

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 28 avril 2015

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant,

et

T. _____ **ASSURANCES [...]**, à [...], intimée.

Art. 61 let. i LPGA ; art. 100 ss LPA-VD.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré), né en 1963, était employé depuis 1990 en tant que technicien de service pour le compte de [...]. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) auprès de la T._____ Assurances T._____ Assurances (ci-après : la T._____ Assurances).

Le 19 juillet 2007, l'employeur a transmis à la T._____ Assurances une déclaration de sinistre LAA indiquant que, le 13 décembre 2005, l'assuré était tombé dans les escaliers alors qu'il transportait du matériel avec un chariot à roulettes. Complétant cette déclaration le 7 août 2007, l'assuré a précisé que l'événement en cause avait eu lieu le 13 décembre 2005 à environ 20 heures à l'Hôpital C._____. Il a en outre expliqué ce qui suit :

"Tout en portant du matériel de travail sur un chariot plaqué devant moi (poids env. 35 kg), j'ai mal jugé la première marche d'un escalier à monter et j'ai marché dans le vide. Voulant instinctivement me rattraper de ce faux pas, j'ai senti un déchirement du type "Velcro" dans le fessier et je suis tombé sur le matériel que je transportais. [...] Ressenti un déchirement du type "Velcro" dans le fessier gauche. Zone douloureuse ensuite au niveau du sacrum avec une prédominance à gauche."

Il a indiqué qu'il avait déjà exercé l'activité en question de façon régulière dans le cadre de sa profession et que, après l'accident, les problèmes s'étaient manifestés de suite avec l'impression d'une forte courbature et d'un blocage au niveau du bassin, la persistance des symptômes l'ayant amené le 23 décembre 2005 à consulter son médecin traitant - le Dr B._____, spécialiste en infectiologie et médecine interne générale - qui lui avait prescrit des anti-inflammatoires. Le 29 octobre 2007, il a ajouté être porteur de la borréliose.

B. Sur le plan médical, à la suite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 4 avril 2006, le Dr P._____, radiologue, a conclu le 17 mai 2006 à l'absence de discopathies significatives ainsi qu'à l'absence d'image de canal lombaire étroit.

Dans un rapport du 26 juin 2007 consécutif à une IRM pelvienne et fessière, le Dr S._____, radiologue, a mentionné notamment ce qui suit :

"Conclusion

Importante diminution de volume du muscle pyramidal gauche, suspect d'une atrophie ou éventuellement d'une hypoplasie congénitale.

Si cette atrophie évoquait un diagnostic particulier et que l'on pensait que l'injection i.v. de Gadolinium pourrait être utile, je resterais à disposition pour reprendre le patient sans nécessairement le refactorer en supplément."

Par certificat médical du 20 août 2007, le Dr B._____ a exposé que l'assuré - dont le traitement avait débuté le 23 décembre 2005 - présentait des lombalgies non déficitaires et avait entendu un craquement suite à un faux mouvement en portant quelque chose de lourd.

Par rapport du 10 septembre 2007, le Dr T._____, médecin associé à l'Hôpital [...] du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier Q._____), a exposé ce qui suit :

"[...] nous avons retenu les diagnostics suivants :

- Syndrome de surcharge de la musculature fessière**
- Probable conflit fémoro-acétabulaire**
- Maladie de Lyme chronique à activité faible.**

Je ne vais pas revenir sur les antécédents de ce patient [...]. Ce dernier attribue l'ensemble de ses problèmes à un faux mouvement dans la cage d'escaliers des hôpitaux C._____. Cependant, les douleurs de la fesse gauche n'ont commencé que plusieurs mois plus tard et la relation de cause à effet n'est certainement pas prouvée. Il en est de même en ce qui concerne cette maladie de Lyme qui n'a vraisemblablement aucun rapport avec les douleurs fessières.

Localement, on constate une contracture douloureuse de la musculature des rotateurs externes de la hanche gauche. La mobilité de la hanche est complète et symétrique. Cependant, la manoeuvre de flexion/rotation interne provoque une douleur dans le pli inguinal à gauche mais pas à droite. Au niveau des pieds, on constate un hallux valgus débutant et un pied plat pronateur.

L'examen de la marche effectué pieds nus puis avec chaussures met en évidence une asymétrie entre le membre inférieur gauche et le droit. A droite, la démarche se fait en légère rotation externe. La rotule reste stable. Du côté gauche par contre, la pointe du pied se situe en rotation interne, le genou bascule en rotation interne pendant la phase d'appui. En phase de propulsion, il existe une accentuation de la rotation interne du genou alors que la cheville et le pied partent en hyper supination.

Il est reconnu que ces troubles biomécaniques constatés provoquent au niveau de la hanche une hyperactivité de la musculature des rotateurs externes qui s'opposent à la rotation interne du genou. La répétition d'un tel mouvement provoque une surcharge progressive qui peut rester muette pendant de nombreuses années puis apparaître fortuitement.

[...]"

En réponse à une lettre de l'assuré du 7 octobre 2007, le Dr B. _____ a exposé ce qui suit dans une correspondance du 22 octobre 2007 :

"Vous m'avez effectivement consulté le 05.07.2005 pour un état de fatigue depuis 5 jours et des douleurs aux adducteurs. Vous m'avez mentionné des piqûres d'insectes sur le bras D et le mollet G sans avoir vu l'animal (ou la plante ?) qui vous aurait piqué. Il n'y avait pas d'érythème visible et vous n'en avez pas signalé dans les jours qui ont suivi la consultation.

[...] Une sérologie positive signifie que vous avez eu contact avec la bactérie sans apporter nécessairement le diagnostic de la maladie. Cette notion est peut-être un peu trop complexe pour un non-médecin. Il se trouve que le consensus de la Société Suisse des maladies infectieuses propose de ne traiter préventivement que les piqûres de tiques suivies d'un érythème migrant. Si ce n'était pas le cas, on devrait traiter entre 20 et 30% de la population du plateau suisse, suivant la région. Dans la dernière édition du Swiss Medical Form de la FMH, dans une revue de la borréliose, il est bien stipulé que cette maladie, en Suisse, est surdiagnostiquée avec l'abus d'examen sérologiques, souvent faussement positifs en cas d'une clinique atypique. En d'autres termes, toute augmentation des anticorps contre *Borrelia* ne veut pas dire nécessairement que l'on est porteur de la maladie de Lyme, les sérologies positives étant beaucoup plus fréquentes que les maladies actives. Il y est aussi dit que le diagnostic de suspicion de maladie de Lyme se base sur la clinique, les tests sérologiques ne devant être effectués que pour

confirmer ce diagnostic. Aussi, après une piqûre de tique, la sérologie est superflue.

Plus récemment, une revue en anglais d'un journal de référence [...] parle de ce problème de maladie de Lyme chronique dont vous croyez être atteint. Les experts qui parlent de ce problème concluent que la maladie chronique de Lyme n'existe pas et cause beaucoup de tort aux patients par la tentation qu'elle présente aux médecins de prescrire des antibiotiques inutiles.

Dans votre cas, même s'il s'agissait effectivement de piqûres de tiques en 2005, il n'y avait pas de raison de vous traiter. Et de pratiquer une sérologie ? Non plus, et ce, même si beaucoup de médecins le font, malheureusement, croyant ainsi aider leurs angoisses et celles de leurs patients. Les résultats de ces sérologies sont difficilement interprétables en l'absence de symptômes plus précis. La fatigue, comme facteur clinique, ne suffit pas évidemment. [...]

[...]

Quant à votre problème rhumatologique nous en avons déjà discuté longuement. Vous avez consulté le Dr F. _____ qui vous a envoyé chez le Dr M. _____ et ces deux spécialistes n'ont rien révélé de pathologique mettant votre vie en danger ou susceptible d'aboutir à un traitement efficace. L'épisode de me déléguer la prescription d'une IRM malgré que le Dr M. _____ ne l'estimait pas nécessaire et que j'ai accepté de signer seulement sur votre insistance (j'aurais préféré que Dr M. _____ prenne ses responsabilités jusqu'au bout) a donné ce diagnostic d'atrophie pyramidale. Et alors ? Comme ont dit les spécialistes, effectivement si cette atrophie était irréversible et vous donne parfois des douleurs, il ne semble pas exister de traitement efficace reconnu. [...]"

Dans un avis du 8 novembre 2007, le Dr X. _____, médecin associé à la Consultation d'antalgie du Service d'anesthésiologie du Centre hospitalier Q. _____, a mis en évidence les éléments suivants :

"Diagnostic :

- Borréliose clinique avec un titre sanguin semble-t-il important évoluant probablement depuis 2005
- Etat dépressif marqué
- Douleurs dans le fessier G dans le cadre probable d'une atteinte pyramidale

Proposition :

J'ai fortement l'impression que l'état dépressif et l'inquiétude du patient vis à vis de cette borréliose aggrave considérablement les douleurs ressenties dans le fessier G.

Dans ces conditions, et j'en ai parlé au patient, la prise d'un anti-dépresseur [...] peut lui être utile.

Je me permettrai de revoir ce patient en janvier pour évaluation des douleurs fessières G, trois mois et demi après le port de semelles compensées. Si les douleurs persistent et gênent considérablement le patient, on pourra imaginer une infiltration du muscle piriforme G."

Dans un premier certificat médical du 11 décembre 2007, le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de radiculalgie lombo-fessière gauche et de borséliose. Il a mentionné un épisode de fatigue aiguë le 5 juillet 2007 ainsi qu'une piqûre probablement de tique au bras droit et au mollet gauche, à la suite de quoi s'étaient développées des douleurs neurologiques à la fesse gauche, empirant malgré un traitement en 2006. Il a ajouté qu'un traitement à la doxycycline avait commencé le 10 juillet 2007. Le Dr H._____ a encore signalé une incapacité de travail de 50% du 16 juillet au 19 août 2007.

A la suite d'une échographie des deux fesses réalisée le 13 février 2008, le Dr K._____, radiologue, a relevé les points suivants dans un rapport du 14 février 2008 :

"Conclusion :

Hypotrophie confirmée du muscle pyramidal gauche. Hypotrophie d'accompagnement du jumeau supérieur qui est fibrosé. Cette fibrose est également observée à la fesse droite. Par contre, il existe une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur interne et du jumeau inférieur. Le grand nerf sciatique gauche se distingue par un périnèvre épaissi par rapport au côté droit."

Dans un certificat médical intermédiaire du 25 juin 2008, le Dr H._____ a posé le diagnostic de maladie de Lyme, tout en se référant à un accident antérieur avec lésion du muscle pyramidal gauche. Aucune incapacité de travail n'était mentionnée.

La T._____ Assurances a soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil, le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Celui-ci s'est prononcé le 29 septembre 2008, considérant qu'une expertise n'était pas nécessaire dans la mesure où aucun signe de

traumatisme n'avait pu être décelé ; en effet, une atrophie musculaire n'était pas la conséquence d'un traumatisme ni un muscle fibrosé, ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une atteinte bilatérale. Le 18 décembre 2008, ce médecin a confirmé qu'aucune influence de l'accident n'avait été détectée.

Le 17 novembre 2008, le Dr M._____, médecin associé au Service de rhumatologie, médecin physique et réhabilitation du Centre hospitalier Q._____, a écrit à l'assuré que la revue rapide de l'ensemble de son dossier montrait que la situation était obscure avec des avis contradictoires concernant l'origine traumatique ou malade de son problème et qu'il lui paraissait indispensable pour éclaircir le cas de réaliser une expertise universitaire de type pluridisciplinaire.

La T._____ Assurances a confié un mandat d'expertise au Dr W._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport d'expertise du 19 juin 2009, l'expert a exposé notamment ce qui suit :

"IV. RESUME DU CAS, APPRECIATION ET REPONSES AU QUESTIONNAIRE:

[...]

Globalement, les examens radiologiques lombaires n'ont pas démontré de lésions post-traumatiques ou malades/malformatives. Les US fessières et les IRM pelvo-fessières ont révélé une importante diminution du volume du muscle pyramidal gauche posant le diagnostic différentiel entre une atrophie et une hypoplasie congénitale. Le Dr K._____ a constaté en outre une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur interne et du jumeau inférieur. Le Dr K._____ a estimé que le grand nerf sciatique gauche se distinguait par un périmètre épaissi par rapport au côté droit. Il faut néanmoins noter que le Dr K._____ a observé une atrophie fibrotique également au niveau de la fesse droite pratiquement symétrique. Ces éléments ont été partiellement retrouvés lors des IRM de contrôle du bassin, le Dr L._____ concluant quant à lui à une hypotrophie du muscle pyriforme gauche sans évolution d'origine vraisemblablement congénitale. Il ne rapporte pas dans son rapport du 23.4.2008 d'autres anomalies au niveau fessier. Dans son examen de contrôle du 23.3.2009, le Dr K._____ conclura à un status inchangé avec par contre une certaine hypertrophie des moyen et grand fessiers ddc peut-être un peu plus marquée à gauche qu'à droite.

[...]

Actuellement, M. V. _____ se plaint donc, sans changement bien significatif, d'une fatigue. Persistent des douleurs fessières gauches alors que les douleurs lombaires sont devenues rares. Il n'y a plus d'irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche. Par contre, persistent également un endormissement occasionnel du pied gauche, un manque de force du membre inférieur gauche et le patient signale des spasmes fessiers bilatéraux à prédominance gauche pouvant intéresser également d'autres groupes musculaires et l'apparition de douleurs fessières, quoique moindres qu'à gauche, dans la fesse droite.

Enfin, M. V. _____ mentionne une perte de coloration et une décapillation avec altération secondaire du goût au niveau de l'hémilangue gauche.

En résumé, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre de la présente expertise ne révèle pas d'anomalie significative au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire avec tout particulièrement une bonne préservation de la mobilité et l'absence de contracture significative ou d'atrophie significative des muscles paravertébraux. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, sans anomalie majeure de la marche spontanée, de la station sur la pointe des pieds et sur les talons et du sautiller. L'examen des paires crâniennes révèle une hypoesthésie faciale moyenne et inférieure gauche sans asymétrie des réflexes cornéens et une décoloration/décapillation localisée d'une partie de l'hémilangue gauche. L'examen des membres supérieurs et du tronc est entièrement normal avec notamment l'absence d'activité musculaire anormale. Au niveau des membres inférieurs, les points de Valleix fessiers gauches paraissent un peu sensibles alors que l'on n'observe pas d'atrophie ou de contracture de la musculature fessière, notamment à la palpation du muscle pyramidal gauche. L'examen des membres inférieurs ne révèle pas d'atrophie musculaire, de faiblesse de la musculature fessière et des deux membres inférieurs. Il n'y a pas d'activité musculaire anormale également ni d'altération des réflexes tendineux. Le patient signale par contre une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant la face externe de la cuisse, la face interne et externe de la jambe et la plante du pied, à gauche. La palpation en profondeur de la fesse gauche paraît déclencher des piquées.

Sur le plan général, sujet en bon état.

L'examen clinique a été complété par un EMG du membre inférieur gauche qui s'avère superposable à celui pratiqué par le Prof. [...], ne révélant pas de signes d'atteinte neurogène périphérique et/ou myogène significatifs dans l'ensemble des muscles examinés comportant la musculature paravertébrale lombaire gauche, les muscles moyen et grand fessiers gauches ainsi que plusieurs groupes musculaires du membre inférieur gauche.

J'ai repris les rapports radiologiques et revu les quelques documents radiologiques à disposition.

L'ensemble du bilan radiologique pratiqué au niveau lombaire est clairement sans anomalie intra-rachidienne significative tant post-traumatique que malade ou malformative. Pour ce qui est du

niveau pelvo-fessier, les différentes IRM et les différents bilans ultrasonographiques révèlent indubitablement une diminution du volume du muscle pyramidal gauche compatible avec une hypoplasie congénitale ou une atrophie. Le Dr K. _____ mentionne en plus une possible réaction fibrotique autour du nerf sciatique ainsi qu'un épaissement du périmètre du grand nerf sciatique gauche par rapport au côté droit. Le Dr K. _____ mentionne néanmoins qu'on trouve également une certaine fibrose au niveau de la fesse droite et il mentionne enfin une hypotrophie harmonieuse unilatérale gauche du muscle obturateur et du jumeau inférieur. Le Dr L. _____, du service de radiologie du Centre hospitalier Q. _____, considère quant à lui que la diminution du volume du pyramidal gauche correspond clairement à une hypogénésie congénitale et il ne mentionne pas à l'IRM pelvo-fessière les autres anomalies observées par le Dr K. _____ à l'échographie fessière.

Compte tenu des éléments susmentionnés, en ce qui concerne la symptomatologie mécanique et neurologique apparue dans les suites de l'événement du 13.12.2005, nous relèverons les éléments suivants tout d'abord, l'événement « accidentel » du 13.12.2005 est clairement de la catégorie mineure, ayant comporté un trébuchement, un mouvement de rotation du tronc et un « affalement » sur le chariot, mais pas de chute, pas de choc fessier. L'événement du 13.12.2005 a été suivi initialement de quelques douleurs lombaires et d'une impression de tension à ce niveau sans symptomatologie au niveau du membre inférieur gauche et sans troubles sensitivo-moteurs dans l'immédiat. Ce n'est que plus tardivement que la symptomatologie va évoluer vers des douleurs fessières avec irradiations dans le membre inférieur gauche et des troubles sensitivo-moteurs associés. Les différentes IRM lombaires permettent d'écarter sans doute aucun une pathologie traumatique majeure (hernie discale traumatique ou autre) ainsi qu'une pathologie dégénérative ou malformative (notamment hernie discale) à l'origine de la symptomatologie et notamment des troubles sensitivo-moteurs rapportés ultérieurement par le patient. Si l'examen actuel met en évidence quelques troubles sensitifs au niveau du membre inférieur gauche, ces derniers n'ont pas une topographie radiculaire ni une topographie tronculaire (ils dépassent le territoire du tronc du nerf sciatique) et les deux ENMG pratiqués confirment l'absence d'atteinte significative tant à caractère radiculaire que tronculaire. Actuellement, les plaintes se sont déplacées de la région lombaire à la région fessière avec comme mentionné ci-dessus des troubles sensitivo-moteurs clairement atypiques et sans traduction aux examens électrophysiologiques. Les différents bilans radiologiques ont révélé essentiellement une diminution de volume du muscle pyramidal gauche dont certains ont pensé qu'elle était de nature post-traumatique et d'autre de nature congénitale. Le premier élément est clairement qu'une telle atrophie ne peut être en relation de causalité avec l'événement « accidentel » du 13.12.2005 étant donné son mécanisme qui n'a pas comporté de choc direct sur la fesse, d'étirement fessier ou d'autre élément traumatique suffisamment important pour être à l'origine d'un déchirement de la musculature fessière cause d'une atrophie. D'autre part, on ne voit pas comment un traumatisme fessier aurait pu se traduire uniquement par une atteinte du muscle pyramidal avec une diminution importante de son volume. On peut

arguer que le bilan ultrasonographique pratiqué par le Dr K. _____ met également en évidence une perte de volume d'autres groupes musculaires. Il faut toutefois relever que les ultrasons sont moins précis que les IRM et que l'IRM du bassin et de la musculature fessière n'a pas confirmé les constatations ultrasonographiques. Je considère donc que les examens radiologiques ont démontré une diminution isolée du volume du muscle pyramidal. S'agissant de l'éventuel épaississement de l'épinièvre du nerf sciatique, ceci est un élément difficilement objectivable aux examens ultrasonographiques même si le Dr K. _____ est tenu pour être un excellent expert.

Compte tenu des éléments précités, je considère que l'origine la plus probable du manque de volume du muscle pyramidal est une hypogénésie congénitale et non une atteinte post-traumatique, qu'il s'agisse de l'événement du 13.12.2005 ou d'un autre événement accidentel. Je répète à nouveau que le mécanisme de l'événement « accidentel » du 13.12.2005 n'était pas de nature à entraîner de toute façon une atteinte de la musculature fessière et tout particulièrement une atrophie du muscle pyramidal. Il n'y a donc pas de relation probable ou certaine entre l'événement « accidentel » du 13.12.2005 et le manque de volume du muscle pyramidal gauche. S'agissant du fameux syndrome du pyramidal, il s'agit là d'un diagnostic difficile à faire. Ce dernier ne s'associe pas à un manque de volume du muscle pyramidal, mais bien plutôt à une hypertrophie du muscle pyramidal s'accompagnant d'une contracture venant irriter le tronc du nerf sciatique et occasionnant des douleurs un peu mal systématisées et très occasionnellement une atteinte structurale du tronc du nerf sciatique. Dans le cas présent, ce syndrome me paraît très peu probable et en tous les cas, pour les éléments rapportés plus haut, ne peut être mis en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.

En conclusion, en ce qui me concerne, je pense que l'événement du 13.12.2005 était un événement banal ayant entraîné une petite distorsion lombaire susceptible d'entraîner quelques plaintes au niveau lombaire qui auraient dû évoluer dans le cours ordinaire des choses tout à fait favorablement au terme d'une période de quelques semaines au plus. La persistance, l'aggravation et la modification du caractère des troubles ne connaissent pas à mon sens d'explication somatique claire hormis un très éventuel syndrome du pyramidal, lequel est en contradiction, comme mentionné plus haut, avec l'hypoplasie du muscle pyramidal, mais très certainement de toute façon sans relation avec l'événement du 13.12.2005. Pratiquement, il s'agit tout d'abord que les juristes se prononcent sur le caractère accidentel ou non selon la LAA de l'événement du 13.12.2005. Si le juriste admet qu'il s'agit d'un événement accidentel, la relation de causalité entre les plaintes et ledit événement devra être acceptée pour une période de 3 mois au maximum.

J'ajoute enfin qu'il n'y a bien évidemment aucune relation de causalité possible entre les troubles mécano-neurologiques dont M. V. _____ s'est plaint dans les suites de l'événement du 13.12.2005 et la maladie de Lyme.

S'agissant de la maladie de Lyme, il ne fait aucun doute que M. V. _____ a été en contact avec *Borrelia-Burgdorferi* ou une autre

forme de Borrelia, ceci sur la base des trois examens sérologiques. Par contre, l'étude des examens sérologiques permet de conclure aux éléments suivants : s'il y a bien eu infection par une forme de borreliose, on ne peut pas dater l'infection et il ne s'agissait pas d'une infection récente au moment où la sérologie a été pratiquée par le Dr H._____.

En effet, les taux d'anticorps n'ont pas varié avant et après traitement et si les IgG étaient fortement positives, traduisant un contact préalable avec Borrelia, les IgM sont restés toujours négatives ou très faiblement positives, ce qui exclut un contact récent.

Par ailleurs, il convient bien entendu de se pencher sur la symptomatologie développée par M. V._____. La notion de fatigue est une notion fréquemment rencontrée dans le cadre de la maladie de Lyme. Néanmoins, nul ne l'ignore, la fatigue est un symptôme aspécifique pouvant se rencontrer dans de nombreuses pathologies somatiques, en dehors de toute pathologie somatique et en relation avec des facteurs psychologiques. On doit donc considérer que la fatigue décrite par M. V._____ était compatible avec une manifestation de maladie de Lyme sans en être aucunement spécifique. Deuxièmement, M. V._____ ne rapporte pas d'érythème migrant, de manifestations systémiques autres que la fatigue et ne rapporte pas non plus de manifestations cardiologiques ou rhumatologiques. Restent les troubles sensitifs hémicorporels gauches signalés à cette époque par le patient dont la signification (relation ou non avec la maladie de Lyme) ne peut être affirmée compte tenu de l'absence de manifestations neurologiques autres évidentes de la maladie et compte tenu de l'absence de positivité des IgM.

[...]

S'agissant du traitement effectué par le Dr H._____ par Doxycycline pendant 28 jours, ce traitement est un traitement effectué lege artis, certains auteurs préférant néanmoins dans une telle situation pratiquer un traitement par Ceftriaxone pendant 2 à 3 semaines. Néanmoins, dans le cas de M. V._____, je pense que le traitement per os était suffisant. Ce traitement n'a néanmoins pas eu d'effet sur l'évolution des plaintes.

Compte tenu des éléments susmentionnés, pour ce qui est de la maladie de Lyme, je conclus que M. V._____ a très certainement eu un contact avec Borrelia-Burgdorferi lié à l'une des piqûres de tiques, que la relation de causalité entre les plaintes (fatigue et troubles sensitifs hémicorporels gauches) est possible mais pas probable ou certaine en terme de LAA et que le traitement a été adéquat.

Sur un plan asséurologique, le contact avec Borrelia-Burgdorferi étant certain, le traitement effectué par le Dr H._____ était formellement indiqué et a été effectué lege artis. Les éléments à notre disposition, s'ils permettent d'affirmer un contact, ne permettent pas d'affirmer (relation de causalité possible uniquement) une relation entre les plaintes (fatigue et troubles sensitifs) et la positivité de la sérologie. Cela implique à mon sens

que le traitement de la maladie de Lyme est à la charge de l'assureur accident, mais que l'incapacité de travail éventuelle qui a découlé des plaintes (fatigue et troubles sensitifs hémicorporels gauches), si elle a réellement existé, ne peut être considérée comme en relation de causalité probable ou certaine avec la maladie de Lyme.

En conséquence de ce qui précède, je répondrai à votre questionnaire de la façon suivante :

[...]

3. Quelles sont vos constatations objectives et quel est votre diagnostic?

[...]

Diagnostic :

- Status après distorsion lombaire simple le 13.12.2005.
- Hypoplasie du muscle pyramidal gauche.
- Douleurs fessières et troubles sensitivo-moteurs du membre inférieur gauche d'origine indéterminée sans relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.
- Sérologie pour maladie de Lyme positive en ce qui concerne les IgG mais pas les IgM (atteinte ancienne non datable).

4. S'agissant de la causalité naturelle, les troubles constatés à ce jour sont-ils la conséquence de l'accident d[e] 2005 ou de la maladie de Lyme, en ce sens que ceux-ci constituent une condition sine qua non de l'atteinte la santé actuelle ?

Pour les éléments développés plus haut, il faut séparer les conséquences « mécaniques » de l'événement du 13.12.2005 et celles potentielles de la maladie de Lyme. Tout d'abord, il n'y a pas de relation de causalité possible entre la maladie de Lyme et l'événement du 13.12.2005 dans un sens ou dans l'autre, la fatigue entraînée éventuellement par la maladie de Lyme ne pouvant expliquer l'événement « accidentel » du 13.12.2005 et les troubles apparus suites à l'événement du 13.12.2005 n'étant pas en relation de causalité même possible avec la maladie de Lyme.

En ce qui concerne les seules conséquences de l'événement du 13.12.2005, j'estime que ce dernier a comporté une distorsion lombaire banale ne pouvant expliquer la persistance et l'importance des troubles actuels. Pour ce problème, la relation de causalité naturelle probable ou certaine s'est achevée au terme d'une période de 3 mois au maximum après l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, comme mentionné plus haut, la relation de causalité entre les plaintes formulées par le patient (fatigue et troubles sensitifs préalables au niveau de l'hémicorps gauche) n'est que possible étant donné le résultat des différentes sérologies ainsi que l'absence d'autres symptômes/signes d'atteinte du système nerveux, cardio-vasculaire et locomoteur permettant de dater l'affection. Etant donné qu'un traitement léger a été effectué, les troubles constatés à ce jour

ne sont très certainement pas en relation de causalité avec la maladie de Lyme en l'absence d'autres éléments plus typiques, comme mentionné plus haut. Par ailleurs, comme cité ci-dessus, les troubles présentés (fatigue et troubles sensitifs) par M. V. _____ ne sont qu'en relation de causalité possible avec la maladie de Lyme, pouvant correspondre à bien d'autres étiologies.

5. Au cas où une réponse à la question précédente, positive ou négative, ne pourrait être précisément donnée, l'accident assuré est-il plutôt une cause : invraisemblable ou hautement vraisemblable.

Comme mentionné plus haut, l'événement « accidentel » du 13.12.2005 doit tout d'abord être apprécié par le juriste qui déterminera s'il s'agit réellement d'un accident au sens de la LAA. Si l'événement du 13.12.2005 est considéré comme de nature accidentelle, la relation de causalité entre les plaintes et l'événement du 13.12.2005 doit être considérée comme n'ayant pas dépassé 3 mois.

Ultérieurement, les plaintes et les troubles constatés ne pourront plus être considérés comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, cf. description et appréciation plus haut.

6. Dans le cas où des facteurs extérieurs joueraient un rôle, lesquels sont-ils ? Le cas échéant, sont-ils la suite d'un autre accident ou d'une affection malade?

Comme mentionné plus haut, l'anamnèse, l'étude des documents à disposition et le présent bilan n'apportent pas la preuve d'un autre événement accidentel ou d'une affection malade à l'origine des troubles faisant suite à l'événement du 13.12.2005 si ce n'est un très éventuel syndrome du pyramidal dont la relation de causalité avec l'événement du 13.12.2005 peut être considérée comme exclue étant donné que l'événement du 13.12.2005 n'était pas de nature à provoquer une pathologie au niveau fessier. La nature exacte des troubles présentés encore actuellement par M. V. _____ au niveau des fesses et des membres inférieurs reste donc indéterminée.

7. L'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau atteint et depuis (statu quo ante) ? Si tel n'est pas le cas, quand le sera-t-il ?

Comme mentionné plus haut, de facto, l'état de santé tel qu'il était avant l'événement du 13.12.2005 n'a pas été retrouvé. Néanmoins, l'événement du 13.12.2005, pour autant qu'il s'agisse effectivement d'un événement accidentel, n'était pas de nature à entraîner des troubles au-delà d'une période de quelques semaines (3 mois au maximum). L'état de santé actuel ne trouve donc pas d'explication dans les conséquences de l'événement du 13.12.2005 et, en cas de reconnaissance de la nature accidentelle de l'événement du 13.12.2005, le statu quo ante peut être admis comme retrouvé au terme d'une période de 3 mois en ce qui concerne les seules

conséquences de cet événement, les troubles actuels ne pouvant être attribués à ce dernier.

8. L'assuré a-t-il atteint le même état de santé que si l'accident ne s'était pas produit (statu quo sine) ? Le cas échéant, quand le sera-t-il ?

Cf. réponse à la question 7.

9. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ?

Etant donné l'échec de l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici, il est peu probable que la continuation du traitement médical soit de nature à entraîner une sensible amélioration de l'état de santé. Par ailleurs, au vu de la relation de causalité ni probable ni certaine des troubles actuels avec l'événement du 13.12.2005, la poursuite du traitement médical n'est en principe pas à la charge de l'assureur accident.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, comme mentionné plus haut, le traitement a été effectué et a été adéquat. Etant donné que le contact avec la maladie de Lyme est certain bien que la relation entre la symptomatologie et le contact soit douteuse, le traitement effectué par le Dr H. _____ était indiqué et a été effectué lege artis de telle sorte qu'il est à la charge de l'assureur-accident. Néanmoins, actuellement, il n'y a aucun symptôme/signe d'atteinte en relation possible avec l'infection par la maladie de Lyme de telle sorte qu'il n'y a pas d'indication actuellement à de nouvelles mesures thérapeutiques, hormis éventuellement une étude du LCR dans le cadre du conflit asséculoologique.

10. Si oui, pour quel traitement ?

Cf. réponse à la question 9.

11. Peut-on d'ores et déjà estimer que le cas est stabilisé ou à quelle date le sera-t-il ?

Pour ce qui est des conséquences de l'événement du 13.12.2005, le cas a été stabilisé 3 mois après l'événement.

Pour ce qui est de la maladie de Lyme, le cas a été stabilisé après le traitement de Doxycycline.

12. Existe-t-il une incapacité de travail dans la profession de technicien ? Si oui, quel taux d'incapacité de travail peut[...] être retenu et quelle part serait imputable à l'accident ?

Comme mentionné plus haut, la capacité de travail de M. V. _____ est actuellement complète. Pour ce qui est de la relation de causalité avec l'événement du 13.12.2005, j'estime que le retour au statu quo ante/respectivement sine a été atteint 3 mois après l'événement du 13.12.2005.

En ce qui concerne la maladie de Lyme, il n'y a pas d'incapacité de travail également.

13. Le cas échéant, pour ce qui concerne les suites de l'accident uniquement, quelle serait sa capacité de travail dans une profession adaptée ? Quels types d'activités seraient envisageables ? Avec quelles restrictions ?

Pour les éléments développés plus haut, M. V._____ travaille actuellement à 100% et son activité est tout à fait adaptée à ses problèmes de santé, raison pour laquelle il n'y a pas, sur un plan accidentel ou maladif, d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement et en conséquence dans une autre activité exigible.

14. L'assuré souffre-t-il en relation de causalité naturelle avec les accidents susmentionnés d'une atteinte importante (= altération évidente ou grave) et durable (= qui durera avec plus ou moins la même gravité pendant toute la vie) à son intégrité physique ou mentale ?

Pour les éléments développés plus haut, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale significative en tant que conséquence de l'événement du 13.12.2005 d'une part et de la maladie de Lyme d'autre part.

[...]"

Dans un complément d'expertise du 30 novembre 2009, le Dr W._____ a fourni les précisions suivantes :

"- Un neurologue est-il apte seul à poser le diagnostic de maladie de Lyme ou devrait-il s'adjoindre l'aide d'autres spécialistes ?

En ce qui concerne les manifestations neurologiques de la maladie de Lyme, le neurologue est apte à poser seul le diagnostic, bien entendu sur la base de la sérologie. Dans des situations particulièrement difficiles, il peut recourir à l'aide d'un infectiologue, mais cela n'est qu'exceptionnellement nécessaire. Bien entendu, si les manifestations de la maladie de Lyme sont autres que neurologiques, le neurologue n'est pas concerné.

- D'autres investigations auraient-elles été judicieuses pour déterminer la nature de l'affection dont souffre M. V. _____ et si la maladie de Lyme est encore active ?

Pour les éléments développés dans mon rapport d'expertise, les diverses sérologies pratiquées chez M. V._____ ont démontré qu'il avait été en contact avec l'agent infectieux mais qu'il n'y avait pas de signes d'activité de la maladie. Les plaintes formulées par M. V._____ étant particulièrement aspécifiques pour un diagnostic de maladie de Lyme, en l'absence d'autres éléments clairement évocateurs du diagnostic, j'estime que, compte tenu de l'absence de signes d'activité de l'affection dans le sang, il n'y avait pas

d'indication à effectuer une ponction lombaire dans une telle situation. Il n'y avait pas non plus d'indication à pratiquer d'autres investigations.

A ce propos, j'estime qu'étant donné le caractère invasif d'une ponction lombaire, l'idée de pratiquer cet examen pour une seule raison asséculoologique me paraît inconcevable, en l'absence d'éléments clairement indicateurs de cette maladie."

On extrait ce qui suit d'un document établi à l'en-tête de la T._____ Assurances et intitulé « *entretien avec le Dr N._____ du 22.02.2010* » :

"Les frais médicaux de 2006 à 2008 présentés actuellement sont-ils la conséquence de la maladie de Lyme?"

Non. L'expertise est claire sur ce point. En 2007, quand le patient a été traité pour la maladie de Lyme, c'était parce que la présence d'une atteinte de cette maladie avait été détectée. Il s'agissait d'un principe de précaution. Il s'est avéré ensuite que la maladie n'était pas active. Il ne s'agit ainsi que d'une possibilité qui s'est avérée ensuite inexacte. Les traitements ne peuvent être mis en rapport avec cette maladie."

L'assuré ayant demandé à ce que l'expert W._____ prenne position sur la lettre adressée le 7 octobre 2007 au Dr B._____ et sur la réponse de ce dernier du 22 octobre 2007, la T._____ Assurances a invité l'expert, par courrier du 13 avril 2010, à se prononcer sur le sujet ainsi que sur de nouvelles analyses effectuées en novembre 2009. Le 26 avril 2010, l'expert a répondu ce qui suit:

"S'agissant du résultat des sérologies pour borréliose pratiquées le 18.11.2009, ce nouvel examen n'apporte rien de plus que les précédents, à savoir que M. V._____ a été une fois ou l'autre en contact avec l'agent infectieux, ce qui n'implique pas, comme le Dr B._____ essayait de l'expliquer au patient dans sa lettre du 22.10.2007, qu'il ait développé une borréliose [...].

S'agissant toujours de la lettre du 22.10.2007 du Dr B._____ à M. V._____, le contenu de cette dernière rejoint mon appréciation du cas à savoir que M. V._____, dans une démarche presque paranoïaque, attribue faussement ses troubles aux conséquences d'une maladie de Lyme. Je rappelle que présenter un symptôme potentiel d'une affection ne signifie pas a priori que vous êtes atteint de ladite affection. Prenons l'exemple d'un patient qui souffre de maux de tête, il est clair qu'un patient atteint d'une tumeur cérébrale souffre de maux de tête mais il est aussi évident que tous les patients souffrant de maux de tête n'ont pas une tumeur cérébrale."

Par décision du 15 septembre 2010, la T. _____ Assurances a considéré que le lien de causalité entre les piqûres de tiques dont l'assuré avait été victime entre 2003 et 2005, d'une part, et le traitement et les incapacités de travail qui avaient débuté en juillet 2007, d'autre part, n'était pas établi avec un degré de vraisemblance suffisant. Partant, il n'existait pas de garantie de l'assurance LAA pour un accident dont les conséquences se seraient révélées en 2007. Pour le reste, l'assurance a indiqué que le remboursement des prestations déjà versées ne serait pas demandé.

Par acte de son conseil du 14 octobre 2010, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Principalement, il a sollicité la prise en charge des conséquences (arrêt de travail, traitement, etc.) de la maladie de Lyme diagnostiquée en 2007, s'agissant d'un accident au sens de la LAA. Subsidiairement, il a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire, cas échéant avec l'intervention d'un spécialiste de la maladie de Lyme et d'un orthopédiste.

Dans une lettre du 20 janvier 2011, l'assureur a constaté que la décision du 15 septembre 2010 ne concernait que la maladie de Lyme et qu'aucune décision n'avait été rendue au sujet des suites de l'accident du 13 décembre 2005. Une décision allait dès lors être prise à ce sujet, après quoi une seule décision sur opposition pour les deux dossiers serait rendue.

Par décision du 26 janvier 2011, la T. _____ Assurances a considéré qu'aucun des examens effectués à ce jour n'avait permis de constater de séquelles d'un éventuel traumatisme lié à la chute du 13 décembre 2005 et qu'il n'était pas possible de comprendre comment les lésions du muscle pyramidal auraient pu se produire dans ces circonstances, si bien qu'il était tout au plus possible que les troubles constatés aux membres inférieurs fussent en relation avec la chute de 2005. Dans ces conditions, la responsabilité de l'assureur-accidents après le 31 mars 2005 [recte : 2006] n'était pas engagée.

Aux termes d'un courrier du 25 février 2011, l'assuré, par son conseil, a fait opposition contre cette seconde décision, requérant la mise en œuvre d'investigations complémentaires permettant de clarifier la question du lien de causalité entre les atteintes décrites et l'accident du 13 décembre 2005.

Par décision sur opposition du 23 mars 2011, la T. _____ Assurances a rejeté les oppositions formées les 14 octobre 2010 et 25 février 2011 par l'assuré, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr W. _____ du 19 juillet 2009, complété les 30 novembre 2009 et 26 avril 2010.

C. Le 26 avril 2011, l'assuré a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, le dossier de l'assurance-invalidité a été produit, comprenant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} avril 2007 du Dr S. _____ consécutif à un ultrason lombo-sacré effectué le 30 mars 2007, mettant notamment en évidence un ligament ilio-lombaire un peu plus épais à droite, compatible avec une ancienne déchirure du ligament sacro-iliaque droit, et relevant que des clichés fonctionnels avaient montré une composante d'hypermobilité en L5-S1 ;

- un rapport du 19 avril 2007 du Dr M. _____, diagnostiquant des lombo-pygalgies chroniques non spécifiques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens avec probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse et déconditionnement physique global et focal ;

- un rapport du 11 juillet 2007 de ce même médecin, exposant qu'une IRM avait récemment été effectuée, dont les images montraient clairement qu'il n'y avait pas de lésion traumatique, pas de désinsertion ni

de surcharge de l'os sous-jacent et qu'il s'agissait en bref beaucoup plus d'une amyotrophie congénitale que d'une atteinte secondaire ;

- un rapport du 25 février 2008 du Dr J._____, médecin associé au Service de traumatologie du Centre hospitalier Q._____, diagnostiquant un syndrome post-traumatique du muscle pyramidal gauche ;

- un rapport d'IRM du bassin du 23 avril 2008, aux termes duquel le Dr L._____, médecin adjoint du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier Q._____, concluait à une hypertrophie du muscle piriforme gauche avec visualisation du tendon terminal inchangée par rapport au comparatif du 26 juin 2007 ;

- un rapport du 29 avril 2008 du Prof. G._____, responsable de l'Unité nerf-muscle du Service de neurologie du Centre hospitalier Q._____, retenant le diagnostic de lésion du muscle pyramidal gauche tout en observant l'absence de neuropathie sciatique en cette déchirure ;

- un rapport du 13 août 2008 du Dr T._____, diagnostiquant à titre d'atteinte incapacitante une déchirure avec désinsertion et atrophie du muscle pyramidal gauche (l'incapacité de travail étant estimé à 50%) et retenant en guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail une maladie de Lyme anamnestique ;

- un rapport du 28 août 2008 du Dr R._____, médecin généraliste traitant, posant le diagnostic de lésion du muscle pyramidal gauche et niant toute incapacité de travail ;

- un « résumé des conséquences d'accident du 13 décembre 2005 » produit le 28 août 2008 par l'assuré, décrivant notamment les circonstances de l'événement en question ;

- un rapport du 9 septembre 2008 du Dr H._____, posant les diagnostics incapacitants de syndrome de surcharge de la musculature

fessière, de maladie de Lyme stade II et d'état dépressif, ce médecin signalant en outre ne pas gérer lui-même d'incapacité de travail ;

- une décision rendue le 16 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, déniait le droit de l'assuré à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente.

Statuant le 22 août 2012 (CASSO AI 46/11 - 78/2012), l'instance cantonale a rejeté le recours de l'assuré et confirmé la décision sur opposition rendue le 23 mars 2011 par la T. _____ Assurances. Elle a considéré en substance qu'il y avait lieu de se rallier aux conclusions de l'expertise du Dr W. _____ excluant tout lien de causalité entre l'atteinte du muscle pyramidal et l'événement du 13 décembre 2005 (cf. ibid. consid. 5a), retenant que cet événement avait engendré une distorsion lombaire banale dont on pouvait admettre le lien de causalité sur une période de trois mois (cf. ibid. consid. 5b) et estimant que l'intéressé avait certes été en contact avec un agent infectieux mais que le diagnostic de maladie de Lyme ne pouvait pour autant être retenu en l'absence de signes d'activité de la maladie (cf. consid. 5c).

Cet arrêt n'a pas été contesté.

D. En date du 3 octobre 2013, l'assuré a adressé un courrier à la T. _____ Assurances, demandant que son cas soit admis sans réserve depuis le 20 juin 2008, que l'assurance prenne en charge divers frais médicaux et qu'elle propose [sic] une rente à dater du 13 décembre 2005. En substance, l'intéressé a reproché à la T. _____ Assurances d'avoir rectifié certains documents. A cet égard étaient produites diverses pièces, dont deux copies des certificats médicaux établis par le Dr H. _____ les 11 décembre 2007 (sous la référence « 07.11.2007 ») et 25 juin 2008 (sous la référence « 20.06.2008 ») ; plus particulièrement, si l'une des copies du certificat du 11 décembre 2007 comportait la mention manuscrite « Reçu de Dr H. _____ le 23 nov. 2008 » et évoquait un épisode de fatigue aiguë le « 5.7.05 », la seconde copie de ce certificat, tirée des pièces remise par l'assureur-accidents à l'assurance-invalidité en

août 2008, mentionnait un épisode de fatigue aiguë le « 5.7.03 ». L'assuré s'est de surcroît prévalu de l'apparition d'une atteinte à la jambe droite depuis l'automne 2011, relevant avoir fortement hésité à en informer les juges début 2012.

Par courrier du 22 octobre 2013, la T. _____ Assurances a fait savoir à l'assuré que sa correspondance précitée n'apportait pas de faits nouveaux et que l'on pouvait tout au plus admettre qu'il tentait d'avancer une approche différente de faits déjà connus, ce qui était insuffisant pour permettre une révision. Cela étant, l'assurance a invité à l'intéressé à l'informer dans les trente jours s'il souhaitait recevoir une décision formelle.

Dans une écriture du 15 novembre 2013, l'assuré a maintenu sa position et produit deux extraits tirés d'internet concernant les fasciculations, d'une part, et les borrélioses, d'autre part.

Après avoir pris l'avis de son médecin consultant le Dr N. _____, la T. _____ Assurances a exposé, dans une communication du 22 décembre 2013, que les éléments allégués ne suffisaient pas pour prendre position. Il était en effet possible que des fasciculations surviennent chez une personne en bonne santé, particulièrement après un effort. Il pouvait également s'agir de la manifestation d'une maladie neurologique, comme notamment d'une maladie de Lyme. Il n'était dès lors pas possible de se prononcer sans renseignements médicaux plus précis.

Par courrier du 14 janvier 2014, l'assuré a rappelé ses revendications à l'égard de la T. _____ Assurances. Il a relevé avoir parlé de ses fasciculations au Dr W. _____ en 2009, cette problématique ayant été évoquée en tant que « *"spasmes" fessiers bilatéraux à prédominance gauche mais concernant également d'autres groupes musculaires* » en page 12 du rapport d'expertise. Sur ce point, l'intéressé a souligné toutefois que l'expert n'avait effectué aucun travail d'investigation ; or, les fasciculations étaient très souvent citées pour être des conséquences de

la borrélioze. Pour le reste, l'assuré s'est référé aux examens échographiques effectués en 2008 et 2009 ainsi qu'à un rapport du Dr K. _____ du 2 septembre 2011 consécutif à une échographie des deux fesses, des loges musculaires postérieures des deux cuisses et des deux jambes. De ce rapport il résultait notamment que, compte tenu des observations d'infiltrations fibro-lipomateuses réparties d'une façon un peu irrégulière mais peut-être un peu plus marquée au niveau de quelques chefs musculaires de la jambe droite, et au vu de la description des symptômes de l'anamnèse, une myopathie neuromusculaire pouvait être évoquée, telle une amyotrophie spinale de type Kugelberg-Welander ; il était par ailleurs rappelé que le patient avait souffert d'une maladie de Lyme et que le diagnostic différentiel pouvait même se poser avec une atteinte centrale avec répercussion neuromusculaire telle une sclérose en plaque. Cela étant, l'assuré a fait valoir que les divers médecins rencontrés après ce bilan radiologique avaient été catégoriques pour dire qu'il n'y avait ni Kugelberg-Welander, ni sclérose en plaque ; restait la borrélioze.

Par décision du 6 février 2014, la T. _____ Assurances a refusé de réviser sa position faute de faits nouveaux. Elle a relevé que l'existence des spasmes en question était connue au moment où la procédure avait été ouverte, si bien qu'il n'était pas possible d'y voir un fait nouveau permettant une révision. Si l'intéressé prétendait en outre que des documents avaient été falsifiés, on ne comprenait toutefois pas à quoi il faisait allusion. Du reste, quels que fussent les documents concernés, l'instance judiciaire avait eu accès à toutes les pièces en mains de l'assurance ; ainsi, si une erreur de transcription s'était produite une ou plusieurs fois, elle n'avait pu avoir aucun effet sur la décision de la Cour qui s'était fondée sur les documents médicaux et non sur l'avis de l'assureur. Quant à la date du 5 juillet 2007 retenue pour la maladie de Lyme, celle-ci n'avait aucune importance. Elle n'existait qu'en raison d'exigences informatiques qui empêchaient que la date de l'accident soit une période, comme ici entre 2003 et 2005 ; on avait donc choisi arbitrairement la date d'ouverture du dossier. A cela s'ajoutait que le Tribunal avait eu connaissance de ce problème puisque le Dr W. _____

avait expliqué très précisément dans son expertise comment et quand la maladie aurait pu survenir.

L'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 23 février 2014, réitérant pour l'essentiel ses précédents griefs.

Par décision sur opposition du 31 mars 2014, la T._____ Assurances a transmis l'opposition de l'assuré au Tribunal cantonal vaudois en tant qu'elle concernait une demande de révision, et l'a pour le surplus déclarée irrecevable. L'assureur a en particulier observé que la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'état de santé de l'intéressé et l'événement accidentel du 13 décembre 2007 [recte : 2005] ou une piqûre de tique avait fait l'objet d'un jugement cantonal rendu le 22 août 2012, entré en force faute de recours. Dans la mesure où l'assuré invoquait dans son opposition une soi-disant falsification de documents (pièces médicales) et la non prise en compte de fasciculations, remettant ainsi en cause le jugement vaudois, sa requête devait par conséquent être traitée sous l'angle d'une demande de révision, relevant de la compétence de l'instance cantonale.

Toujours le 31 mars 2014, la T._____ Assurances a transmis la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

E. Par avis du 2 avril 2014, le Président de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a signifié à l'assuré qu'aucune suite ne serait donnée à la correspondance susdite de la T._____ Assurances et que, dans l'hypothèse où il souhaiterait recourir contre la décision sur opposition du 31 mars 2014 ou déposer une demande de révision de l'arrêt rendu le 22 août 2012, il lui appartenait d'en faire la demande expresse.

Donnant suite à cet avis, V._____ a déclaré le 24 avril 2014 demander la révision de l'arrêt cantonal du 22 août 2012, précisant que sa demande motivée serait déposée ultérieurement.

Par acte du 23 mai 2014 intitulé « *demande de révision de l'arrêt du 22 août 2012 de la Cour des assurances sociales* », V. _____ a indiqué faire opposition partielle à la décision sur opposition de la T. _____ Assurances et a conclu à l'annulation du jugement cantonal du 22 août 2012. En substance, le requérant maintient ses allégations portant sur la falsification de documents. S'agissant de ses fasciculations, il relève qu'elles ont été « *notées par l'expert, mais non "traitées" comme conséquences admises de la maladie* » de Lyme. Il soutient à ce propos qu'une série télévisée américaine évoquait en 2013 des fasciculations dues à la maladie de Lyme. Pour lui, il est donc de notoriété publique que fasciculations et borréliose sont liées. Il se prévaut par ailleurs de ses atteintes musculaires survenues en 2011. Au cas où les arguments précités ne seraient pas recevables, le requérant soulève en outre différents griefs à l'encontre de l'expertise du Dr W. _____. Notamment, il reproche à l'expert de ne pas avoir noté, à l'analyse de la documentation radiologique, les atrophies musculaires sur lesquelles il devait pourtant se prononcer. Il fait également grief à l'expert W. _____ d'avoir comparer les techniques d'ultrasons et celles d'IRM pour affirmer la meilleure qualité de l'IRM alors même que justement, concernant l'examen IRM, « *il n'y vo[ya]it rien* ». Le requérant fait de surcroît valoir que le Dr W. _____ a fait un constat de bonne santé musculo-squelettique faute de pouvoir mesurer quoi que ce soit avec son appareillage ; or, il estime que son corps n'a dans l'ensemble pas les possibilités physiques normales d'une personne de son âge, un constat de vieillesse ayant d'ailleurs été fait en 2008 par le Dr T. _____. Le Dr W. _____ lui ayant par ailleurs dit en consultation que la prise de neuroleptique à vie ne posait aucun problème, l'assuré en déduit la reconnaissance implicite d'une affection de longue durée et incurable. Finalement, il renouvelle les conclusions précédemment formulées devant la T. _____ Assurances, à savoir que son cas soit admis sans réserve depuis le 20 juin 2008, que l'assurance prenne en charge divers frais médicaux s'élevant en tout à 2'362 fr. et qu'elle propose [sic] une rente à dater du 13 décembre 2005. A l'appui de ses dires, il joint un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux phases antérieures de la procédure.

Par écriture du 12 juillet 2014, l'assuré se réfère à un courrier du 24 juin 2014 de la Dresse E._____, du Service [...] de transfusion sanguine, lui signifiant qu'il ne recevrait plus d'invitations aux collectes en raison d'un problème médical en aggravation contre-indiquant les dons de sang. Il soutient que les troubles en question ont trait à la persistance de ses fasciculations.

Par réponse du 23 juillet 2014, la T._____ Assurances a principalement conclu à l'irrecevabilité de la demande de révision, subsidiairement à son rejet. Elle considère en particulier que le requérant n'apporte aucun fait ou moyen de preuve qu'il ne pouvait pas connaître lors du jugement ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque, mais qu'il fait uniquement valoir une nouvelle appréciation de faits déjà connus, remettant en cause les conclusions de l'expert W._____. Concernant les fasciculations auxquelles l'expert n'aurait pas apporté l'attention voulue, l'intimée observe que ces fasciculations étaient déjà présentes - de l'aveu même du requérant - et ont été prises en compte au moment de l'appréciation par l'expert médical, même si le terme « *spasmes* » a été employé. Quant aux échographies de 2008 et 2009, elles étaient également à disposition de l'expert et ne constituent pas des pièces nouvelles qui auraient été ignorées à l'époque. Selon l'intimée, n'est pas non plus motif de révision le fait que le requérant ait pris conscience des troubles liés à la maladie de Lyme en 2013 dans le cadre d'une série télévisée. S'agissant des atteintes musculaires survenues en 2011, la T._____ Assurances retient qu'elles sont postérieures au jugement contesté et que, s'il devait s'agir de nouvelles atteintes, elles devraient être traitées sous l'angle de séquelles tardives ne pouvant conduire à une révision du jugement, puisque postérieures à celui-ci. Sur le plan de la falsification alléguée de pièces médicales, l'intimée se réfère aux explications fournies dans sa décision du 6 février 2014. Finalement, la T._____ Assurances estime que la demande de révision est de toute façon tardive dans la mesure où le requérant a eu connaissance des faits invoqués plus de trois mois avant le dépôt de la demande, ayant expliqué dans son écrit du 3 octobre 2013

avoir hésité début 2012 à informer l'instance cantonale de l'évolution de la borréliose.

Aux termes de sa réplique du 25 août 2014, le requérant conteste l'irrecevabilité de sa demande de révision telle qu'évoquée par l'intimée et sollicite l'audition du Dr Z._____. Il rappelle en outre requérir l'annulation de l'arrêt du 22 août 2012 suite à la « *faute de l'assureur qui conduit à son erreur essentiel, à savoir qu'en trichant de deux ans sur la présence de la borréliose, il réduit une atteinte persistante avec des séquelles en un fait bagatelle* », aux atteintes musculaires de 2011, aux troubles de la langue qualifiés fin 2008 de « *queue de comète* » de la borréliose, aux atteintes musculaires devenues séquelles de 2005 et aux fasciculations apparues vers 2007-2008. Il souligne de surcroît que, pour le cas où seraient niés « *l'erreur essentielle et le fait que fasciculations et atteintes musculaires de 2011 so[n]t en lien de causalité naturel[le] avec la borréliose* », les différents manquements émaillant l'expertise du Dr W._____ devraient être pris en considération pour l'annulation du jugement cantonal du 22 août 2012 ; à cet égard il fait en substance valoir que l'expert a mal évalué les documents radiologiques à disposition et s'est prononcé de manière incomplète, sans disposer des compétences nécessaires sous l'angle de la borréliose. Il demande par ailleurs à ce qu'il soit statué sur le *pretium doloris*. Enfin, il produit un nouvel onglet de pièces comportant notamment un extrait du site internet [...] dédié au « *benign fasciculation syndrome* ».

Dupliquant le 8 septembre 2014, la T._____ Assurances souligne que le requérant s'en prend avant tout à l'expertise du Dr W._____ et souhaite dès lors une annulation du jugement cantonal en raison d'une nouvelle appréciation des faits. Or, pour satisfaire aux conditions d'admission d'une demande de révision, l'assuré aurait dû invoquer un fait dont il ne pouvait pas se prévaloir avant le premier jugement, élément qui n'est pas donné en l'occurrence.

E n d r o i t :

1. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 22 août 2012 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Cela dit, V._____ ayant déclaré dans son écriture du 23 mai 2014 (p. 2) faire opposition partielle à la décision sur opposition rendue le 31 mars 2014 par la T._____ Assurances, on relèvera que, dans l'hypothèse où l'intéressé aurait entendu par là recourir contre cette décision, son recours serait tardif – et par conséquent irrecevable – puisqu'interjeté après l'échéance du délai de 30 jours prévu par la loi (cf. art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

2. a) Un jugement entré en force peut être annulé ou modifié, sur requête notamment, si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à cette époque (cf. art. 100 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). La demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision, le droit de demander la révision se périmant en outre par dix ans dès la notification du jugement visé (cf. art. 101 LPA-VD). L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision (cf. art. 102 LPA-VD).

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (cf. art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (cf. art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110) (cf. TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 55 p. 169).

Sont "nouveaux", au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des

allégations de faits étaient encore recevables mais n'étaient pas connues du requérant malgré toute sa diligence. Il s'agit donc de faits antérieurs à la décision sur lesquels celle-ci se fonde, découverts après coup. La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, les faits postérieurs, soit les véritables nova, étant exclus (cf. Pierre Ferrari, in : Bernard Corboz/Alain Wurzbürger/Pierre Ferrari/Jean-Maurice Frésard/Florence Aubry Girardin, Commentaire de la LTF, 2^e éd., Berne 2014, n° 16 ad art. 123 LTF p. 1421 ; cf. Benoît Bovay, Procédure administrative, Berne 2000, p. 438).

En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt attaqué et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (cf. ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; cf. TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014 consid. 2).

c) La révision ne permet pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou

d'obtenir une nouvelle appréciation de faits connus lors de la décision dont la révision est demandée. Elle ne permet pas non plus de rediscuter l'argumentation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée. Une appréciation juridique erronée de l'autorité qui a pris la décision n'ouvre donc pas la voie de la révision (cf. CDAP RE.2011.0007 du 29 juillet 2011 consid. 2 ; cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, conclusions et à la motivation de la demande ne sont pas respectées. Si les motifs de révision ne sont pas réalisés, elle rejette la demande. Lorsque l'autorité constate que le moyen allégué à l'appui de la demande de révision aurait pu être invoqué à un stade antérieur de la procédure, on peut hésiter sur la question de savoir si elle doit refuser d'entrer en matière ou rejeter la demande (cf. TF 1P.320/1996 du 24 janvier 1997 consid. 1c ; cf. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, op. cit., n°2 ad art. 105 LPA-VD p. 460).

3. Préalablement, en tant que l'intimée conclut à l'irrecevabilité de la demande de révision du requérant, on relèvera ici que ce point peut souffrir de demeurer indécis dans la mesure où il appert qu'aucun motif de révision n'est de toute manière réalisé en l'occurrence, ainsi qu'il sera exposé ci-après (cf. consid. 4 infra).

4. A l'appui de sa demande de révision de l'arrêt cantonal du 22 août 2012, le requérant soutient principalement que l'intimée aurait falsifié des documents, que ses problèmes de fasciulations n'auraient pas été appréciés à leur juste mesure et qu'une atteinte à la jambe droite survenue en 2011 n'aurait pas été prise en considération. Subsidiairement, il invoque différents griefs à l'encontre de l'expertise réalisée par le Dr W._____.

a) Le requérant allègue tout d'abord que l'arrêt en cause a été rendu sur la base de documents falsifiés, s'agissant de la borréliose. A cet égard, il expose en substance que le certificat médical du 11 décembre 2007 remis en novembre 2008 par le Dr H. _____ se réfère à un épisode de fatigue aiguë le 5 juillet 2005. Or, sur la copie de ce même document transmise en août 2008 par l'intimée à l'assurance-invalidité, une correction a été apportée afin de faire ressortir la date du 5 juillet 2007, laquelle a en définitive été retenue par la T. _____ Assurances comme moment de la survenance de la borréliose. L'intéressé en conclut à une falsification du document en question par l'intimée.

Outre que l'on peine à comprendre ce qui aurait pu empêcher l'assuré de soulever de tels griefs dans le cadre de la procédure ordinaire de recours, il demeure que pareille argumentation ne lui est quoi qu'il en soit d'aucun secours.

D'une part, la T. _____ Assurances s'est expliquée quant à cette problématique dans sa décision du 6 février 2014 (p. 2). Elle a ainsi relevé que la date du 5 juillet 2007 n'avait été retenue qu'en raison d'exigences informatiques qui faisaient obstacle à ce qu'une période - ici, entre 2003 et 2005 - soit enregistrée comme date d'accident, raison pour laquelle l'assurance avait opté pour la date d'ouverture du dossier.

D'autre part, dans le cadre de son expertise, le Dr W. _____ a clairement indiqué que l'assuré disait avoir été victime de plusieurs piqûres de tiques entre 2003 et 2005 notamment, que, suite à l'apparition d'une fatigue persistante dès l'été 2005, une sérologie pour maladie de Lyme avait été effectuée en juillet 2007 révélant un contact avec *Borrelia-Burgdorferi* sans pouvoir préciser la date de comptage, qu'une sérologie de contrôle avait été pratiquée en décembre 2007 sans montrer d'évolution significative et qu'un troisième examen de contrôle effectué en décembre 2008 avait confirmé la réponse spécifique contre les borrélioses de Lyme, le suivi du VLSE (« *Variable Like protein Sequence Expressed* ») nécessitant néanmoins un sérum antécédent à l'apparition des symptômes pour commenter l'évolution des titres (cf. rapport

d'expertise du 19 juin 2009 pp. 10 s.). Sur la base de ces éléments, le Dr W._____ a conclu que s'il y avait bien eu infection par une forme de borréliose, on ne pouvait toutefois pas dater l'infection, étant précisé qu'il ne s'agissait pas d'une infection récente au moment où la première sérologie avait été effectuée (cf. *ibid.* p. 19). Comme l'a relevé l'intimée (cf. décision du 6 février 2014 p. 2), c'est à la lumière des conclusions de l'expertise telles qu'évoquées ci-dessus qu'il a été statué sur les prétentions de l'assuré aux termes de l'arrêt cantonal du 22 août 2012. Or, on ne voit pas en quoi les arguments invoqués par le requérant en lien avec le certificat médical du 11 décembre 2007 seraient de nature à remettre en cause les constatations de l'expert W._____, singulièrement l'état de fait déterminant à la base de l'arrêt du 22 août 2012.

Sous cet angle, la Cour ne distingue par conséquent aucun motif de révision.

b) Le requérant soutient par ailleurs que ses fasciculations auraient été insuffisamment investiguées lors de l'expertise de 2009, alors même qu'il est d'après lui notoire que fasciculations et borréliose sont liées - ce qu'il a de son côté réalisé après que cette problématique ait été évoquée dans le cadre d'une série télévisée courant 2013 (cf. demande de révision du 23 mai 2014 p. 2), respectivement en consultant internet (cf. réplique du 25 août 2013 p. 4).

D'emblée, il faut relever que la problématique liée aux fasciculations de l'assuré n'a rien de nouveau. En effet, dans le cadre de son examen, l'expert W._____ a observé que l'assuré signalait des « *spasmes* » fessiers bilatéraux à prédominance gauche mais concernant également d'autres groupes musculaires (cf. rapport d'expertise du 19 juin 2009 pp. 12 et 16). A la lecture du rapport d'expertise, on constate que ces troubles n'ont pas été imputés à la maladie de Lyme. Et pour cause, puisque le Dr W._____ a expliqué que les diverses sérologies pratiquées avaient certes démontré que l'assuré avait été en contact avec un agent infectieux mais qu'il n'y avait toutefois pas de signes d'activité de la maladie, les plaintes formulées étant particulièrement aspécifiques pour

un diagnostic de maladie de Lyme ; pour cette raison, l'expert a retenu qu'il n'y avait pas d'indication à pratiquer d'autres investigations (cf. complément d'expertise du 30 novembre 2009). En d'autres termes, les fasciculations de l'assuré n'ont pas échappé au Dr W. _____ - qui les a qualifiées de « *spasmes* » - mais, n'ayant constaté aucun indice d'activité de la maladie de Lyme et ayant uniquement noté des plaintes génériques, celui-ci a décidé de ne pas pousser plus avant les analyses, ce que l'on ne saurait guère lui reprocher au regard des circonstances. En effet, à l'instar de l'expert (cf. complément d'expertise du 26 avril 2010), il convient de souligner que le fait de présenter un symptôme potentiel d'une affection ne signifie pas automatiquement que la personne visée est atteinte de ladite affection, cela d'autant moins lorsque, comme en l'espèce, il n'y a aucun signe d'activité de l'affection en question et que le symptôme concerné n'est pas propre à cette seule pathologie. En ce sens, on rappellera ici que, de l'avis du médecin consultant de la T. _____ Assurances, des phénomènes de fasciculations peuvent être observés non seulement en cas de maladies neurologiques (la maladie de Lyme n'étant qu'une possibilité parmi d'autres), mais également chez des personnes en bonne santé, particulièrement après un effort (cf. communication du 22 décembre 2013).

Peu importe dès lors que le requérant ait ultérieurement été amené à réaliser qu'une borreliose pouvait causer des fasciculations : le fait qu'il ait ainsi pris conscience d'une telle éventualité, strictement hypothétique en l'état, ne peut en aucun cas être assimilé à un nouvel élément objectif et concret susceptible de discréditer les conclusions de l'expert W. _____.

En conséquence, on ne peut que constater là encore l'absence de motif de révision, étant rappelé qu'il s'agit là d'une voie de droit extraordinaire qui ne saurait tendre à obtenir une nouvelle appréciation de faits déjà connus (cf. consid. 2c supra).

c) Le requérant se prévaut en outre d'une atteinte à la jambe droite apparue en 2011.

Contrairement à ce que soutient l'intimée, cette atteinte n'est certes pas postérieure à l'arrêt cantonal du 22 août 2012 (cf. réponse du 23 juillet 2014 p. 3 ch. 4). Pour autant, on ne saurait voir là un élément susceptible de justifier la révision de l'arrêt en question. En effet, l'assuré admet avoir fortement hésité début 2012 à informer la Cour de céans de sa nouvelle affection, ce dont son avocat de l'époque l'aurait dissuadé (cf. écritures du 3 octobre 2013 p. 5 et du 15 novembre 2013 p. 2). Il suit de là que cette atteinte était connue de l'assuré lors de la procédure ordinaire de recours et qu'il ne saurait dès lors s'en prévaloir dans le cadre de la présente procédure extraordinaire pour obtenir la révision de l'arrêt du 22 août 2012 (cf. consid. 2b supra). Pour ces mêmes motifs, le rapport d'IRM du 2 septembre 2011 dont le requérant s'est prévalu pour étayer ses dires (cf. écriture du 14 janvier 2014 p. 2. s.) ne peut pas davantage être pris en considération. Quant aux raisons pour lesquelles l'intéressé n'a pas fait valoir cette pathologie de la jambe droite en temps utile, elles ne sont plus pertinentes à ce stade.

Sur ce plan également, la Cour de céans ne voit donc aucun motif pertinent justifiant de revenir sur son précédent arrêt.

Au demeurant, en ce qui concerne les autres atteintes évoquées par l'assuré à l'appui de sa demande de révision (soit essentiellement des problèmes au niveau de la langue et des muscles [cf. écriture du 25 août 2014 p. 2]), force est de constater qu'elles n'ont rien de nouveau puisque le Dr W. _____ en faisait déjà état dans son rapport d'expertise du 19 juin 2009 (cf. en particulier pp. 12 et 16). C'est dès lors en vain que le requérant en fait mention dans le cadre de la présente procédure de révision, dont il a lieu de rappeler qu'elle ne saurait permettre d'obtenir une nouvelle appréciation de faits déjà connus, comme exposé plus haut (cf. consid. 2c supra).

d) Subsidiairement, le requérant invoque différents griefs à l'encontre de l'expertise du Dr W. _____, lui reprochant en particulier d'avoir mal évalué les documents radiologiques à disposition et de s'être

prononcé de manière incomplète, sans disposer des compétences nécessaires sous l'angle de la borréliose (cf. écritures des 23 mai 2014 [p. 3 ss] et 25 août 2014 [p. 3 ss]).

Force est toutefois de constater que ces griefs ne renferment aucun élément nouveau mais auraient, au contraire, tous pu être invoqués en procédure ordinaire. Partant, si l'assuré entendait émettre de telles critiques à l'encontre des conclusions de l'expert, il lui incombait de le faire lors de la procédure idoine, dans le cadre du recours interjeté à l'encontre de la décision sur opposition du 23 mars 2011 de la T. _____ Assurances. C'est en revanche à tort que, sous le couvert d'une demande de révision, le requérant tente de remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr W. _____ telle qu'admise par la Cour de céans dans son arrêt du 22 août 2012 (cf. AA 46/11 - 78/2012 précité consid. 5e) et d'obtenir, par la voie de la présente procédure extraordinaire, une nouvelle appréciations de faits déjà connus.

Là encore, les griefs invoqués par l'assuré ne permettent donc pas de revenir sur l'arrêt de la Cour de céans du 22 août 2012.

e) En l'absence de faits ou de moyens de preuve nouveaux, les conditions d'une révision ne sont donc pas réunies.

Par voie de conséquence, les différentes revendications exprimées par le requérant à l'encontre de l'intimée - que ce soit sous l'angle du droit aux prestations d'assurance ou du *pretium doloris* - ne peuvent qu'être écartées.

Tout au plus ajoutera-t-on ici que l'on ne voit pas en quoi l'audition du Dr Z. _____, telle que sollicitée par le requérant (cf. réplique du 25 août 2014 p. 1), serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

5. a) En définitive, la demande de révision doit être rejetée dans la mesure où elle est recevable.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, le requérant n'obtenant pas gain de cause.

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

I. La demande est rejetée dans la mesure où elle est recevable.

II. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- V. _____,
- T. _____ Assurances,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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 :