

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 décembre 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

J. _____, à [...], requérant,

et

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

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

E n f a i t :

A. Dans un arrêt du 24 juin 2019 (AA 8/18 - 81/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a retenu les faits suivants :

« **A.** J._____ (ci-après : l'assuré [...]), né en 1975, travaillait comme ouvrier de la construction pour l'agence de placement P._____ SA depuis juin 2015 et était, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 28 juin 2015, alors qu'il jouait avec son fils, l'assuré a sauté d'une table et s'est blessé en se réceptionnant. Il a été hospitalisé le soir même à l'Hôpital B._____ (ci-après : [...]), où une fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit a été diagnostiquée et il a été mis en arrêt de travail.

Les suites de cet accident ont été prises en charge par la CNA.

Lors d'une opération du 3 juillet 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à une réduction et une ostéosynthèse de la fracture par plaque.

Le 23 juillet 2015, P._____ SA a signifié à l'assuré la fin de son contrat de mission pour le 28 juillet 2015.

Dans un rapport médical du 17 novembre 2015, le Dr V._____ a attesté une évolution difficile, l'assuré pouvant marcher en charge complète, mais ressentant rapidement des douleurs. Du point de vue radiologique, l'évolution était bonne sur les radiographies standards et un CT-Scan avait montré que les fractures étaient quasiment toutes consolidées. Il y avait cependant une importante déminéralisation

osseuse, qui pouvait expliquer la persistance de la symptomatologie douloureuse.

L'assuré a séjourné du 8 décembre 2015 au 26 janvier 2016 à la Clinique S._____ (ci-après : [...]). Dans le rapport établi le 18 février 2016, les Dresses H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T._____, médecin-assistant, ont indiqué notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- *Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du pied D [droit]*

DIAGNOSTIC SUPPLEMENTAIRE

- *28.06.2015 : chute avec fracture comminutive intra-articulaire déplacée du calcanéum droit traitée chirurgicalement*

Interventions :

- *03.07.2015 : réduction et ostéosynthèse (plaque VA locking calcaneum 2.7 stabilisée par 2 vis LCP) du calcanéum droit*

CO-MORBIDITES

- *Ethylisme chronique*
- *Tabagisme*

ANTECEDENTS

- *2012 : Hernioplastie L3-L4*
- *1993 : Accident de moto avec fracture mandibule ostéosynthésée*

[...]

Appréciation et discussion

A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs à 7/10 qui sont soulagées par le Dafalgan 1 gr ou Tramal 50 mg, pris en réserve. Les douleurs au niveau de l'articulation talo-crurale empirent au cours de la marche précisément au moment de déroulement du pied. Le patient ne marche pas sans cannes. Il décrit aussi des fourmillements au niveau des orteils du pied droit qui apparaissent de manière fluctuante au cours de la journée surtout après de la marche durant plus de 15 minutes.

[...]

Examens radiologiques :

Rx de la cheville D du 28.06.2015 : fracture du calcanéum droit multifragmentaire intra-articulaire. L'angle de Bohler a diminué à 13 degrés.

Rx de la cheville et pied D du 06.07.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement.

Rx de la cheville D du 21.12.2015 : matériel d'ostéosynthèse en place par plaque et vis. Réduction de la fracture sans signes de déplacement.

CT de la cheville D du 12.01.2015 [recte : 2016] : status post ostéosynthèse par plaque et vis du calcanéum, matériel en place, pas de signes de déscollement. Trait de fracture persistant corticalisé remontant jusqu'à la surface articulaire sous-talienne postérieure avec marche d'escalier. Petit[...] affaissement de la surface articulaire sous-talienne postérieure avec l'angle de Boehler à 25. Déminéralisation osseuse.

SPECT-CT de la cheville D du 22.01.2015 [recte : 2016] : hyperactivité du pied et cheville droite dans les trois phases, surtout au niveau sous-talienne avec images scannographique[s] décrite[s] comme ci-dessus.

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Les plaintes et limitations fonctionnelles [ne] s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient : le contexte familial [...] est difficile, et le patient présente avec de une kinésiophobie sévère traduit par des autolimitations [sic].

[...]

Le traitement antalgique a été assuré par la prise de Brufen 600 mg 3x/j et du Tramal (retard) 100 mg 2x/j ainsi qu'en réserve du Dafalgan et du Tramadol.

L'évolution subjective et objective est favorable (cf. rapports et test fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme élevée.

Aucune incohérence n'a été relevée.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : port de charges, marche prolongée, marche sur terrains irréguliers, montée et descente des escaliers ou des échelles.

La poursuite d'un traitement de physiothérapie 2 x/semaine (en individuel, ainsi qu'en ETH en salle de fitness) pourrait permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles du patient.

La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical.

Le patient est vu par notre consultant orthopédiste Dr. [...]. Au vu de la symptomatologie ainsi que les images radiologiques, il est proposé que le patient soit convoqué à la consultation spécialisée du pied au Centre hospitalier Y._____ (Dr N.____ et Dr Q.____) à 9 mois après son accident (fin mars 2016) afin d'évaluer la suite de prise en charge.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable pour les facteurs médicaux cités ci-dessus.

Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues une fois le cas stabilisé est favorable. »

Le 16 mars 2016, l'assuré a été examiné par le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin chef de l'Unité d'orthopédie du Centre hospitalier Y.____ (ci-après : [...]). Dans un rapport établi le 23 mars 2016, ce médecin, ainsi que le Dr W._____, également spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont posé le diagnostic de « pseudarthrose partielle calcaneus droit avec incongruence sous-talienne dans un contexte de sp. ROOS [status post réduction ouverte et ostéosynthèse] du calcaneum ». Ils ont également écrit ce qui suit :

« Examens complémentaires

L'examen radiologique montre un sp. ROOS du calcaneus avec un matériel en place, une vis plantaire légèrement proéminente et une des vis moyenne étant largement proéminente médialement à l'os.

Le CT réalisé montre une pseudarthrose partielle essentiellement au niveau de la partie médiale du calcaneus. Présence d'une incongruence de la sous-talienne postérieure avec effondrement de la partie la plus antérieure et latérale de la surface articulaire.

Problèmes et attitude

M. J._____ présente une pseudarthrose partielle du calcaneus droit avec incongruence sous-talienne et proéminence du matériel d'ostéosynthèse. Dans ce contexte et malgré les antécédents du patient nous proposons la réalisation de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse associée à une arthrodèse de la sous-talienne par voie postérieure (= par la partie postérieure de l'incision). [...] »

L'assuré a été opéré au Centre hospitalier Y._____ le 1^{er} juillet 2016 pour une arthrose sous-talienne droite post-traumatique, un status post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque du calcaneus droit et une paresthésie du rameau calcaneen du nerf sural à droite. L'intervention a consisté en une ablation du matériel d'ostéosynthèse du calcaneus droit, une arthrodèse sous-talienne droite et une neurolyse du nerf sural.

Selon un rapport de consultation du 10 août 2016 du Centre hospitalier Y._____, l'assuré allait bien et les douleurs étaient en diminution. Lors du contrôle à trois mois, le 28 septembre 2016, l'assuré marchait encore avec des cannes à l'extérieur et les douleurs continuaient de diminuer.

L'assuré a été examiné le 15 février 2017 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Il a notamment relevé que la scintigraphie osseuse du 22 janvier 2016 montrait un aspect compatible avec une neuroalgodystrophie de stade I du pied et de la cheville droits. Au terme de son examen, le médecin a décidé d'un nouveau séjour à la Clinique S._____.

Ainsi, l'assuré a de nouveau séjourné à la Clinique S._____ du 28 février 2017 au 22 mars 2017. Le rapport du 3 avril 2017 de la Dresse H._____, chef de clinique adjointe, et du Dr C._____, médecin assistant, se conclut ainsi :

« A l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient sont des douleurs au niveau des cheville et pied droits, constantes, au repos à 1-2/10 et au maximum à 7-8/10, surtout à la mobilisation et la marche, décrit comme un étau et des crampes. Les douleurs sont météo-dépendantes et partiellement soulagées par les médicaments. Le patient décrit également une cheville qui gonfle avec des changements de couleur et de température.

[...]

Aucun nouveau diagnostic n'a été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie retenue.

Actuellement, on retrouve encore quelques symptômes et des signes compatibles avec un SDRC. Mais ceux-ci sont légers pour tout ce qui concerne les troubles vasomoteurs, sudomoteurs, et la présence d'œdème. On rappelle qu'il faut interpréter avec prudence les signes purement sensitifs et moteurs dans ce contexte, marqué aussi par un contexte psycho-social défavorable (cf. ci-dessous).

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour (Cf. liste diagnostics).

Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient telles qu'une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation de ses propres

capacités fonctionnelles chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressifs et qui démontre un comportement autolimitant et douloureux. De plus, la situation socio-professionnelle et familiale est difficile chez ce patient, sans contrat de travail, sans formation certifiante, ne maîtrisant pas le français, avec des problèmes de santé dans son entourage proche.

[...]

Il n'y a pas d'évolution subjective et objective significative (Cf. rapports et tests fonctionnels).

La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient a effectué les exercices demandés. Cependant, la douleur limite l'élaboration d'un programme de rééducation adéquat.

Aucune incohérence n'a été relevée, dans le sens où le patient est constant dans son comportement douloureux et ses auto-limitations.

Durant le séjour; une évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) est réalisée. Le score au questionnaire PACT (appréciation de ses propres capacités fonctionnelles par le sujet) administré dans la langue maternelle du patient (Portugais), n'est pas cohérent. Le score de 71 atteint par le sujet avant la réalisation des différents tests correspond à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu du résultat réalisé au cours de l'évaluation on peut relever que le sujet sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. La volonté de donner le maximum est jugée incertaine et le niveau de cohérence pendant l'évaluation comme moyen. Pendant cette évaluation il a pu lever du sol à hauteur de la taille 20 kg; lever de la taille à hauteur de la tête 15 kg; lever horizontalement 10 kg avec des auto-limitations; porter de la main droite (dominante) à 7.5 kg, avec autolimitations; porter de la main gauche à 15 kg avec auto-limitations; travailler au-dessus du niveau de la tête légèrement limité par des auto-limitations; position assise sans problème; pousser en statique 6 kg; tirer en statique 12 kg; pousser en dynamique (force de poussée) légèrement limité; tirer en dynamique (force de traction) légèrement limitée; monter sur une échelle légèrement limité. Le niveau d'effort fourni au cours de l'évaluation correspond donc à un niveau d'effort léger à moyen (10-15 kg), selon le D.O.T.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : ports de charges lourdes. Marches prolongées. Marches en terrains irréguliers. Montées et descentes d'escaliers ou d'échelles. Positions contraignantes pour la cheville (accroupie).

On peut donc conclure qu'à la sortie la situation médicale n'est pas encore stabilisée. En revanche, les limitations fonctionnelles ne vont plus changer de manière significative. Nous proposons la poursuite de physiothérapie en ambulatoire, ce qui pourrait améliorer la qualité de vie du patient.

Une stabilisation médicale est attendue dans un délai de 1 mois.

Aucune nouvelle intervention n'est proposée.

Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est défavorable au vu des facteurs médicaux retenus après l'accident et non médicaux discutés ci-dessus.

Pendant le séjour, le patient est évalué aux ateliers professionnels. Cette évaluation met en évidence des difficultés dans le maintien de la station debout ainsi que dans ses déplacements. Cependant, nous constatons que dans une activité qui éveille un certain intérêt et lui permettant d'adopter une position de travail assise, le patient est parfaitement capable d'œuvrer jusqu'à 2 heures consécutives aux ateliers professionnels. En l'état actuel, il nous paraît difficilement imaginable que M. J._____ reprenne son ancienne activité professionnelle. En effet, les douleurs alléguées ainsi que le niveau d'effort démontré ne sont pas compatibles avec son ancienne profession. De plus, l'aspect médical de sa situation reste au premier plan pour lui.

[...]

INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE
MANOEUVRE-MACON

- 100 % du 28.02.2017 et pour une longue durée. »

Le 21 juin 2017, le Dr L._____, médecin d'arrondissement, a procédé à l'examen final et estimé que la situation médicale était stabilisée (cf. notice d'entretien du 21 juin 2017). Son rapport du même jour se termine ainsi :

« Je ne reviens pas en détail sur les antécédents mentionnés ci-dessus.

L'assuré a souffert d'une fracture comminutive du calcanéum D des suites d'une chute le 28.06.2015.

La fracture a fait l'objet d'une réduction sanglante et d'une ostéosynthèse par le Dr V._____ le 03.07.2015.

L'assuré a fait un premier séjour à la Clinique S._____ du 08.12.2015 au 26.01.2016. On a relevé une algoneurodystrophie de stade I.

Le patient a été ensuite adressé à l'équipe du Dr Q._____ à l'Hôpital [...] et celui-ci a procédé à une AMO du calcanéus D et une arthrodèse sous-talienne ainsi qu'à une neurolyse du nerf sural le 01.07.2016 ayant permis une consolidation radiologique de l'arthrodèse sous-talaire D.

Un deuxième séjour à la Clinique S._____ du 28.02 au 22.03.2017 a permis de souligner une kinésiophobie, une catastrophisation et une sous-estimation des capacités fonctionnelles. Le séjour n'a pas permis d'évolution subjective et objective significative. Des limitations fonctionnelles ont été reconnues pour le port de lourdes

charges, les marches en terrains irréguliers, les marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles. On a retenu également des limitations fonctionnelles pour les travaux accroupis ou à genoux. On peut confirmer les limitations émises durant le dernier séjour à la Clinique S. _____.

Subjectivement, l'assuré garde des douleurs du pied et de la cheville D qu'il situe sur le bord latéral du pied ainsi qu'au niveau de l'articulation tibio-talienne antérieure. Des plaintes douloureuses sont également présentes au niveau du tubercule postérieur du calcaneus D. Les douleurs irradient proximale vers le genou et limitent le périmètre de marche à plat à 15-20 minutes. Le pied D de l'assuré reste tuméfié. L'antalgie est faite de la prise de Tramadol®.

Objectivement, la marche s'effectue avec une boiterie importante à D et un déroulement incomplet du pas. L'accroupissement est à peine ébauché et la marche sur les talons et la pointe des pieds est refusée. L'arthrodèse sous-talaire D est fixée en bonne position et consolidée radiologiquement. Il existe une amyotrophie d'environ 3 cm de la cuisse et du mollet D par rapport au côté sain.

Les suites de l'accident du 28.06.2015 et l'arthrodèse sous-talienne D donnent droit à une IpAI de 15 %. En effet, la table 5 de l'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA (2870/5.f-2000) retient une IpAI de 15 % pour une arthrodèse sous-astragalienne.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, l'assuré peut faire valoir une pleine capacité de travail. »

Par lettre du 23 juin 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au paiement des soins médicaux et des indemnités journalières au 31 juillet 2017 au soir, estimant qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites de l'accident.

Par décision du 5 juillet 2017, la CNA a nié à l'assuré le droit à une rente, la perte économique étant inférieure à 10 %. En particulier, l'assurance estimait que l'assuré avait une pleine capacité de travail dans différents secteurs de l'industrie à la condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : sans port de lourdes charges, sans marches en terrains irréguliers, sans marches prolongées, la montée ou descente d'escaliers et d'échelles sont à éviter, ainsi que les travaux en position accroupies ou à genoux. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % lui était allouée.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier de son mandataire du 13 juillet 2017.

En octobre 2017, l'assuré a consulté le Dr F._____, chirurgien orthopédique, dont le rapport du 18 octobre 2017 se conclut ainsi :

« Douleurs chroniques après ostéosynthèse du calcaneum en juillet 2015, et arthrodèse de l'articulation sous-astragalienne en juillet 2016. Certainement, les douleurs sont aggravées par une situation psychosociale et personnelle difficiles. Pourtant il existe certainement une douleur neurologique due à une lésion du nerf sural et également un CRPS chronique qui nécessitent un traitement. Le CRPS est mentionné dans plusieurs rapports, mais le traitement a été souvent arrêté assez tôt. Pour cette raison, j'ai prescrit à M. J._____, une ergothérapie et j'ai prescrit du Pregabalin.
»

Dans un certificat médical du 16 novembre 2017, ce médecin concluait à la présence d'une incapacité de travail de 75 % pour un travail seulement assis, du 16 novembre 2017 au 31 décembre 2017.

L'assuré a complété son opposition le 20 novembre 2017 et a notamment produit un certificat médical du 6 octobre 2017, en partie illisible, concernant son suivi par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par décision sur opposition du 29 novembre 2017, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Répondant à l'argument de l'assuré qui lui reprochait de ne pas avoir statué dans une décision formelle sur la fin du versement des indemnités journalières et de la prise en charge médicale, la CNA a précisé que la stabilisation de son état de santé pouvait être contestée avec la décision de refus de rente. A cet égard, elle a maintenu sa position, au motif que le Dr F._____ s'était limité à prescrire des séances d'ergothérapie et du Pregabalin sans prétendre que ces mesures permettraient à l'assuré de reprendre son activité habituelle. Elle s'est référée aux conclusions détaillées et concordantes des médecins de la Clinique S._____ et du Dr L._____, qui avaient également tenu compte du SDRC. A l'inverse, le Dr F._____ n'expliquait pas pourquoi il retenait une incapacité de travail de 75 % dans n'importe quelle activité, ni ne se

prononçait sur l'influence sur les douleurs des facteurs contextuels et personnels. Les problèmes psychiques que l'assuré faisait valoir n'étaient par ailleurs pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, de sorte que la question de la causalité naturelle pouvait rester indécise. La CNA a confirmé la comparaison des gains qu'elle avait effectuée, menant à une perte de gain de 7,13 %, précisant que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) avait également retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les éventuels troubles psychiques n'engageant pas la responsabilité de la CNA, ceux-ci ne pouvaient influencer le degré de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

B. Durant la procédure de recours devant la CASSO, l'assuré a produit plusieurs pièces, soit :

- Un rapport médical établi le 8 janvier 2018 par le Dr D._____, chirurgien orthopédique, qui a écrit notamment ce qui suit :

« J'ai vu à ma consultation le patient susnommé qui, en juin 2015, suite à une chute d'une hauteur d'environ 1m50, se réceptionne sur le pied droit, occasionnant une fracture très communitive du calcanéum droit, ayant nécessité une intervention en juillet 2015 avec fixation par une plaque calcanéenne.

Suite à cette ostéosynthèse, le patient a continué à présenter d'importantes douleurs avec développement d'une arthrose sous talienne secondaire et également un syndrome d'irritation du nerf sural. Il a donc été réopéré à nouveau en juillet 2016 avec neurolyse du nerf sural et arthrodèse sous-talienne, fixée par 2 vis 7.0 en compression. L'intervention s'est relativement bien déroulée, avec une bonne consolidation osseuse.

Néanmoins, Monsieur J._____ continue à avoir des plaintes douloureuses multifactorielles. D'une part, des plaintes de surcharge sur les autres articulations du pied, également des douleurs relativement indéterminées sur tout le pied, dont une origine neurologique est possible ou un syndrome régional douloureux, et également une gêne au niveau du talon qui peut, en partie, être mise en rapport avec les têtes de vis, qui sont un peu protubérantes au niveau de l'os et qui peuvent provoquer un hyperappui local. En outre, le patient se plaint également d'un pied constamment froid et d'une perte de force. Il marche, bien entendu, avec une boiterie antalgique relativement marquée, ce qui provoque des douleurs sur le reste du squelette et également des douleurs musculaires.

Concernant les questions et l'avis qui m'est demandé, à savoir qu'une décision de la SUVA a été notifié stipulant, d'une part, que la situation de l'assuré était stable et, d'autre part, que l'invalidité de

l'assuré était inférieure à 10 % dans une activité à plein temps, adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charge lourde, marches en terrain irrégulier ou prolongées, montée ou descente d'escaliers et échelles, position accroupie ou à genoux) et il m'est demandé de me prononcer, notamment quant à 2 questions :

D'une part, si l'état de santé est considéré comme stable ou non et, d'autre part, si dans une activité selon la SUVA, l'assuré peut travailler à temps complet comme cela a été affirmé dans la décision de la SUVA, ou si plutôt le patient a un temps de travail limité à 2h/j, comme cela avait été proposé par le Dr F. _____, qui a été sollicité comme 2^{ème} avis.

Concernant le 1^{er} point, j'estime que l'état de santé du patient ne peut pas être considéré comme stabilisé, puisque Monsieur J. _____ a une gêne à la palpation de la partie postérieure du talon, en rapport avec les vis qui sont quelque peu proéminentes et que donc une ablation de ces vis devrait pouvoir lui être proposée. D'autre part, il s'agit ici d'une arthrodèse sous-talienne qui, actuellement, commence à provoquer des surcharges sur les autres articulations avoisinantes et cette surcharge va probablement continuer à évoluer. On peut donc s'attendre à ce qu'à l'avenir une arthrose des articulations adjacentes se développe, qui pourra nécessiter d'autres interventions chirurgicales, de type arthrodèse.

Pour le moment, en tout cas, le port d'un soutien de la voûte plantaire, avec une chaussure orthopédique et des lits plantaires adaptés, est absolument indispensable et est consécutif à l'accident, donc doit être prise en charge dans ce cadre-là.

Le patient ayant encore des douleurs relativement importantes, il pourrait être envisagé de procéder à quelques modifications dans les actuels supports, afin d'essayer de stabiliser davantage le pied.

Ensuite, concernant la 2^{ème} question, à savoir l'activité au travail, il est clair que dans une activité lourde dans la construction, comme le patient le faisait avant, un retour au travail est absolument exclu et impossible. Il faut considérer qu'il est inapte à 100% et ce de manière définitive.

En ce qui concerne les limitations que la SUVA a évoqué[es], j'estime que pas toutes les limitations n'ont été évoquées. En effet, à aucun moment il n'a été considéré le fait que le patient ne peut pas rester immobile et assis de manière prolongée, puisqu'après environ 2h il commence à avoir une tuméfaction du pied et de la cheville, qui nécessite qu'il se lève, qu'il se mette en position allongée, surélève le pied et fasse des massages de drainage. Il a ensuite besoin de plusieurs heures pour récupérer de cette tuméfaction et douleur consécutives à la position assise prolongée.

Cette limitation n'a pas du tout été évoquée par la SUVA qui j'estime est importante et déterminante. En effet, avec cette situation, il est dans tous les cas impossible d'estimer que le patient peut exercer une quelconque activité professionnelle à 100 %.

Je pense, en revanche, qu'il peut effectuer une activité sédentaire, mais qui doit être limitée au maximum à deux fois 2h/j en considérant une pause de plusieurs heures, mais minimum 2h, entre chaque reprise du travail.

Je considérerai donc que le patient pourrait exercer au maximum un temps de travail à 50 % avec les limitations suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de marche en terrain irrégulier, pas de marche prolongée, pas d'escaliers ni d'échelle, pas de position accroupie ni à genoux, pas de position assise supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir[e] se lever, de manière occasionnelle et respecter un temps d'arrêt de minimum 2h entre les temps de travail qui, encore une fois, devrai[en]t être limités à maximum 2h. En outre, il ne doit pas travailler dans des environnements qui soi[en]t trop froid, ni humides.

On peut donc considérer que Monsieur J._____ peut travailler maximum deux fois 2h/j avec un temps de pause minimum de 2h entre chaque temps de travail. Il est également clair, pour ma part, que le patient doit pouvoir bénéficier d'une réorientation professionnelle et qu'il doit être aidé dans ce sens.

L'ensemble de ses problèmes sont complètement à amputer directement à l'accident survenu en 2015.

Il est à noter que, bien sûr, au vu du grand nombre de problèmes que cet accident [a] provoqu[és] au patient, il a très vraisemblablement développé un trouble dépressif relativement important qui, je pense, devrait être évalué et éventuellement pris en charge par un psychiatre.

Je pense également qu'un suivi et surtout, si une chirurgie doit être effectuée au niveau de ce pied, celle-ci doit obligatoirement être faite dans un centre spécialisé uniquement en chirurgie du pied et éventuellement une expertise extra-judiciaire plus étoffée pourrait éventuellement [être] envisagée. Je pourrais éventuellement proposer la clinique [...] [sic] à [...]. »

- Un rapport du 26 mars 2018 de la Dresse Z._____, médecin associée au Centre du pied au Centre hospitalier Y._____ qui a écrit que l'assuré présentait des douleurs invalidantes quotidiennes de l'arrière-pied assez diffuses qui empêchaient toute sorte de reprise du travail, même assis, en raison de tuméfactions importantes itératives et de douleurs constantes. Une ablation des deux vis était envisagée si la consolidation de l'arthrodèse était acquise, mais cette intervention n'aurait que peu d'influence sur les douleurs diffuses du pied, sauf sur les douleurs bien reproductibles au sommet du talon.
- Le rapport de scintigraphie osseuse trois phases du 26 mars 2018 a conclu à une arthrodèse talo-calcaneenne droite acquise, à une

arthrose modérée hyperfixante calcanéocuboïdienne droite, ainsi qu'à une arthrose débutante entre le cunéiforme médial et la base de la deuxième phalange à gauche.

De son côté, la CNA a produit un rapport du 20 mars 2018 des Drs [...], spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, et [...], spécialiste en neurologie, faisant état de ce qui suit :

« **Appréciation** »

Le 28.06.2015, après une chute, M. J._____ subit une fracture comminutive intra-articulaire du calcanéum droit. Il bénéficie d'une réduction avec ostéosynthèse à l'Hôpital [...] à [...]. Dans les suites post-opératoires immédiates, aucun problème neurovasculaire ne nous est signalé. Plus tard, en novembre 2015, nous apprenons que M. J._____ ressent rapidement des douleurs externes sur le bord de son pied, au niveau du talon, irradiant distalement le long du bord externe du pied.

Pendant le séjour de M. J._____ à la Clinique S._____, une scintigraphie osseuse des pieds met en évidence une asymétrie de l'arrivée et de la captation du radio-traceur, compatible avec une neuro-algodystrophie de stade scintigraphique I du pied et de la cheville à droite. Ce diagnostic n'est cependant pas retenu par les médecins de la Clinique S._____ ni d'ailleurs par le Dr Q._____, médecin-chef du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Y._____. Le Dr Q._____ retient plutôt une incongruence sous-talienne associée à une pseudarthrose partielle essentiellement au niveau du sustentaculum tali. Il mentionne également quelques lancements au niveau du bord médial en sous-malléolaire sans les qualifier en détail. A l'examen, il retrouve une hypoesthésie sans réelle dysesthésie dans la partie supérieure du bras plantaire à droite.

Le 01.07.2016, l'assuré est opéré au Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Y._____, bénéficiant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, d'une arthrolyse sous-talienne droite et d'une neurolyse pour traitement de paresthésies du rameau calcanéen du nerf sural à droite. Lors des consultations du Dr Q._____ en août et en septembre 2016, il n'y a pas de signe en faveur d'une douleur neuropathique ou d'un syndrome douloureux régional complexe (SDRC). En janvier 2017, le Dr Q._____ décrit des douleurs reproductibles à la palpation en regard des deux malléoles. Là encore, il n'y a pas de signe évocateur d'un SDRC.

Lors du deuxième séjour de M. J._____ à la Clinique S._____, les médecins constatent une légère hypoesthésie autour de la cicatrice opératoire et la présence d'une dysesthésie au bord latéral du pied droit, correspondant au territoire du nerf sural. Subjectivement, l'assuré décrit une cheville qui gonfle avec des changements de

couleur et de température. Les critères diagnostiques d'un SDRC selon Harden et al. [...] ne sont toutefois pas remplis [...].

Le Dr L._____, médecin d'arrondissement remplaçant de la Suva Lausanne, réalise un examen médical final en date 21.06.2017. A cette occasion, il ne constate ni amyotrophie de la cuisse et du mollet à droite, ni tuméfaction ou discoloration du pied. Il ne retrouve pas l'asymétrie de la température des deux MI [membres inférieurs] qu'il a décrite lors de son premier examen. Reprenant les conclusions de la Clinique S._____, le Dr L._____ estime que la situation médicale est désormais stabilisée et qu'une pleine capacité de travail est exigible dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la Clinique S._____ et le Dr L._____ en 2017 tiennent compte des douleurs persistantes au niveau du pied droit dues à la lésion du nerf sural droit. Ces douleurs ne sont pas dues, contrairement aux explications du Dr F._____, à un syndrome douloureux régional complexe. Il serait par ailleurs surprenant qu'un tel syndrome se développe à plus d'un an après la deuxième opération, étant donné que la période de latence entre un traumatisme et l'apparition d'un SDRC est de 6 à 8 huit semaines [...]. L'antalgie se faisant par la prise de Tramadol®, le Dr L._____ n'a pas jugé nécessaire de proposer d'autres traitements.

Le Dr D._____, dans son rapport établi le 8 janvier 2018, évoque une situation non stabilisée puisque M. J._____ devra vraisemblablement subir une ablation du matériel d'ostéosynthèse de son calcanéum et éventuellement à long terme un traitement de l'arthrose des autres articulations.

Ce ne sont pas des arguments en défaveur d'une stabilisation médicale étant donné que ces états de fait sont connus comme étant la suite logique d'une fracture du calcanéum ayant nécessité une arthrodèse. Le moment venu, en l'occurrence après 24 mois, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pourra avoir lieu et sera prise en charge par la Suva suite à l'annonce d'une rechute. Il en est de même pour des traitements supplémentaires, si effectivement de tels traitements devaient avoir lieu sur les autres articulations, pour autant que cela fasse, bien évidemment, partie de l'évolution de la fracture du calcanéum ayant nécessité une arthrodèse.

Le Dr D._____ mentionne entre autres que « le patient ne peut pas rester immobile et assis de manière prolongée, puisqu'après environ 2h il commence à avoir une tuméfaction du pied et de la cheville » et « pas de position assise supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir[e] se lever, de manière occasionnelle et respecter un temps d'arrêt de minimum 2h entre les temps de travail qui, encore une fois, devrait être limités à maximum 2h. ».

Nous peinons à suivre le Dr D._____. En effet, du moment qu'à aucun moment il n'est fait état d'une maladie artérielle périphérique, nous ne voyons aucune raison pour laquelle M. J._____ ne pourrait pas porter des bas de contention classe II pour éviter le développement de la tuméfaction de son pied au cours de la journée.

Ces bas, tout comme les supports plantaires également mentionnés par le Dr D. _____ dans son rapport établi le 8 janvier 2018, peuvent être pris en charge par la Suva.

Quant aux allégations suivantes « pas de position assise [sic] supérieure à 2h, être autorisé à changer de position, voir se lever », selon la loi sur le travail (SECO), lors d'une journée de travail de 8.4 heures, une pause le matin de 15 minutes, une pause de midi de 30 minutes et une pause de 15 minutes l'après-midi sont requises, donc une pause toutes les deux heures. Il est vrai que ces pauses ne durent pas deux heures, mais celles-ci sont superflues puisque M. J. _____ peut porter des bas de contention qui évitent la tuméfaction du pied.

Réponse aux questions

1. *Au vu des rapports médicaux susmentionnés, l'état de santé de M. J. _____ pouvait-il être considéré comme stabilisé au 31 juillet 2017 ?*

Oui.

2. *Les diagnostics émis par le Dr F. _____ (douleur neurologique due à une lésion du nerf sural et également un CRPS chronique) et D. _____ (tuméfaction) se justifient-ils ? Si oui, sont-ils en rapport de causalité avec l'évènement du 28 juin 2015 ?*

Les diagnostics émis sont justifiés et sont en rapport de causalité avec l'évènement du 28 juin 2015, à l'exception du syndrome douloureux régional complexe chronique évoqué par le Dr F. _____.

3. *Les rapports médicaux des Drs F. _____ et D. _____ susmentionnés modifient-ils l'exigibilité retenue jusqu'alors ?*

Non. »

Le recourant a encore produit diverses pièces, dont :

- Un rapport du 19 octobre 2018 du Dr [...] dans lequel celui-ci pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21).
- Un rapport du 16 novembre 2018 de la Dre Z. _____ dans lequel celle-ci pose les diagnostics suivants :

«- Status post fracture comminutive du calcaneus droit traitée chirurgicalement en juillet 2015.

- Status post ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrodèse sous-talienne associée à une neurolyse du nerf sural en juillet 2016.

- Status post infiltration cortisonée de l'articulation calcaneocuboïdienne le 22.08.2018 à [...] avec un effet partiellement bénéfique. »

- Le rapport de scintigraphie osseuse du 28 janvier 2019, mettant en évidence une intense hypercaptation tardive calcanéenne droite évoquant plutôt des phénomènes réparatoires post-traumatiques et ne montrant pas d'élément en faveur d'une éventuelle algoneurodystrophie.
- Un rapport du 21 février 2019 de la Dre Z._____, dont il résulte que le matériel d'ostéosynthèse de l'arthrodèse sous-talienne a été retiré le 23 novembre 2018. Le médecin écrit encore ceci :

« En conclusion le patient présente donc un léger bénéfice de cette ablation des deux vis. Il garde par contre comme prévu des douleurs résiduelles post-chirurgicales et post-traumatiques de son arrière-pied, également liées à une arthrose débutante de l'articulation calcanéocuboïdienne. Il présente aussi des éléments neuropathiques dans le territoire du nerf sural.

Dans ce contexte il n'y a plus d'indication à d'autres investigations car comme je l'ai mentionné dans mon courrier précédent il n'y aura pas d'autres gestes chirurgicaux à faire au vu d'un risque élevé de complications. Je pense qu'à ce stade le patient pourrait encore bénéficier de quelques séances de physiothérapie pour essayer d'améliorer le drainage et le tonus musculaire. Je lui ai donc fait une prescription dans ce sens.

Je ne pense pas que ce patient pourra retravailler comme maçon au vu de la douleur chronique qu'il présente et un arrêt de travail depuis 2015. Je propose encore de l'adresser à un centre d'antalgie pour essayer d'optimiser le traitement anti-douleurs.

Je prolonge l'arrêt de travail à 100 % pendant 1 mois pour laisser le temps au patient de régulariser sa situation avec la SUVA et l'AI. J'adresse aussi un courrier de demande de rendez-vous auprès de notre centre d'antalgie où le patient sera convoqué dans les meilleurs délais. »

Il résulte également de l'arrêt de la CASSO que le 18 mars 2019, le recourant l'a avisée qu'une expertise orthopédique allait être mise en œuvre et avait requis « une prolongation de délai, jusqu'à droit connu sur l'expertise annoncée », demande qui a été rejetée par avis de la juge instructeur du 22 mars 2019.

En droit, la CASSO a retenu que la CNA, se fondant sur les conclusions des Drs Y._____ et E._____, était légitimée à considérer que l'état de santé de l'assuré était stabilisé en date du 31 juillet 2017 et

à mettre un terme au versement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge du traitement médical à compter de cette date.

S'agissant du droit éventuel à une rente d'invalidité, la CASSO a relevé qu'il n'était pas contesté que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de maçon.

Pour le surplus, elle a retenu que la CNA, se fondant sur les rapports probants de la Clinique B._____, ainsi que sur ceux des Dr R._____, Y._____ et E._____, était légitimée à considérer que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant le port de charges lourdes, les marches prolongées ou en terrains irréguliers, les montées ou descentes d'escaliers ou d'échelles, ainsi que les positions contraignantes pour la cheville.

C. Par lettre du 16 juillet 2020, l'assuré a transmis à la CNA une expertise des Hôpitaux K._____ pour laquelle ils ont été mandatés par l'assuré le 7 mars 2019 et dont le rapport date du 7 juillet 2020. L'assuré a exposé qu'il considérait que cette expertise constituait un fait nouveau motivant une reconsidération, respectivement un nouvel examen du droit à la rente. Il a conclu à une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité d'au minimum 55 % avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2017.

Par courrier du 11 août 2020, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle n'avait pas la possibilité de reconsidérer ou de procéder à une révision de la situation, dans la mesure où la décision attaquée avait été confirmée par arrêt de la CASSO et que seule une requête en reconsidération ou révision auprès du tribunal ayant prononcé le jugement était possible.

D. Par requête du 2 novembre 2020 à la CASSO, J._____ a demandé la révision de l'arrêt du 24 juin 2019, se fondant sur l'expertise des Hôpitaux K._____. Il a produit, par la suite, un rapport du 29 décembre 2020 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi qu'un rapport non daté du Centre hospitalier L._____, reçu le 26 octobre 2021.

Par réponse du 24 novembre 2020, la CNA a conclu au rejet. Elle s'est encore déterminée quant aux rapports produits par courrier du 16 novembre 2021.

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). 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 (art. 61 let. i LPGA). Cette disposition impose aux cantons de prévoir, en son principe, la possibilité d'une révision en présence des deux motifs classiques de celle-ci mentionnés à l'art. 61 let. i LPGA (Jean Métral, *in* Commentaire romand de la LPGA, n° 133 ad art. 61 LPGA ; cf. aussi ATF 111 V 51).

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

b) 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.

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

d) Saisie d'une demande de révision, l'autorité la déclare irrecevable lorsque les conditions de forme, relatives aux délais, aux 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. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012 n. 2 ad art. 105 LPA-VD, p. 460).

e) La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt de la CASSO rendu le 24 juin 2019. La demande de révision de l'arrêt cantonal a été déposée le 2 novembre 2020 auprès de la cour compétente (cf. art. 102 LPA-VD). Cette demande fait suite à la réception, le 17 juillet 2020, du rapport d'expertise des HUG du 7 juillet 2020. La demande de révision a dès lors été déposée dans le délai légal de nonante jours dès la réception de l'expertise des HUG (cf. art. 101 LPA-VD), compte tenu des fêtes d'été, art. 96 al. 1 let. a LPA-VD et 105 al. 1 LPA-VD).

3. a) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, de révision d'un jugement cantonal conformément à l'art. 61 let. i LPGA ou de révision d'un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale

du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110 ; TF 8C_120/2017 du 20 avril 2017 consid. 2).

b) 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 qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_12/2014 & 1F_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 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 (TF 8C_824/2014 du 29 décembre 2014, consid. 2 et les références citées).

c) Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir 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 (ou une nouvelle expertise) 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 l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence

de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et 127 V 353 consid. 5b).

d) 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. Bovay/Blanchard/Grisel Rapin, *op. cit.*, n. 4 ad art. 100 LPA-VD p. 454).

4. a) En l'espèce, contrairement à ce que prétend le requérant, l'arthrose de l'articulation de Chopart n'est pas un diagnostic nouveau qui n'avait jamais été posé. Il l'a en effet été par la Dre Z._____ dans ses rapports des 16 novembre 2018 et 21 février 2019 (« arthrose débutante de l'articulation calcanéocuboïdienne »). Le SDRC (syndrome douloureux régional complexe) a, quant à lui, été évoqué par la Clinique S._____ (cf. rapport du 3 avril 2017). D'ailleurs, dans le rapport d'expertise des Hôpitaux R._____, il est expressément mentionné que ce diagnostic a été posé par le Dr L._____ (cf. rapport d'expertise du 7 juillet 2020, p. 4 ; examen du 15 février 2017). Les Drs [...] et [...] ont en outre discuté ce diagnostic dans leur appréciation du 20 mars 2018. S'agissant du nerf sural, il a fait l'objet d'une neurolyse en juillet 2016. Le requérant ne conteste d'ailleurs pas que le diagnostic de neuropathie du nerf sural existait déjà. Il en va de même pour l'arthrose sous-talienne post-traumatique qui a donné lieu à une arthrolyse, également en juillet 2016. Force est donc de constater que l'expertise des Hôpitaux R._____ n'apporte strictement rien de nouveau sur le plan médical mais n'est qu'une appréciation différente d'une même situation.

b) Les autres rapports produits par le requérant en cours de procédure (cf. rapport du 29 décembre 2020 du Dr A._____ et rapport du Centre hospitalier Y._____, non daté, reçu le 26 octobre 2021), ne font pas davantage de constatations véritablement nouvelles relatives aux

faits pertinents pour une révision de l'arrêt du 24 juin 2019. L'évolution de l'état de santé du requérant postérieurement à cet arrêt n'est pas déterminante dans ce contexte.

5. a) Compte tenu de ce qui précède, les conditions posées par l'art. 61 let. i LPGA ne sont pas réunies en l'espèce. La requête de révision introduite le 2 novembre 2020 doit par conséquent être rejetée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au requérant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

I. La demande de révision introduite le 2 novembre 2020 par J._____ est rejetée.

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 :

- J._____,
- 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 :