non plus du rapport initial de l'Hôpital de [...]. Il semble dès lors difficile de suivre son interprétation de l'absence d'indications concernant le genou gauche ou la cheville droite, dans ce même rapport initial, alors qu'il ne mentionnait pas l'épaule gauche non plus.

En outre et surtout, la consultation du Dr B. _____ le 10 décembre 2013, soit à huit jours de l'accident, ne paraît pas établie au regard des pièces au dossier. Aucun rapport émanant de ce médecin, à cette date, n'y figure. Le 9 décembre 2013, le recourant a bénéficié d'une intervention chirurgicale de son poignet gauche à la Clinique [...], où il a séjourné jusqu'au lendemain (doc. 20). Le 10 décembre 2013, le recourant a bénéficié de radiographies du bassin (à la Clinique [...]), dont le rapport a été envoyé le lendemain au Dr B. _____ (doc. 142). Il ne semble toutefois pas établi à satisfaction de droit que ce médecin ait examiné l'intéressé à cette date. La seule mention par la Dre [...], le 18 décembre 2013, de l'organisation d'une consultation en urgence par le Dr B. _____ en raison de douleurs dorsolombaires résiduelles (doc. 20) n'appert pas suffisante pour retenir le fait que cette consultation a eu lieu à quelques jours de l'accident, en l'absence de date spécifiée et de tout rapport du Dr B. _____ en ce sens. Ce d'autant moins que le 27 janvier 2014, le Dr [...] a indiqué que l'intéressé devait aller voir le Dr B. _____ pour un problème de genou, ce qui laisse entendre qu'il ne l'avait pas encore vu (doc. 32). Il appert dès lors vraisemblable que la Dre Z. _____ a fondé une partie de son analyse sur le rapport du Dr B. _____ du 10 décembre 2014, dont elle semble avoir retenu par erreur qu'il datait du 10 décembre

2013, soit une année après l'accident et non quelques jours après celui-ci, de sorte que les conclusions qu'elle en tire ne sont pas probantes.

Il n'est ainsi pas possible de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, que les membres inférieurs du recourant avaient effectivement été examinés par le Dr B. _____ avant le 17 février 2014, date à laquelle il a prescrit une IRM du genou gauche. Cette date de premier rendez-vous ressort en effet de plusieurs pièces (doc. 35, 58, 65 et 79). Le premier rapport descriptif du Dr B. _____, établi le 4 mars 2014 (doc. 65), retient la persistance de gonalgies gauches, un examen clinique parlant en faveur d'une instabilité du genou et des douleurs de l'interligne fémoro-tibial externe, qui l'avaient amené à faire réaliser une IRM. Cette imagerie a révélé une rupture complète du LCA et une lésion de la corne du ménisque externe. Il préconisait un traitement par tonification musculaire et proprioception, et en cas d'instabilité, une plastie du LCA.

A la lumière de ces éléments, l'appréciation de la Dre Z. _____ n'apparaît pas suffisamment probante pour réfuter l'existence tout lien de causalité entre l'accident du 2 décembre 2013 et les lésions au genou gauche et à la cheville droite, en raison des contradictions soulevées. Il ne se justifie dès lors pas d'examiner les arguments des parties quant au déroulement de l'événement accidentel, dans le cadre de la présente procédure, l'existence du lien de causalité initial entre l'accident et les troubles du genou gauche et de la cheville droite devant continuer d'être reconnue en l'état.

7. Autre est la question de la stabilisation de l'état du recourant après les rechutes annoncées et prises en charge, pour le genou gauche et la cheville droite. En effet, 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, de sorte que l'examen du cas sous l'angle de l'art. 21 al. 1 let. b LAA et al. 3 s'impose. Selon cette disposition, le bénéficiaire d'une rente d'invalidité peut prétendre, en sus de la rente, aux prestations pour soins et au remboursement de frais 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. Si le gain de l'intéressé diminue durant la période de la rechute ou des séquelles tardives, il a également droit à une indemnité journalière.

a) S'agissant tout d'abord du genou gauche, le recourant a annoncé une rechute le 4 octobre 2016, en raison d'une opération planifiée ; cette rechute ou séquelle tardive a donné lieu à des prestations de l'intimée dès le 11 juillet 2016 (à bien plaie jusqu'à la date de la ligamentoplastie, selon la décision sur opposition du 6 juillet 2017, confirmée par l'arrêt du 25 avril 2019, AA 93/17, consid. 5b). Le recourant a touché à nouveau des indemnités journalières dès cette date, pour une incapacité de travail de 100 % (doc. 837).

L'intervention sur le LCA gauche a eu lieu le 8 février 2017.

La question qui se pose en définitive, en lien avec le genou gauche, réside dans la fin éventuelle de la période de rechute ou séquelles tardives, c'est-à-dire dans le moment à partir duquel il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration notable de la capacité de gain ou l'empêchement de sa diminution, en lien avec les mesures médicales, pour autant que ce moment soit survenu et que les troubles soient en lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2013.

A cet égard, l'analyse de la Dre Z. _____ ne convainc pas non plus, au regard du dossier. A l'examen clinique du 18 mai 2021, elle a notamment constaté des amplitudes articulaires non limitées et indolores des deux genoux, une mobilisation des rotules libres, indolores, une palpation des genoux et des interlignes articulaires libres et un test de Lachmann négatif à gauche avec arrêt dur. Elle a souligné que la ligamentoplastie gauche avait évolué favorablement avec un examen clinique révélant un Lachmann avec dur le 24 octobre 2017, à huit mois de l'intervention (p. 11 et 16 du rapport). Toutefois, elle a conclu à une date de stabilisation de l'état du genou gauche à la fin avril 2014, sans indiquer pour quelle raison l'opération du 8 février 2017 ne devrait pas être

considérée comme étant une rechute ou une séquelle tardive de l'accident initial, et alors que cette opération avait été envisagée par le Dr B. _____ dans son premier rapport descriptif du 4 mars 2014, en cas d'instabilité persistante.

b) Quant à la cheville droite, une intervention chirurgicale des tendons fibulaires a été évoquée par plusieurs médecins, depuis le 15 février 2018 (rapport du Dr X. _____). A la lecture du dossier, il appert que l'indication médicale et l'exigibilité de cette opération fait débat entre les médecins consultés et qu'elle n'a pas eu lieu, malgré l'émission d'une confirmation de prise en charge par l'intimée le 23 mars 2020.

A cet égard également, l'appréciation de la Dre Z. _____ ne peut être suivie en l'état, en particulier car elle s'est arrêtée à l'analyse de la causalité initiale telle qu'examinée ci-avant. Ce faisant, elle n'a pas indiqué si l'état de la cheville droite du recourant, en cas d'opération des tendons ou non, pouvait être considéré comme une rechute ou séquelle tardive de l'accident du 2 décembre 2013, ou comme une conséquence de l'accident du 11 août 2018. En effet, la cheville droite était impliquée dans ce second accident, qui n'était pas couvert par l'intimée. Le Dr N. _____ avait d'ailleurs indiqué, dans son rapport du 11 mars 2019, qu'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.

8. A la lumière des éléments qui précèdent, l'état actuel du dossier, compte tenu du fait qu'il n'appartient pas au juge de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical (TF 8C_724/2021 du 8 juin 2022 consid. 4.1.2), n'est pas suffisant pour répondre aux questions qui se posent en lien avec les atteintes au genou gauche et à la cheville droite, qui doivent s'apprécier sous l'angle de rechutes ou séquelles tardives éventuelles. L'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu

d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Il s'agira pour l'intimée de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA, à tout le moins sur le plan orthopédique, portant notamment sur la durée déterminante de la rechute ou séquelle tardive du genou gauche, sur la question de savoir si cette rechute est toujours en lien de causalité avec l'accident du 2 décembre 2013, sur la survenance d'une éventuelle rechute de la cheville droite, sur sa durée, sur son lien de causalité avec l'un ou l'autre des accidents et sur l'influence ou non de mesures médicales sur la capacité de gain en lien avec ces atteintes. L'évolution de la capacité de travail depuis le mois de février 2017 devra être retracée, sur la base notamment du dossier médical. Le mois de février 2017 correspond à la date objective de la rechute liée au genou gauche (cf. consid. 4c *supra*), survenue avant celle éventuelle de la cheville droite, de sorte qu'il ne paraît pas nécessaire pour l'expert d'analyser en détails la période antérieure dans son rapport, de nombreuses pièces médicales s'y rapportant déjà. La possibilité sera laissée à l'expert de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'il l'estime pertinent. L'intimée rendra ensuite le cas échéant une nouvelle décision sur l'éventuelle fin du droit aux prestations (traitement médical, indemnités journalières).

9. On précisera encore ce qui suit, bien que ce grief ne soit manifestement pas décisif pour l'issue du litige. Le recourant a argué à plusieurs reprises que son statut d'handicapé ne serait pas reconnu et que ses lésions seraient niées par l'intimée, à l'inverse de ce qui prévaudrait en France.

C'est le lieu de rappeler que le degré d'invalidité d'un assuré qui prétend à des prestations en lien avec cette notion est déterminé exclusivement d'après le droit suisse (TF 9C_465/2022 du 1^{er} mars 2022 consid. 5.5 et les références). En outre, l'intimée a reconnu que le recourant avait été victime d'un accident le 2 décembre 2013, qu'il avait été polytraumatisé et qu'il n'est plus capable d'exercer sa profession de

charpentier diplômé. A ce titre, elle lui a notamment octroyé des prestations destinées à compenser son invalidité sur la durée, à savoir une rente d'invalidité et une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Cette critique est donc dénuée de fondement.

10. a) En conclusion, le recours doit être admis. La décision sur opposition rendue par l'intimée est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 a procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 22 septembre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- 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.D. _____,
- 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 :