

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 octobre 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Gabellon et Pelletier, assesseures
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], requérant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 101 et 102 LPA-VD.

E n f a i t :

A. Le jeudi 4 août 2016, Q. _____ (ci-après : l'assuré ou le requérant), né en [...], employé en qualité de monteur en ascenseur auprès de [...] AG, s'est tordu la cheville droite sur son lieu de travail, en marchant dans la fosse d'un ascenseur. Il n'a pas chuté et a continué à travailler.

Le 7 août 2016, il a consulté le Service des Urgences du Centre hospitalier R. _____ (ci-après : R. _____). Dans le rapport de sortie du 8 août 2016, le Dr S. _____, médecin assistant du service susmentionné, constatait au status que la cheville droite ne présentait ni tuméfaction ni hématome, que la palpation du ligament latéral externe était sensible de même que sa mise sous tension, que, pour le surplus, le reste de la cheville, du péroné et de l'avant-pied était indolore et qu'aucun trouble neurovasculaire n'était présent. Les diagnostics d'entorse bénigne du genou droit et d'entorse de stade 1 du ligament latéral de la cheville droite ont été posés.

L'accident a été déclaré à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) le 12 août 2016.

En date du 6 janvier 2017, l'assuré a consulté le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Du rapport adressé le même jour par ce praticien au médecin-conseil de la CNA, il ressort qu'à l'examen, la marche était sans boiterie, le mouvement pointe talon sans particularité, l'arrière pied en valgus physiologique, se réduisant sur la pointe des pieds, et la flexion ainsi que l'extension de la cheville étaient complètes et symétriques. Il n'existait pas de trouble neurovasculaire du membre inférieur et l'état cutané était en ordre. Après une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 3 octobre 2016, le Dr K. _____ retenait un oedème sous-talien et une suspicion de fracture-chondrale de la tête du talus.

L'assuré a séjourné du 22 février au 22 mars 2017 à la Clinique L._____ (ci-après : L._____). Dans leur rapport du 10 avril 2017, les Drs M._____ et Z._____, spécialiste en rhumatologie, respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la L._____, ont retenu le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleur persistante de la face interne de la cheville droite, les diagnostics supplémentaires d'inversion forcée de la cheville droite au travail en date du 4 août 2016 et de fracture sous-chondrale de la tête du talus droite ainsi que d'œdème sous-talien révélés par l'IRM du 3 octobre 2016. De l'examen des chevilles et des pieds, il ressortait ce qui suit :

« **Chevilles et pieds :**

Inspection : pied droit légèrement rougeâtre.

Légère différence de **température**. A droite température dorsale du pied 33.4°C ; à gauche 34.6°C. Plante du pied à droite 31.3°C ; à gauche 33.5°C.

Périmètres : péri-malléolaire 25 cm ddc (des deux côtés), et médio-pied 26 cm ddc.

Pieds normo-axés. Arrière-pied en valgus physiologique ddc.

Palpation : douleurs à la palpation des malléoles et du sinus tarsien. Palpation des pouls pédieux et en rétro-malléolaire présents et symétriques.

Mobilité et amplitudes : extension-flexion 20°-0-50° ddc. Inversion-éversion 100 % ddc. Pas de limitation articulaire.

Stabilité : stabilité latérale normale. Pas de tiroir antérieur. Syndesmose non douloureuse ddc. »

Un rapport du 19 avril 2017 du Dr K._____ à la CNA, consécutif à un examen clinique du même jour, indique que le status du pied droit était identique au précédent examen.

D'un rapport du 2 mai 2017 du Prof. N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de service à l'Hôpital orthopédique, adressé au Dr K._____, il ressort que l'examen clinique révélait une diminution de la mobilité du rachis, surtout en inclinaison droite, en flexion et en extension par la douleur et une cheville droite en ordre.

En date du 7 juin 2017, l'intéressé a été reçu à la consultation du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du R._____. Dans son rapport, non daté, ce praticien a conclu à l'existence de lombalgies avec des sciatalgies bilatérales probablement avec un déconditionnement musculaire important, assorti d'un raccourcissement des chaînes postérieures non négligeable provoquant des douleurs aux membres inférieurs.

Selon un second rapport du Prof. N._____ du 30 juin 2017, consécutif à une nouvelle consultation le 27 juin 2017, l'assuré a évoqué des douleurs devenues plus intenses, au niveau lombaire avec irradiations à la face antérieure de la cuisse et à la face externe des deux jambes, surtout à gauche, avec une gêne à la marche majeure, les douleurs et un tremblement des membres inférieurs imposant un arrêt après 100 mètres. A l'examen clinique, le Prof. N._____ a retenu une aggravation de la symptomatologie.

Par communication du 22 août 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles présentés par l'intéressé à la colonne vertébrale lombaire, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, avec l'événement du 4 août 2016. L'assuré n'a pas requis le prononcé d'une décision formelle.

D'un rapport établi le 21 septembre 2017 par les Drs V._____ et X._____, spécialiste en neurologie et médecin associé, respectivement médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du R._____, où l'assuré a été examiné le 21 août 2017, il ressort ce qui suit :

« Conclusions, traitement et évolution

Le patient présente des troubles de la marche avec une limitation fonctionnelle, suite à une entorse bénigne de la cheville droite il y a une année, avec des signes suggestifs d'une dysautonomie rapportée (œdème de la cheville, changement de la couleur) par à-coups. Néanmoins, ces symptômes, et notamment les troubles de la marche, sont inconstants avec plusieurs inconsistances cliniques. En effet, le patient présente des mouvements non rythmiques,

irréguliers, scandés, d'amplitude et de fréquence différentes lors de la marche ou de la station debout, présentant un fort élément de suggestion, ainsi qu'une modification de la symptomatologie sous distraction. Le caractère de ce mouvement, ainsi que l'examen neurologique normal, hormis des signes de surcharge fonctionnelle, sont rassurants quant à une origine organique. Nous n'avons notamment pas d'arguments en faveur d'un tremblement orthostatique, d'un syndrome extra-pyramidal, d'une myélopathie, d'un syndrome radiculaire, d'une myopathie ou d'une lésion centrale.

En ce qui concerne les épisodes paroxystiques d'érythème du pied pouvant évoquer un syndrome régional douloureux, M. Q. _____ nous montre ce jour plusieurs photos qu'il a lui-même prises lors de ces épisodes. Notons une discrète différence de la coloration de la peau, sans œdème associé, pour ce qui est visible sur les photos. Monsieur décrit son pied parfois rouge, parfois violacé et même parfois noir, très algique sans notion d'hyper/hyposudation. L'étude de la conductance du chlore revient dans la norme, rendant l'hypothèse d'une dysautonomie peu probable. La durée prolongée de ces épisodes (2-3 jours à la fois) est également inhabituelle pour un syndrome régional douloureux.

L'origine reste donc indéterminée, une composante fonctionnelle est probable. Nous restons à disposition de compléter le bilan par un enregistrement électrophysiologique. Nous incitons le patient à reprendre une activité sportive régulière, à poursuivre la physiothérapie. »

Dans son rapport d'examen clinique du 13 novembre 2017, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a relevé que l'assuré était inexaminable en station debout, notamment en raison de de tremblements d'amplitudes et de fréquence variables, strictement limités aux membres inférieurs et cessant en position couchée. L'aspect de la cheville droite était parfaitement normal.

Par décision du 20 novembre 2017, la CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 26 novembre 2017, au motif que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident.

En date du 14 décembre 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, se fondant en particulier sur les avis du Prof. N. _____ et du Dr F. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin adjoint au Centre d'antalgie du R. _____. Il a produit, outre des

photographies de son pied droit prises entre le 1^{er} et le 11 décembre 2017, divers rapports médicaux, dont :

- un rapport du 24 novembre 2017 du Dr K._____, lequel, observant des tremblements de tout le corps en position debout, s'est référé à la description de ce phénomène par le Dr V._____ en date du 21 septembre 2017, pour ensuite retenir, à l'examen des membres inférieurs, l'absence de trouble trophique, un état cutané en ordre, une cheville en flexion et extension complète et symétrique, stable dans les deux plans, la marche talon pointe étant impossible, des douleurs électives à la palpation et à la mise sous tension du tibial postérieur, qui restait compétent, et enfin une allodynie aux deux membres inférieurs.

- un rapport du 11 décembre 2017 du Dr F._____, lequel, ensuite d'une consultation du 29 août 2017, posait le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après également : CRPS/SDRC, maladie de Südeck ou algoneurodystrophie) après possible fracture du calcanéum droit et d'état dépressif. S'agissant de l'évolution du traitement, le Dr F._____ mentionnait les douleurs et phénomènes de sensation de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit, apparemment rapportés par son patient. Ce médecin concluait à l'existence d'une symptomatologie de syndrome douloureux complexe régional au membre inférieur droit dont « l'origine pourrait être en traumatisme direct au mois d'août 2016 » (sic).

- un rapport du 12 décembre 2017 du Prof. N._____, consécutif à une consultation de la veille, au cours de laquelle ce médecin a constaté cliniquement une légère sudation du pied droit et, sur la base des photographies présentées par l'assuré, un œdème et une modification de la coloration du pied. A l'examen, la zone la plus douloureuse était la palpation

rétro-malléolaire interne. Aucune modification de la sensibilité du pied n'était observée. Il observait encore que la station debout et la marche étaient, selon les douleurs, parasitées par des mouvements incontrôlés de l'ensemble du membre inférieur droit, mouvements qui avaient déjà été explorés en neurologie et sans explication autre que fonctionnelle. Ses constatations étaient compatibles avec un CRPS.

Au terme d'une seconde appréciation du 29 décembre 2017, le Dr B. _____ a conclu qu'en l'absence de signes cliniques objectivables caractéristiques de la maladie de Südeck, ce diagnostic ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, l'impression qui prévalait étant clairement celle d'un trouble fonctionnel.

L'opposition de l'assuré a été rejetée par décision sur opposition du 5 janvier 2018, la CNA excluant l'existence de séquelles de l'accident du 4 août 2016 de même que le diagnostic de CRPS et concluant à l'absence de substrat organique aux mouvements anormaux, lesquels semblaient d'origine psychogène, avec pour corollaire que le lien de causalité adéquate avec l'accident devait être nié, celui-ci étant de peu de gravité.

D. Par acte du 2 février 2018, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Arguant qu'il était établi de manière convaincante qu'il était atteint d'un Südeck, il a conclu principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 5 janvier 2018 et au droit à de plus amples prestations d'assurance-accident, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction.

Le 3 septembre 2018, l'assuré a produit spontanément un nouveau rapport médical, daté du 15 août 2018, établi par le Dr T. _____. Selon lui, du point de vue uniquement orthopédique, son patient présentait une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un syndrome douloureux régional complexe.

En annexe à sa réplique du 4 mai 2018, l'assuré a produit un rapport médical complémentaire du Dr F._____ du 9 février 2018 duquel il ressort notamment que ce dernier avait observé les tremblements du membre inférieur droit.

La Cour de céans a rendu son arrêt, portant n° de cause AA 26/18 - 132/2018, en date du 5 novembre 2018 ensuite d'une audience de jugement du même jour, rejetant le recours aux motifs, sur le plan somatique, que le diagnostic de CRPS ne paraissait pas pouvoir être retenu sur la base des examens cliniques des Drs F._____, V._____ et X._____, N._____ et K._____ en l'absence de signes quantitativement suffisants satisfaisant aux critères dits de Budapest, que le lien de causalité entre l'accident et une telle pathologie pouvait d'emblée être nié faute de remplir les critères cumulatifs jurisprudentiels et que la cheville droite de l'assuré ne présentait plus d'atteinte des suites de l'accident. Un éventuel trouble fonctionnel n'était par ailleurs pas en lien de causalité adéquate avec l'accident.

Q._____, par son conseil Me Jean-Michel Duc, a reçu notification de cet arrêt le 13 novembre 2018 et l'a déféré au Tribunal fédéral par mémoire de recours du 13 décembre 2018. Cette procédure a été enregistrée sous n° de cause 8C_863/2018 et suspendue par ordonnance du 1^{er} avril 2019.

E. Le 21 mars 2019, Q._____ a déposé une demande de révision de l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018. Il conclut principalement à l'annulation [recte : réforme] de cette décision et à l'octroi de plus amples prestations de la CNA, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. A l'appui de sa demande de révision, il invoque l'existence d'un nouveau et important moyen de preuve, porté à sa connaissance le 21 décembre 2018, savoir un rapport d'expertise du 16 décembre 2018 du Prof. H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (ndlr : il n'est pas ou plus titulaire des postes mentionnés sous

ch. 2.1 de la demande), lequel concluait, sur la base du dossier remis par l'assuré, de l'anamnèse et des examens cliniques des 15 et 29 novembre 2018 ainsi que d'examen de laboratoire de cinésiologie du 11 décembre 2018, que l'assuré avait souffert, dans le décours de son traumatisme, d'une maladie de Südeck et posait les diagnostics, outre celui de status post syndrome de Südeck, de status post fracture sous-chondrales du talus, du calcaneum et de la malléole externe, de status post probable fracture de tassement de D12 et de mouvement (tremor) anormal du membre inférieur droit séquentaire à un Südeck. L'expert précisait que les troubles du mouvement, les douleurs constantes au niveau de la cheville droite et de la colonne lombaire étaient certainement les causes prépondérantes de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une autre activité. Il a en outre observé une ébauche de clonus surtout au pied droit, tout de suite épuisé à la sollicitation en dorsiflexion forcée. Se fondant sur ce rapport d'expertise et sur la littérature scientifique citée par l'expert, le requérant fait valoir que l'accident du 4 août 2016, même s'il s'agit d'un traumatisme qualifié de mineur, a causé une maladie de Südeck, susceptible d'entraîner des mouvements anormaux sans qu'apparaissent, sur le plan neurologique, des anomalies ou des dégâts structuraux spécifiques. Partant du constat que l'expertise du Prof. H. _____ corrobore les rapports médicaux attestant d'un CRPS et figurant au dossier à la date du jugement litigieux, il considère que sont réalisés les trois critères jurisprudentiels autorisant un lien de causalité entre l'accident et une maladie de Südeck. Du rapport d'expertise privée, il ressort notamment ceci :

« Suite à l'accident du 04.08.2016 où l'assuré chute sur une distance d'un mètre et dix cm, d'intenses douleurs apparaissent au pied D et l'imagerie (IRM du 03.10.2016) met en évidence des fractures sous-chondrales au niveau du talus, du calcaneum et de la malléole externe. On peut également raisonnablement suspecter un tassement traumatique de D12 à l'examen des IRM du 04.04.17 et du 01.03.17 qui démontrent le tassement et la cunéiformisation d'un seul corps vertébral en l'occurrence D12 [1-4] (figures 4 et 5).

Le patient est mis à l'arrêt de travail dès le 07.08.2016 et un traitement conservateur est entrepris. Dans le décours le patient développe une maladie de Südeck au niveau du pied droit. Il est pris en charge un mois à la Clinique L. _____ ([...]) du 22.02.2017 au 23.03.2017. Après sa sortie apparaissent des mouvements anormaux du membre inférieur droit s'étendant à gauche,

incontrôlables dès que le talon droit de l'assuré entre en contact avec le sol. Ces mouvements sont décrits dans les rapports des Drs P._____, F._____, [...], [...], [...], [...], N._____ et V._____.

L'évolution d'un traumatisme banal vers une maladie de Südeck ou d'un syndrome de douleur chronique, est bien acceptée et largement décrite dans la littérature médicale comme étant une séquelle reconnue suite à un traumatisme banal [5-22]. En l'occurrence, dans le cas de M. Q._____, les fractures sous-chondrales du talus, du calcaneum et de la malléole externe, accompagnées d'un tassement vertébral de D12, ont avec certitude, évolué vers une maladie de Südeck ou CRPS type I (sans lésions des nerfs périphériques) ou II (avec lésion des nerfs périphériques).

Ce diagnostic a d'ailleurs été posé par le Dr F._____ dans son rapport du 09.02.2018.

Plus tard, une expertise pluridisciplinaire du 09.05.2018 du [...] ([...]) est établie par les Dr [...] et [...], mandatés par l'Assurance [...]. Dans cette expertise alors que les critères de Budapest sont remplis (indiquant la présence d'un diagnostic de syndrome douloureux régional chronique) les experts émettent le doute : « la possibilité d'un syndrome douloureux régional chronique est peu vraisemblable... » et ce, sans justifier ni motiver leur appréciation.

Le Dr P._____ dans son rapport du 15.10.2018 pose aussi comme le Dr F._____ le diagnostic d'« Algoneurodystrophie CRPS de Type II » partant du principe que lors de l'entorse sévère un étirement des nerfs périphériques autour de la cheville D ont eu lieu mais sans apporter de preuve définitive.

On peut donc admettre avec certitude, que dans le décours de son traumatisme, que M. Q._____ a souffert d'une Maladie de Südeck ou d'un Syndrome Douloureux Régional Chronique ou d'une Algoneurodystrophie ou d'un Complex Regional Pain Syndrome (CPRS) Type I ou II; tous ces termes étant équivalents pour décrire une même pathologie [5-22].

Ce syndrome douloureux post-traumatique est accompagné de mouvements anormaux. Cette occurrence est rare mais bien décrite à commencer par Charcot déjà au XIXème siècle [23]. Cette évolution est clairement et précisément décrite dans la littérature contemporaine [24-63]. Ces mouvements peuvent être soit des dystonies [34-54] soit des tremblements [24-33] et d'autres manifestations sont aussi décrites. Par ailleurs, de nombreux auteurs ont relevé l'apparition de mouvements anormaux, incontrôlables, débilissants et handicapants après un événement traumatique suivi d'une évolution vers un Complex Regional Pain Syndrome (CPRS) [55-63]. Une étude de Verdugo et al. notamment, étudie avec précision le devenir de 58 patients présentant des mouvements anormaux apparus après une maladie de Südeck causé par un traumatisme qualifié de mineur. Ott et al, étudient plus de 1000 patients atteint d'un CRPS et identifie un certain nombre de patients présentant des mouvements anormaux (dystonie, tremblements) [18]. Les examens neurologiques de la littérature n'ont pas démontré d'anomalie ou de dégâts structuraux spécifiques ce (sic) rejoint les conclusions du Dr V._____. Les auteurs concluent à des

manifestations somatoformes et dans quelques cas à une simulation, démasquée par une surveillance cachée [63]. Ochoa et al. mettent en garde la tentation d'appliquer le terme de simulateur (malingerer) à des patients présentant des symptômes et signes non encore compris et élucidés par les méthodes classiques [66].

[...]

Pour conclure, les douleurs et mouvements anormaux que présente M. Q. _____ sont bien réels et en lien direct avec l'accident du 04.08.2016. »

A l'appui de sa demande de révision, l'assuré a encore produit un rapport du Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, du 3 novembre 2018, consécutif à une consultation du 15 octobre 2018. Le Dr P. _____ retient notamment les diagnostics de neuropathie résiduelle par étirement du nerf sural et des branches calcanéennes latérales à l'origine d'un syndrome douloureux chronique de la cheville et du pied droit sous forme d'allodynie, de status après entorse de cheville droite par inversion forcée de la cheville droite le 4 août 2016 à l'origine d'un étirement du ligament talo-fibulaire postérieur et s'accompagnant dans le même temps d'une fracture sous-chondrale de la tête du talus droit et d'un oedème sous-talien résiduel et d'algoneurodystrophie CRPS de type II. Il mentionne encore l'existence de lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de spondylarthrose pluriétagée et de troubles statiques sous forme de scoliose sinistro-convexe lombaire. Dans son appréciation, le Dr P. _____ observe entre autres ce qui suit :

« Monsieur Q. _____ est confronté à des talalgies chroniques droites en lien avec une allodynie du talon, status après une distorsion tibio-talienne associée à une fracture sous-chondrale par impaction du talus droit, sans pour autant laisser subsister en différé d'altération de l'interligne articulaire tibio-talienne ou sous-talienne. On doit reconnaître que l'importance du mécanisme en inversion forcée a compromis les tissus mous du compartiment externe de la cheville, se soldant par un étirement du nerf sural droit et des branches calcanéennes latérales. Pareil mécanisme a induit une allodynie du talon et ainsi expliquer le comportement douloureux persistant. Dans ce contexte lésionnel neurogène, une algoneurodystrophie (CRPS de type II) s'est installée, expliquant la diminution de température actuelle distale et la notion d'oedème distal signalé. En différé encore, sans autre l'effleurement même mineur du revêtement cutané de l'arrière-pied déclenche instantanément des tremblements inépuisables. Un schéma de protection objectivable s'est installé, sans pour autant que la sollicitation segmentaire lombaire ne soit particulièrement sensible, ce qui permettrait raisonnablement d'exclure le remaniement

existant au niveau lombaire inférieur comme facteur interférentiel. »

Dans son rapport, le Dr P. _____ précise encore s'agissant du caractère objectivable des troubles que, quand bien même le diagnostic d'algoneurodystrophie CRPS de type II n'a pas été évoqué lors du séjour à la L. _____, l'anamnèse et le status confirment cette hypothèse comme cela a été démontré lors des tests effectués au Centre d'Antalgie du R. _____.

Dans ses déterminations du 4 juin 2019, la CNA a conclu au rejet de la demande de révision en mettant en exergue un défaut de diligence du requérant, l'absence de fait nouveau et en observant que, sous couvert d'une demande de révision, le requérant rediscutait l'appréciation des rapports médicaux par la Cour de céans.

Par écriture du 24 juin 2019, l'assuré a objecté que les examens cliniques par l'expert et l'examen de laboratoire de cinésiologie constituaient des faits nouveaux. Il a encore produit un rapport final de stage débuté le 24 juin 2019 auprès de la Fondation [...], sous l'égide du Service de l'emploi, et interrompu le 26 juin 2019 en raison de son état de santé.

Sur réquisition de la juge instructrice, le conseil du requérant a produit, le 20 août 2019, le courrier mandatant l'expert privé, daté du 13 novembre 2018.

E n d r o i t :

1. La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Elle doit satisfaire aux exigences mentionnées aux lettres a à i de l'art. 61 LPGA.

2. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 5 novembre 2018 en la cause AA 26/18 - 132/2018 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

a) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36).

L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé.

L'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision en vertu de l'art. 102 LPA-VD.

b) En l'espèce, la demande de révision de l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018 a été introduite le 21 mars 2019. Elle fait suite à la communication au conseil du requérant du rapport d'expertise privée du Prof. H. _____ du 16 décembre 2018.

Le conseil du requérant n'a pas produit de pièce attestant de la date de la réception du rapport d'expertise. Selon la jurisprudence rendue en matière civile, laquelle est a priori applicable mutatis mutandis en matière administrative, le délai de révision est suspendu pendant les vacances judiciaires (TF 4A_421/2014 du 10 mars 2015, consid. 3.3). La demande de révision a dès lors été déposée dans le délai légal de nonante jours (art. 101 LPA-VD), les délais fixés en jours par la loi ne courant pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 96 al. 1 let. c LPA-VD).

L'arrêt du 5 novembre 2018 a par ailleurs été rendu par la Cour de céans de sorte que la présente demande de révision ressortit également à la compétence de cette même cour (art. 102 LPA-VD).

Enfin, il appartient à la Cour de céans de statuer sur la demande de révision sans attendre l'issue du recours interjeté devant le Tribunal fédéral le 13 décembre 2018 contre l'arrêt du 5 novembre 2018 (ATF 138 II 386), dite procédure ayant du reste été suspendue à cette fin par ordonnance du 1^{er} avril 2019.

3. a) Selon l'art. 61 let. i LPGA, les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou 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 l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fédéral (art. 123 al. 1 let. a LTF [loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110] ; TF 8C_797/2011 du 15 février 2012 consid. 3.1 ; 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1 ; 8C_215/2008 du 16 octobre 2008 consid. 5.1 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2015, n. 229 ad art. 61 LPGA et n. 21 ss ad art. 53 al. 1 LPGA).

b) Sont "nouveaux" les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références citées). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt

entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à 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. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir 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 (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 9C_178/2013 du 28 juin 2013 consid. 3.2). Par ailleurs, la voie de la révision ne permet pas de rediscuter l'appréciation juridique contenue dans l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_3/2012 du 2 février 2012 consid. 2 et les références citées).

c) 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. Il y a lieu de conclure à un manque de diligence lorsque la découverte de faits ou de moyens de preuve nouveaux résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 8F_8/2016 du 5 avril 2017 consid. 3.1 et les références citées).

4. En l'espèce, le requérant se prévaut de l'existence d'un moyen de preuve nouveau, savoir le rapport d'expertise du Prof. H. _____ du 16 décembre 2018, qui démontrerait l'existence d'une maladie de Südeck et son lien de causalité avec l'accident litigieux.

Il s'agit en l'espèce d'une expertise privée qu'il était loisible à l'assuré de commanditer déjà au stade de la procédure précédente. Il ne se prévaut au demeurant pas d'avoir été empêché de mandater l'expert ou d'avoir dû différer le mandat.

Quant au rapport du Dr P. _____ du 3 novembre 2018, également produit à l'appui de la demande de révision, il est consécutif à une consultation du 15 octobre 2018 de l'assuré auprès de ce praticien, dont l'existence n'a jamais été évoquée auprès de l'autorité de céans dans le cadre de la procédure précédente, quand bien même elle aurait pu l'être.

Le point de savoir si le défaut de diligence du requérant entraîne la déchéance de son droit d'invoquer des motifs de révision peut toutefois rester ouvert, vu ce qui suit.

5. a) En premier lieu, le diagnostic de maladie de Südeck ne s'avère pas être un diagnostic constituant un élément médical nouveau ou qui n'aurait pas été allégué dans le cadre de la précédente procédure. Ce diagnostic a notamment été posé par le Dr F. _____ et le Prof. N. _____ dans leurs rapports respectifs des 11 et 12 décembre 2017 et évoqué par le Dr T. _____ dans son rapport du 15 août 2018.

Par ailleurs, les examens cliniques effectués par le Prof. H. _____ sur la personne de l'assuré ne sont révélateurs d'aucun élément médical nouveau. Plus particulièrement, le phénomène de tremblements du membre inférieur droit a été relevé par le Prof. N. _____ (rapport du 30 juin 2017), les Drs V. _____ et X. _____ (rapport du 21 septembre 2017), B. _____ (rapport du 13 novembre 2017), K. _____ (rapport du 24 novembre 2017) et F. _____ (rapport du 9 février 2018). Les Drs V. _____ et X. _____ ainsi que le médecin conseil de la CNA ont au demeurant conféré une origine psychogène aux tremblements présentés par l'assuré, rejoignant ainsi la littérature médicale citée par l'expert, laquelle qualifie de tels mouvements anormaux de manifestations somatoformes.

La différence de coloration de la peau est mentionnée par les Drs V. _____ et X. _____ (rapport du 21 septembre 2017) et par le Prof. N. _____ (rapport du 12 décembre 2017).

Le clonus du pied n'est en revanche cité dans aucun des rapports médicaux au dossier de la précédente procédure, ce qui entraîne la double hypothèse suivante. Soit l'assuré ne présentait pas encore ce symptôme lors des examens cliniques par les précédents médecins, auquel cas il s'agirait de faux nova ne fondant pas le droit à une révision (TF 2C_349/2012 du 18 mars 2013 consid. 4.2.), soit ce symptôme existait déjà sans avoir été évoqué par l'assuré, respectivement observé par ses différents médecins, ce qui s'expliquerait au demeurant par la description qu'en fait le Prof. H._____. En effet, alors que le clonus se caractérise par un pied animé de mouvements brefs et rythmés de flexion-extension, typiquement inépuisables, en exerçant une dorsiflexion brusque du pied¹ et en maintenant cette position, l'expert décrit un clonus du pied qui est tout de suite épuisé à la sollicitation en dorsiflexion forcée. Il ne s'agit donc pas d'un clonus du pied caractéristique et il ne saurait être exclu que le phénomène ainsi décrit par le Prof. H._____ ait été qualifié de tremblement par les autres médecins, lequel n'est pas un élément factuel nouveau. Par ailleurs, l'expert désigne ce clonus sous la forme d'ébauche, désignation qui ne permet pas de le qualifier d'important s'il devait effectivement s'agir d'un fait nouveau.

S'agissant des examens du laboratoire de cinésiologie du 11 décembre 2018, ils attestent de l'existence des tremblements, soit de faits déjà constatés médicalement.

Le rapport du Dr P._____ ne contient lui non plus aucun élément de diagnostic, en lien avec les faits litigieux, qui aurait été ignoré. Plus particulièrement, le syndrome douloureux chronique et l'allodynie ne font que désigner, en termes médicaux, les douleurs alléguées par le requérant.

b) Dans l'arrêt du 5 novembre 2018, la Cour de céans a renoncé à discuter plus amplement la controverse s'agissant du diagnostic

¹ <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie-analytique/syndrome-myogene-myopathique/syndrome-myogene-myopathique-13>

de SDRC dès l'instant où l'un des critères cumulatifs de causalité naturelle fixés par la jurisprudence, soit celui de courte latence entre l'accident et l'algodystrophie, n'était pas réalisé.

Dans son rapport d'expertise, le Prof. H._____ cite les rapports médicaux antérieurs fondant selon lui le diagnostic de maladie de Südeck sans cependant se prononcer sur la date d'apparition des premiers symptômes significatifs d'une telle atteinte. Il en va de même du Dr P._____ qui corrèle temporellement le diagnostic avec les tests effectués au centre d'antalgie du R._____, lesquels datent d'août 2017. Aucun de ces médecins n'amène ainsi d'élément médical nouveau susceptible de modifier l'état de fait ayant conduit la Cour à constater dans son arrêt du 5 novembre 2018 que le critère de la courte latence entre l'accident et l'algodystrophie n'était pas réalisé.

c) S'agissant du tassement vertébral D12 évoqué par le Prof. H._____ et des lombosciatalgies bilatérales mentionnées par le Dr P._____, ils ne relèvent pas de l'objet du litige soumis à examen de la Cour de céans dans la procédure précédente, étant rappelé que, par communication du 22 août 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles présentés par l'intéressé à la colonne vertébrale lombaire, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, avec l'événement du 4 août 2016, ce refus n'ayant pas été suivi d'une demande de décision formelle du requérant.

Il s'ensuit que le rapport d'expertise du Prof. H._____, le rapport du Dr P._____ et les résultats du laboratoire de cinésiologie ne permettent pas d'établir un élément de fait nouveau, déterminant sur le plan juridique, dont il résulterait que les bases de l'arrêt du 5 novembre 2018 comportaient des défauts objectifs. Ces rapports livrent seulement une appréciation différente de celle retenue par la Cour de céans.

d) Enfin, l'interruption du stage de formation [...] pour raison de santé n'amène aucun élément nouveau, le requérant ayant déjà allégué que son état de santé entraînait une incapacité de travail.

7. a) En définitive, dans la mesure où elle est recevable, la demande de révision, mal fondée, doit être rejetée sans tenue de débats publics, l'art. 6 al. 1 CEDH ne garantissant pas un droit à une procédure de révision (TF C_329/99), et les conclusions rescisoires n'ont pas à être examinées.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, le requérant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. La demande de révision du 21 mars 2019 formulée par Q. _____ 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

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

- Me Jean-Michel Duc (pour Q. _____),
- 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 :