

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2022

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

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. a) X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité de monteur en ascenseurs auprès de [...].

Le 4 août 2016, l'assuré s'est blessé à la cheville droite en descendant dans la fosse d'un ascenseur, à une profondeur d'environ un mètre. Après avoir mené à terme sa journée de travail sans ressentir d'impotence dans la charge ni à la marche, il a consulté le Service des urgences du T._____ (ci-après : T._____) le 7 août 2016. Au status, la cheville droite ne présentait ni tuméfaction, ni hématome ; la palpation et la mise sous tension du ligament latéral externe était sensible ; le reste de la cheville, du péroné et de l'avant-pied était indolore ; aucun trouble neurovasculaire n'était présent, les radiographies du genou et de la cheville n'avaient pas révélé de lésions osseuses. Compte tenu de ces constatations, les diagnostics d'entorse bénigne du genou droit et d'entorse de stade 1 du ligament latéral de la cheville droite ont été posés et un arrêt de travail a été prescrit (cf. rapport du 8 août 2016 du Dr W._____).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), assureur-accidents de l'employeur, a pris en charge le cas.

Après une brève tentative de reprise d'activité à six semaines de l'accident, d'abord à 100%, puis à 50%, l'assuré s'est à nouveau retrouvé en totale incapacité de travail dès le 25 novembre 2016.

En raison de la persistance des douleurs à la cheville et au niveau de la région lombaire, l'assuré a consulté le Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans un rapport du 6 janvier 2017, le chirurgien a relevé que la marche était sans boiterie, le mouvement pointe-talon sans particularité, l'arrière-pied en valgus physiologique, se réduisant sur la pointe des pieds ; il a également mis en évidence une flexion et une extension de la cheville complètes et symétriques. Il n'existait pas de trouble neurovasculaire du membre inférieur et l'état cutané était « en ordre ». Le Dr Z._____ précisait qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 3 octobre 2016 avait mis en évidence un

œdème 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 B._____ (ci-après : B._____). Dans leur rapport du 10 avril 2017, les Drs G._____ et M._____, respectivement spécialiste en rhumatologie et spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont retenu les diagnostics d'inversion forcée de la cheville droite au travail en date du 4 août 2016, 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 lombalgie d'origine musculo-squelettique non spécifique irradiant dans le membre inférieur gauche (douleur référée non radiculaire), de discret trouble statique (bascule du bassin, attitude scoliotique plutôt que scoliose, cyphose dorsale à long rayon de courbure, lordose lombaire peu prononcée et discrète rétroversion du bassin), de discopathies dégénératives lombaires étagées, de quelques séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale et lombaire haute, et de surpoids. Les Drs G._____ et M._____ ont notamment fait les constats suivants :

« **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 [des deux côtés]. »

Dans un rapport du 19 avril 2017, le Dr Z._____ a indiqué que le status du pied droit était identique à celui prévalant lors du précédent examen. Il a précisé que l'IRM de contrôle pratiqué à la B._____ le 2 mars 2017 montrait une régression quasi-complète de l'œdème sous-talien et l'absence de signe de nécrose du talus. Le chirurgien retenait une bonne évolution de la cheville droite et préconisait une consultation auprès de spécialistes du rachis pour les lombosciatalgies non déficitaires irradiant aux deux membres inférieurs.

Dans un rapport du 2 mai 2017, le Prof. P._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de service à l'Hôpital orthopédique, a constaté une diminution de la mobilité du rachis par la douleur, surtout en inclinaison droite, en flexion et en extension, ainsi qu'une cheville droite en ordre. Il a retenu une bonne évolution de l'entorse de la cheville droite, parallèlement à des lombocruralgies gauches prédominantes, non déficitaires, possiblement en rapport avec un syndrome facettaire.

Le 7 juin 2017, l'assuré a été reçu à la consultation du Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé auprès de l'Unité de chirurgie spinale du T._____. Dans un rapport non daté, ce praticien a conclu à l'existence de lombalgies avec des sciatalgies bilatérales accompagnées d'un probable déconditionnement musculaire important et assorti d'un raccourcissement des chaînes postérieures non négligeable provoquant des douleurs aux membres inférieurs.

Selon un rapport du Prof. P._____ du 30 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, accompagnées d'une gêne à la marche majeure, ainsi que des douleurs et un tremblement des membres inférieurs imposant un arrêt après 100 mètres. A l'examen clinique, le Prof. P._____ a retenu une aggravation de la symptomatologie et a ordonné une nouvelle IRM à la recherche d'une éventuelle compression radiculaire.

Par communication du 22 août 2017, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles présentés par l'assuré à la colonne vertébrale lombaire, faute de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, avec l'événement du 4 août 2016.

Dans un rapport du 21 septembre 2017, les Drs H._____ et Q._____, respectivement spécialiste en neurologie et médecin assistant à la Consultation spécialisée de l'unité Nerf-Muscle du T._____, ont émis les constatations suivantes :

« 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. X. _____ 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 du 13 novembre 2017, le Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu compte de son examen clinique en ces termes :

« **Appréciation :**

(...)

M. X. _____, qui est venu avec sa fille, dit que les tremblements dont il est maintenant affligé et qui l'empêchent de marcher normalement ont commencé à Sion, même si rien n'est mentionné dans le rapport de sortie de cet établissement, et qu'ils se sont aggravés progressivement par la suite. Ils apparaissent de manière inopinée, même lorsque le patient est assis ou couché, mais systématiquement quand il se met debout, entravant considérablement la marche, qui est parfois totalement impossible. Selon le patient, ils seraient en relation avec des douleurs résiduelles de la face interne du pied D [droit], notamment du talon, mais sans lien avec des lombo-cruralgies qu'il n'évoque même pas, insistant sur le fait qu'il allait parfaitement bien avant l'accident. Il conduit quand même sa voiture sur de courts trajets.

En station debout, le patient est inexaminable. Il danse littéralement sur place, se tenant sur la pointe des pieds, les genoux légèrement fléchis, incapable de rester immobile, agité de tremblements

d'amplitudes et de fréquence variables, strictement limités au MI [membres inférieurs], qui vont complètement s'arrêter une fois qu'il sera couché.

En décubitus dorsal, la cheville D a un aspect parfaitement normal avec une artère tibiale postérieure dont on voit la pulsation mais comme à G [gauche]. Il n'y a aucun signe réactif manifeste. Il n'y a pas de discoloration, pas de différence de température entre les chevilles. Les téguments sont sp. [sans particularité]. Le pied D est transpirant mais pas plus que le G. La mobilité de la tibio-talienne est complète et symétrique. La sous-talienne n'est pas enraidie. Il n'y a pas de laxité anormale, les tendons péroniers sont en place. On note une discrète amyotrophie du mollet D mais le tonus et la force musculaire sont conservés à tous les niveaux. La coque talonnière est totalement indolore à la palpation. Il n'y a pas d'allodynie, pas de Tinel, notamment au niveau de la branche calcanéenne du nerf tibial postérieur. Les callosités sont bien marquées, normalement réparties, symétriques.

L'IRM de contrôle de la cheville D, réalisée le 02.03.2017, lors du séjour à la B. _____, ne montre pas de lésions significatives.

A noter également un examen neurologique avec ENMG [électroneuromyogramme] le 08.03.2017, sans anomalie objectivable.

Pour ma part, je n'identifie pas de séquelles de l'accident du 04.08.2016.

Le tableau clinique actuel est dominé par des mouvements anormaux qui semblent d'origine psychogène. »

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 de son médecin d'arrondissement, les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident du 4 août 2016.

b) Le 14 décembre 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision. Il a produit des photographies de son pied droit prises entre le 1^{er} et le 11 décembre 2017 ainsi que des rapports médicaux, parmi lesquels :

- un rapport du 24 novembre 2017 du Dr Z. _____ observant des tremblements de tout le corps en position debout, une absence de trouble trophique aux membres inférieurs, 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 une allodynie aux deux membres inférieurs.
- un rapport du 11 décembre 2017 du Dr C. _____, spécialiste en anesthésiologie, retenant le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (ci-après également : SDRC, CRPS [Complex Regional

Pain Syndrom], maladie de Südeck ou algoneurodystrophie) après possible fracture du calcanéum droit et d'état dépressif réactionnel. Le Dr C._____ rapportait des douleurs et des sensations de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit. Il 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. P._____ constatant 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. Le Prof. P._____ relevait 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 étaient restés sans explication autre que fonctionnelle. Le Prof. P._____ remarquait que ses constatations étaient compatibles avec un CRPS.

A l'issue d'une nouvelle appréciation du 29 décembre 2017, le Dr L._____ a observé que les lésions mises en évidence sur l'IRM du 3 octobre 2016 n'étaient plus visibles sur l'IRM de contrôle du 2 mars 2017 et que le diagnostic de CRPS posé par le Dr C._____ ne reposait que sur des éléments anamnestiques. Il a rappelé que ce diagnostic était essentiellement clinique, avec pour exigence la vérification d'un certain nombre de critères, dits de Budapest. Le Dr L._____ s'est notamment exprimé en ces termes :

« Des douleurs disproportionnées par rapport à l'atteinte organique ne sont pas suffisantes. Il faut que le patient présente un certain nombre d'autres symptômes dans différentes catégories répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de la peau, asymétrie de température ou de sudation, œdème, altération trophique, changement de pilosité etc. mais aussi que des signes cliniques correspondants soient objectivés.

M. X._____ évoque effectivement un certain nombre de symptômes de ce type, montre des photos à l'appui de ses affirmations, diversement interprétées selon les intervenants thérapeutiques, mais finalement, il n'y a rien d'objectivable. En conséquence, le diagnostic de CRPS ne peut pas être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante, l'impression qui prévaut étant clairement celle d'un trouble fonctionnel. »

La CNA a rejeté l'opposition de l'assuré le 5 janvier 2018, estimant que l'intéressé ne présentait pas de séquelles de son accident du 4 août 2016, que le diagnostic de CRPS pouvait être exclu et que le tableau clinique était dominé par des mouvements anormaux qui ne pouvaient pas s'expliquer d'un point de vue organique et qui semblaient d'origine psychogène. L'accident ayant été de peu de gravité, aucun lien de causalité adéquate entre lesdits troubles psychogènes et l'événement accidentel ne pouvait au demeurant être retenu.

c) 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'une maladie de Südeck, il a conclu principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 5 janvier 2018 et à l'octroi de plus amples prestations de l'assurance-accidents. A l'appui de sa contestation, il a notamment produit un rapport du 9 février 2018 du Dr C. _____ ainsi qu'un rapport du 15 août 2018 du Dr F. _____, médecin praticien, selon lequel son patient présentait une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un syndrome douloureux régional complexe.

Dans un arrêt du 5 novembre 2018 (AA 26/18 - 132/2018), la Cour de céans a rejeté le recours, au motif que les examens cliniques des Drs C. _____, H. _____ et Q. _____, P. _____ et Z. _____ n'avaient pas mis en évidence suffisamment de signes cliniques permettant de retenir le diagnostic de CRPS, que le lien de causalité entre l'accident et une telle pathologie pouvait en tous les cas d'emblée être nié faute de remplir les critères cumulatifs fixés par la jurisprudence et que la cheville droite de l'assuré ne présentait plus d'atteinte des suites de l'accident. Le tribunal a également exclu tout lien de causalité adéquate entre l'accident et l'éventuel trouble fonctionnel évoqué par les médecins, l'accident assuré étant indubitablement de peu de gravité.

d) Saisi par X. _____ le 13 décembre 2018, le Tribunal fédéral a rejeté le recours par arrêt du 10 mars 2020 (8C_863/2018), sur la base des considérations suivantes :

« 4.4 En l'espèce, le docteur L. _____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles le diagnostic de SDRC ne pouvait pas être retenu (rapports des 29 décembre 2017 et 31 mai 2018). Ainsi, il a tout d'abord rappelé que pour remplir les critères dits de Budapest, il fallait non seulement que le patient présente un certain nombre de symptômes dans différentes catégories

répertoriées, tels qu'hyperesthésie, changement de couleur de peau, asymétrie de température ou de sudation, oedème, altération trophique, changement de pilosité, mais également que des signes cliniques correspondants soient objectivés. Or, lors de son examen clinique du 13 novembre 2017, ce praticien n'avait relevé aucun signe clinique correspondant à un SDRC. L'aspect de la cheville droite était parfaitement normal, il n'y avait aucun signe réactif manifeste, pas de discoloration, pas de différence de température entre les chevilles, des téguments sans particularités, un pied droit certes transpirant mais pas plus que le gauche, une coque talonnière totalement indolore à la palpation et des amplitudes articulaires complètes et symétriques. De plus, l'assuré était en proie à des mouvements anormaux des membres inférieurs ce qui n'était pas compatible avec une algodystrophie, laquelle engendrait habituellement une sous-utilisation, voire une exclusion fonctionnelle du membre touché. Au surplus, le docteur L._____ a indiqué qu'il était improbable que les médecins de la B._____ « aient manqué » le diagnostic de SDRC à l'issue du séjour du recourant du 22 février au 22 mars 2017 alors que ces médecins ont une très grande expérience de cette pathologie, à laquelle ils pensent systématiquement en présence de douleurs persistantes difficilement explicables. Enfin, ce praticien a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles il se distançait des conclusions des docteurs C._____ et P._____. Ainsi, le premier avait retenu le diagnostic de SDRC essentiellement sur la base d'éléments anamnestiques. Quant au second, il n'avait relevé qu'un seul signe clinique correspondant aux critères de Budapest, ce qui n'était pas suffisant.

Les arguments du recourant ne permettent pas de remettre en cause cette appréciation. Si certaines constatations médicales auxquelles sont parvenus les médecins de la B._____ coïncident certes avec des critères dits de Budapest, ceux-ci n'ont précisément pas retenu le diagnostic de SDRC au terme d'un examen complet (séances de physiothérapie, évaluation des capacités fonctionnelles, examen psychosomatique, stage en ateliers professionnels, évaluation par un spécialiste du rachis, évaluation podologique). En outre, les rapports établis par le docteur C._____ ne permettent pas de constater que ce médecin a retenu le diagnostic de SDRC à la suite d'examens cliniques. En effet, dans son rapport du 11 décembre 2017, il fait état de certains symptômes correspondant aux critères de Budapest uniquement dans l'anamnèse, sans mentionner de signes cliniques objectivables. Puis, dans son rapport du 9 février 2018 - dont la cour cantonale a tenu compte (cf. p. 9 du jugement attaqué) - il se limite à indiquer, en réponse à un questionnaire, que le recourant « présentait une hyperalgésie de la région de la cheville et du talon, des anomalies de la coloration de températures cutanées, des anomalies de sudation, [une] faiblesse musculaire et des tremblements ». Quant au docteur F._____, il relève que le recourant « présente une diminution de la mobilité de la cheville droite avec un status pouvant évoquer un syndrome douloureux régional complexe », sans motiver son appréciation ni mentionner un quelconque examen clinique. S'agissant de l'avis du docteur P._____, le recourant ne conteste pas que ce médecin n'ait fait état que d'un seul signe clinique correspondant aux critères de Budapest. Enfin, en tant que le recourant se réfère au rapport du docteur N._____ du 3 novembre 2018, qu'il a produit en annexe du recours fédéral, celui-ci n'a pas été versé à la procédure

cantonale, il s'agit donc d'une preuve nouvelle qui ne peut être prise en considération par la Cour de céans (art. 99 al. 1 LTF). Il s'ensuit que la cour cantonale était fondée à se baser sur l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée et à nier l'existence d'un SDRC sans qu'il fût nécessaire d'ordonner une expertise médicale.

4.5 Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner le second grief du recourant en tant qu'il invoque un lien de causalité entre l'accident du 4 août 2016 et le SDRC dont il dit souffrir ».

B. **a)** Entretiens, le 21 mars 2019, X._____, toujours par l'entremise de son mandataire, a déposé une demande de révision de l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018. A l'appui de sa demande, il a produit un rapport d'expertise du 16 décembre 2018 du Prof. J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel, se fondant notamment sur un examen mis en œuvre par le Laboratoire de Cinésiologie [...] du Département de chirurgie S._____ le 11 décembre 2018, retenait les diagnostics de status post syndrome de Südeck, de status post fractures 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. Le Prof. J._____ précisait notamment que l'évolution d'un traumatisme banal vers une maladie de Südeck ou un syndrome de douleur chronique était bien acceptée et largement décrite dans la littérature médicale comme étant une séquelle reconnue d'un traumatisme banal, et que, dans le cas de l'assuré, les fractures sous-chondrales du talus, du calcanéum et de la malléole externe, accompagnées d'un tassement vertébral de D12, avaient, avec certitude, évolué vers une maladie de Südeck ou CRPS type I (sans lésions des nerfs périphériques) ou II (avec lésion des nerfs périphériques). Le Prof. J._____ en concluait que les douleurs et mouvements anormaux présentés par l'assuré étaient bien réels et en lien direct avec l'accident du 4 août 2016.

A l'appui de sa demande de révision, l'assuré a encore produit un rapport final de stage du 26 juin 2019 du Service de l'emploi et de la Fondation [...] dont il ressort qu'un stage débuté le 24 juin 2019 avait dû être interrompu après deux jours déjà en raison de son état de santé, ainsi qu'un rapport du Dr N._____, spécialiste en médecine physique et

réhabilitation, du 3 novembre 2018 (relatif à une consultation du 15 octobre 2018), retenant 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 droits sous forme d'allodynie, de status après entorse par inversion forcée de la cheville droite le 4 août 2016 à l'origine d'un étirement du ligament talo-fibulaire postérieur 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, de troubles de la personnalité histrionique, de lombosciatalgies bilatérales dans un contexte de spondylarthrose pluriétagée et de troubles statiques sous forme de scoliose sinistro-convexe lombaire. Le Dr N. _____ a précisé que même si le diagnostic d'algoneurodystrophie CRPS de type II n'avait pas été évoqué lors du séjour à la B. _____, l'anamnèse et le status confirmaient cette hypothèse comme cela avait été démontré lors des tests effectués au Centre d'Antalgie du T. _____.

b) Par arrêt du 11 octobre 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté la demande de révision, les éléments apportés par le requérant ne constituant pas des faits nouveaux permettant de considérer l'arrêt du 5 novembre 2018 comme entaché de défauts objectifs. La Cour de céans a considéré que les rapports médicaux des Drs J. _____ et N. _____ et le rapport de cinésiologie S. _____ du 11 décembre 2018 n'apportaient pas d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de la précédente procédure, mais constituaient tout au plus une appréciation différente de celle retenue par la Cour dans son arrêt du 5 novembre 2018.

c) Contesté par le biais d'un recours de droit public, l'arrêt cantonal du 11 octobre 2019 a été confirmé par le Tribunal fédéral dans un arrêt du 25 février 2020, rejetant le grief tiré de la violation de la garantie d'un tribunal indépendant et impartial.

C. Dans l'intervalle, le 24 juin 2019, X. _____ a annoncé à la CNA une rechute ou des séquelles tardives de l'accident du 4 août 2016,

arguant du fait que son pied droit ne tenait plus, qu'au contact de son talon droit par terre, tout son membre inférieur se mettait à trembler, qu'il ressentait des douleurs nocturnes, des douleurs au niveau de la jambe et de l'épaule gauche ainsi que des douleurs constantes au niveau de la cheville droite et de la colonne lombaire. A l'appui de sa demande, il a produit les rapports du Dr J. _____ du 16 décembre 2018 et du Dr N. _____ du 3 novembre 2018, ainsi que le rapport de cinésiologie S. _____ du 11 décembre 2018, documents déjà transmis au Tribunal cantonal dans le cadre de la procédure de révision précitée.

La CNA a suspendu le traitement de cette demande jusqu'à droit connu dans les procédures judiciaires en cours.

Le 29 avril 2020, l'assuré a transmis à la CNA le rapport du 26 juin 2019 du Service de l'emploi et de la Fondation [...] évoquant l'interruption d'une mesure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle après deux jours, pour des raisons de santé.

Par décision du 14 juillet 2020, la CNA a refusé d'entrer en matière sur l'annonce d'aggravation ou de rechute, les éléments invoqués par l'assuré à l'appui de sa demande ayant déjà été pris en compte dans le cadre des arrêts cantonal et fédéral ayant confirmé la fin des prestations du 26 novembre 2017.

L'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 9 septembre 2020. Se fondant sur une étude de la CNA, il a fait valoir qu'il avait rempli dans les huit semaines suivant l'accident tous les critères permettant de soupçonner la survenance d'un Südeck, soupçon qui avait ensuite été confirmé par les Prof. P. _____ et J. _____ ainsi que par les Drs C. _____, F. _____ et N. _____. Arguant subir une péjoration de son état de santé empêchant la reprise de toute activité professionnelle, l'assuré a conclu à ce qu'il soit entré en matière sur son annonce d'aggravation ou de séquelles tardives et qu'il lui soit alloué des prestations.

Par décision sur opposition du 18 décembre 2020, la CNA a confirmé sa décision du 14 juillet 2020, estimant que les troubles allégués par l'assuré (tremblements, maladie de Südeck, incapacité de suivre un stage) comme étant constitutifs de l'aggravation déclarée en juin 2019 tombaient sous le coup de la décision du 20 novembre 2017, entrée en force après avoir été confirmée par les juridictions cantonale et fédérale.

D. Par acte du 29 janvier 2021, X._____, toujours représenté par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition de la CNA du 18 décembre 2020, dont il a conclu à l'annulation, suivie de l'octroi de plus amples prestations en lien avec la rechute annoncée le 24 juin 2019 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il a en substance fait valoir qu'il ressortait des rapports des Dr N._____ du 3 novembre 2018 et du Prof. J._____ du 16 décembre 2018 qu'il souffrait de douleurs à la cheville droite et à la colonne lombaire ainsi que de mouvements anormaux, tous imputables à l'accident du 4 août 2016. Le recourant a également soutenu que les pièces médicales au dossier permettaient de retenir qu'il avait connu, dans les huit semaines suivant son accident, une forte intensité douloureuse au niveau de la cheville droite qui l'avait contraint à consulter le 7 août 2016, qu'il avait développé un œdème douloureux sous-talien mis en évidence par l'IRM du 3 octobre 2016, qu'il avait présenté une limitation prononcée du membre touché qui l'avait contraint à cesser son activité professionnelle, et qu'en cela, il remplissait tous les critères de diagnostics d'un Südeck, comme l'avaient d'ailleurs confirmé les Drs P._____ (12 décembre 2017), C._____ (11 décembre 2017), F._____ (15 août 2018), N._____ (15 octobre 2018) et J._____ (16 décembre 2018).

Le 11 mars 2021, le recourant a complété son mémoire de recours par le dépôt d'un rapport du 26 février 2021 des Dres K._____ et V._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Consultation Psychothérapeutique pour [...] de l'association [...], répondant aux questions de son mandataire. Les psychiatres ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique

(F32.2 ; score de 36/39 sur l'échelle de Beck), accompagné d'un trouble somatoforme sans précision (F45.9). Elles ont relevé à cet égard qu'un examen électrophysiologique du 30 juillet 2020 avait conclu à un trouble neurologique fonctionnel : l'assuré ne présentait pas d'atteinte nerveuse périphérique ou radiculaire et ses symptômes variaient en amplitude en fonction des émotions et de l'attention que le patient portait à ses membres inférieurs et pouvaient diminuer ou disparaître s'il portait son attention ailleurs. Les Drs K._____ et V._____ ont attesté une incapacité de travail de 100% dans tous les types d'activités et précisé que l'assuré rencontrait des difficultés graves à poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou ménagères. Indiquant suivre l'assuré depuis le 4 janvier 2021, elles ont précisé que l'assuré faisait remonter la symptomatologie évoquée à la survenance de l'accident du 4 août 2016, avec une évolution péjorative progressive depuis lors.

Dans une réponse du 7 avril 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Elle a fait valoir qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé ou une rechute, dès lors que les circonstances invoquées par le recourant à ce titre étaient déjà connues au moment où elle avait mis fin à ses prestations en lien avec l'accident du 4 août 2016 par décision du 20 novembre 2017, confirmée en dernier lieu par le Tribunal fédéral. L'intimée a eu outre estimé que c'était à tort que le recourant soutenait que le rapport du 26 février 2021 des Drs K._____ et V._____ corroboraient une aggravation de son état de santé en lien de causalité avec l'accident assuré.

Par réplique du 24 juin 2021, le recourant a maintenu l'existence d'une aggravation ultérieure à la décision du 20 novembre 2017, l'algoneurodystrophie CRPS de type II attestée par le Dr N._____ le 3 novembre 2018 n'étant pas manifeste lors du séjour à la B._____. Il en a déduit que son état de santé avait connu une péjoration sous la forme d'un étirement du nerf sural et des branches calcanéennes latérales provoquant d'importants tremblements au niveau de la jambe droite. Au titre de mesure d'instruction complémentaire, il a requis la production du

dossier de l'Office régional de placement de [...] (ci-après : ORP), dont il ressortait plusieurs interruptions de stages pour des raisons de santé. Il a en outre transmis au tribunal copie d'un courrier du même jour à la CNA demandant à l'assureur de rendre une décision formelle confirmant sa communication du 22 août 2017 selon laquelle les troubles de la colonne vertébrale lombaire n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016.

Par duplique du 15 juillet 2021, l'intimée a maintenu ses conclusions, en faisant notamment valoir que les éléments soulevés par le recourant (CRPS, troubles lombaires et interruptions de stages ORP) avaient été pris en compte dans les procédures antérieures. Elle a également indiqué que, dès lors que les troubles lombaires figuraient déjà dans la décision sur opposition du 5 janvier 2018 et l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018 qui l'a confirmée, ainsi que dans l'acte de recours du 29 janvier 2021, elle s'estimait dessaisie de cet objet, pour lequel elle s'en remettait à justice.

Par déterminations ultérieures des 29 juillet et 26 août 2021, les parties ont maintenu leurs conclusions, le recourant soutenant notamment que les troubles lombaires relevaient du présent litige, puisqu'ils avaient fait pour la première fois l'objet d'une décision formelle sujette à recours par la décision sur opposition du 18 décembre 2020.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser d'entrer en matière sur la déclaration de rechute et de séquelles tardives du 24 juin 2019.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).]

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

293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

4. Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. Dans le cas d'espèce, il convient d'examiner si les troubles invoqués par le recourant peuvent être mis en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016 au titre de rechute ou de séquelles tardives.

a) Le recourant invoque tout d'abord différentes atteintes somatiques, touchant ses membres inférieurs, sa colonne lombaire et son épaule gauche. Il expose ainsi que, dans son rapport du 16 décembre 2018, le Prof. J._____ a constaté des tremblements incontrôlables, un changement de couleur du pied droit passant de pâleur à rougeur, une ébauche de clonus surtout au pied droit, tout de suite épuisé à la sollicitation en dorsoflexion forcée, des douleurs constantes à la cheville droite et à la colonne lombaire, que le médecin a qualifiés de bien réels et en lien direct avec l'accident du 4 août 2016, et qu'il a considérés comme étant la cause prépondérante de l'incapacité de travail du recourant, précisant qu'il ne voyait pas en l'état dans quel type d'activité lucrative le recourant pourrait travailler. Le recourant relève encore que le Prof. J._____ a affirmé pouvoir admettre avec certitude que, dans le décours de son traumatisme, il avait souffert d'un Südeck qui pouvait apparaître dans les suites à distance d'un traumatisme et que compte tenu des fractures certes non déplacées apparaissant à l'imagerie, la survenance d'une telle atteinte n'étant pas exceptionnelle et faisant partie du cours ordinaire d'un certain nombre de traumatismes. Le recourant se réfère encore à une étude de la CNA, dont il ressort qu'il y a lieu de soupçonner un CRPS de type I lorsque dans les huit semaines d'un événement déclenchant, les patients développent un œdème douloureux, font état d'une forte intensité douloureuse et présentent une limitation prononcée de la mobilité du membre touché. Arguant du fait qu'il remplit ces trois critères, il soutient qu'il présente une maladie de Südeck des suites de l'accident du 4 août 2016, ce qui a par ailleurs été confirmé par les Drs P._____, C._____, F._____ et N._____. Si le diagnostic de CPRS n'était pas manifeste lors du séjour à la B._____, il était devenu évident pour les Drs N._____ et C._____. Le recourant se réfère plus particulièrement à l'appréciation du Dr N._____ qui, dans son rapport du 15 octobre 2018 (recte : du 3 novembre 2018 relatif à la consultation du 15 octobre 2018), a constaté des tatalgies droites à la moindre mise en

charge du talon droit, déclenchant instantanément des tremblements intenses, inépuisables, s'étendant sur l'ensemble du membre inférieur puis au niveau du socle lombo-pelvien, s'accompagnant de troubles posturaux compensatoires et d'une importante boiterie, l'ayant conduit à conclure à une 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 sous forme d'allodynie, dit étirement constituant selon le recourant une péjoration de son état de santé, provoquant un important tremblement de sa jambe droite.

b) Le recourant s'emploie pour l'essentiel à défendre l'hypothèse selon laquelle il serait atteint, ou aurait été atteint, d'une maladie de Südeck, qui constituerait une séquelle tardive ou une rechute de son accident du 4 août 2016 et qui serait notamment à l'origine des tremblements du membre inférieur droit dont il souffre. Son argumentation ne saurait toutefois être suivie. Tous les éléments médicaux qu'il met en avant à cet égard, et notamment les symptômes survenus dans les huit semaines suivant l'accident, étaient connus de la Cour de céans et du Tribunal fédéral lorsqu'ils ont conclu que le diagnostic de CRPS ou de maladie de Südeck ne pouvait pas être retenu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Or, de jurisprudence constante, à partir du moment où une décision judiciaire (ou un jugement) est en force de chose jugée formelle (formelle Rechtskraft), c'est-à-dire est définitive (parce qu'elle ne peut plus être remise en cause par un appel), elle revêt l'autorité de la chose jugée (matérielle Rechtskraft), en ce sens qu'elle est obligatoire pour les parties et les tribunaux. Elle ne peut plus être remise en cause que par la voie qui permet de revoir les décisions judiciaires, à savoir la révision (ATF 127 III 966 consid. 3b/bb ; TF 4A_292/2017 consid. 3.1).

Dans le cas d'espèce, il a résulté de la procédure de recours devant le Tribunal fédéral contre l'arrêt cantonal du 5 novembre 2018 que le diagnostic de CRPS ne pouvait pas être retenu. Le Tribunal fédéral a ainsi confirmé par arrêt du 10 mars 2020 l'arrêt de la Cour de céans, en ce sens qu'elle était fondée à nier l'existence d'un CRPS. La même

conclusion s'est imposée à l'issue de la procédure de révision, qui n'a pas abouti, faute pour le recourant d'être parvenu à établir l'existence de faits nouveaux (arrêt de la Cour de céans du 11 octobre 2019, confirmé par le Tribunal fédéral le 25 février 2020).

Il convient à ce stade de rappeler qu'il y a rechute lorsqu'une même atteinte à la santé conséquence d'un accident se manifeste à nouveau, après avoir été considérée comme guérie. Or, en aucun cas ne peut-il y avoir rechute d'une atteinte dont l'existence n'a pas été admise, comme c'est le cas en l'espèce du CRPS. On ne saurait non plus envisager qu'un CRPS soit apparu en tant que séquelle tardive de l'accident du 4 août 2016 ultérieurement aux arrêts précités de la Cour de céans en procédure ordinaire et en procédure de révision. Il est en effet établi par la jurisprudence qu'une telle atteinte, pour être reconnue, doit survenir à relativement brève distance d'un traumatisme (TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5.1 publié in SVR 2021 UV n° 9 p. 48). S'il a été reconnu que ce laps de temps n'était pas une valeur strictement absolue, et qu'un CRPS pouvait, selon les cas, être reconnu même si les symptômes constitutifs apparaissaient au-delà des huit semaines après l'accident, il n'est jamais ressorti de la jurisprudence fédérale qu'il pouvait être envisagé que le délai de latence entre l'événement traumatique et l'apparition du trouble s'étende sur plusieurs années, soit comme ici, sur une période de deux à trois ans. Cela étant, le rapport du Dr N._____ du 3 novembre 2018 sur lequel le recourant fonde son annonce de rechute et séquelles tardives ne permet pas de fonder le diagnostic de CRPS. Dans son arrêt du 11 octobre 2019, la Cour de céans avait d'ailleurs relevé que le Dr N._____ n'apportait aucun élément de diagnostic qui aurait été ignoré dans le cadre de la procédure antérieure au fond et qu'il avait corrélié temporellement le diagnostic de CRPS avec les tests effectués au Centre d'antalgie du T._____ en août 2017, n'apportant ainsi aucun 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 courte latence n'était pas réalisé. On notera également à cet égard que dans son rapport d'expertise du 16 décembre 2018, le Prof. J._____ a évoqué un status post syndrome de Südeck et un mouvement

(tremor) anormal du membre inférieur droit séquellaire à un Südeck, en se fondant sur les rapports médicaux figurant au dossier. C'est dire qu'au moment de son examen, en décembre 2018, il n'a pas constaté l'existence concrète et actuelle d'une telle atteinte mais a estimé qu'elle était survenue antérieurement, à un moment qu'il ne précise pas, sur la base des constatations de ses confrères, dont les rapports avaient été pris en compte par les instances judiciaires cantonale et fédérale dans leurs différents jugements. Le recourant ne peut donc valablement prétendre souffrir de la maladie de Südeck au titre de rechute ou de séquelle tardive de l'accident du 4 août 2016.

Tel est également le cas des douleurs à la cheville droite et des tremblements du membre inférieur droit. Les douleurs de cheville ont de tout temps existé depuis l'accident du 4 août 2016 et les tremblements ont été signalés pour la première fois par le Prof. P. _____ le 30 juin 2017 déjà, puis par l'ensemble des médecins ayant examiné le recourant. Ces éléments ont donc été pris en compte dans le jugement cantonal du 5 novembre 2018 ainsi que dans le jugement en révision du 11 octobre 2019, de sorte qu'ils ne sauraient être invoqués au titre de rechute ou de séquelles tardives de l'accident assuré.

S'agissant des douleurs lombaires invoquées par le recourant, on relève qu'elles ont été signalées par le Dr Z. _____ le 6 janvier 2017 déjà. Lors de son séjour à la B. _____ début 2017, le recourant s'est vu diagnostiquer des lombalgies d'origine musculo-squelettique non spécifiques, un discret trouble statique (bascule du bassin, attitude scoliotique plutôt que scoliose, cyphose dorsale à long rayon de courbure, lordose lombaire peu prononcée et discrète rétroversion du bassin) et des discopathies dégénératives lombaires étagées ainsi que quelques séquelles de dystrophie rachidienne de croissance dorsale et lombaire haute (cf. rapport de la B. _____ du 10 avril 2017). La radiographie de la colonne lombaire du 24 février 2017 avait notamment constaté l'absence de fracture, de lésion osseuse et de tassement vertébral et l'IRM lombaire du 2 mars 2017 avait exclu toute compression des structures nerveuses.

Le Dr P._____, avait constaté une diminution de la mobilité du rachis par la douleur et retenu des lombocruralgies gauches prédominantes, non déficitaires, possiblement en lien avec un lien facettaire (cf. rapport du 2 mai 2017). Le Prof. R._____ avait quant à lui fait état de lombalgies avec des sciatalgies bilatérales probablement assorti d'un déconditionnement musculaire important et d'un raccourcissement des chaînes postérieures non négligeable. L'intimé a refusé la prise en charge des troubles lombaires par une communication du 22 août 2017, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité certain ou du moins vraisemblable avec l'accident du 4 août 2016. L'assuré n'a pas sollicité de décision formelle confirmant cette communication, de sorte que la décision du 20 novembre 2017 mettant fin aux prestations n'examine pas la question du lien de causalité entre l'accident assuré et les douleurs lombaires, qu'elle ne mentionne même pas ; quant à la décision sur opposition du 5 janvier 2018, elle se limite à faire référence à la communication informelle du 22 août 2017. Dans le cadre de la procédure de révision, le recourant a produit le rapport d'expertise privée du Prof. J._____, qui retenait notamment le diagnostic de tassement vertébral D12, qu'il a considéré en lien avec l'accident du 4 août 2016. Dans son arrêt du 11 octobre 2019, la Cour de céans a toutefois retenu que le tassement vertébral D12 évoqué par le Prof. J._____ et les lombosciatalgies bilatérales mentionnées par le Dr N._____ ne relevaient pas de l'objet du litige qui lui était soumis, puisqu'ils n'avaient pas fait l'objet d'une décision de l'intimée, seule une communication informelle de refus de prise en charge ayant été adressée au recourant le 22 août 2017. Cet arrêt de révision étant entré en force, le recourant ne saurait revenir sur ses conclusions via l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives. On suit d'ailleurs mal le recourant lorsqu'il affirme dans son écriture du 29 juillet 2021 que ses troubles lombaires relèvent de l'objet du présent litige puisqu'ils font pour la première fois l'objet d'une décision formelle sujette à recours dans le cadre de la décision sur opposition du 18 décembre 2020, alors que cette dernière n'en fait pas état. Le sort des douleurs lombaires n'ayant pas été examiné dans le cadre d'une procédure au fond au niveau administratif, il appartenait au recourant de requérir une décision formelle de refus de prise en charge dès réception de la communication du 22 août 2017,

comme l'y autorise l'art. 51 al. 2 LPGA. C'est d'ailleurs ce qu'il a fini par faire, en date du 24 juin 2021. Il appartient donc à la CNA de statuer sur cette requête de décision formelle. En tout état de cause, cette problématique sort de l'objet de la présente procédure.

Enfin, les douleurs à l'épaule gauche telles qu'évoquées par le recourant à l'appui de son annonce du 24 juin 2019 ne sauraient conduire à des conclusions différentes. L'intéressé ne produit en effet aucune pièce médicale qui attesterait d'investigations ou de traitement à ce niveau. Il n'existe donc aucun élément susceptible d'établir un diagnostic, et encore moins un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 4 août 2016.

En définitive, au plan somatique, le recourant tend à remettre en question les arrêts cantonaux et fédéraux rendus sur ses droits aux prestations de l'assurance-accidents en lien avec l'événement du 4 août 2016. Or, ceux-ci, entrés en force, ne sauraient être contestés par le biais de la présente procédure. Il a déjà été exclu au cours des procédures judiciaires antérieures qu'il subsiste des atteintes en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016. Le recourant n'apporte aucun élément qui permettrait de conclure qu'une atteinte à la santé non prise en compte dans le cadre desdites procédures judiciaires serait depuis lors survenue et serait susceptible de constituer une rechute d'un état de fait alors considéré comme guéri, ou représentant une nouvelle atteinte qui pourrait être qualifiée de séquelle tardive de l'accident assuré.

c) Le recourant invoque également souffrir de troubles psychiques, qu'il soutient être en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016. Il fonde ses conclusions sur le rapport établi par les Dres K._____ et V._____ le 26 février 2021, attestant qu'il présente un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et un trouble somatoforme sans précision (F45.9).

On constate cependant que ces troubles psychiques ont été annoncés pour la première fois devant la Cour de céans, à l'appui du

recours contre la décision ici entreprise. L'annonce de rechute ou de séquelles tardives du 24 juin 2019 litigieuse n'était quant à elle fondée que sur des troubles somatiques. Les conclusions du présent recours tendant à la prise en charge de séquelles tardives d'ordre psychique sortent donc de l'objet de la présente contestation et sont irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). Elle doit faire l'objet d'une nouvelle annonce auprès de l'intimée, si le recourant entend faire valoir des droits à cet égard.

On rappellera néanmoins que, selon la jurisprudence, pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées). Or, dans son arrêt du 5 novembre 2018, confirmé par le Tribunal fédéral le 10 mars 2020, la Cour de céans a déjà tranché la question en ce sens qu'il a considéré que l'accident était indubitablement de peu de gravité au sens de la jurisprudence précitée. Cette qualification, qui a acquis force de chose jugée, ne pourra pas être remise en cause dans des procédures ultérieures.

d) Au vu des considérations qui précèdent, il convient de retenir que c'est à juste titre que l'intimée a considéré qu'aucun des troubles annoncés par le recourant à l'appui de son annonce du 24 juin 2019 ne pouvait être considéré comme des rechutes ou des séquelles

tardives en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016, de sorte que c'est de manière fondée qu'elle a refusé d'entrer en matière sur la demande du recourant.

e) Le dossier étant complet, il permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que l'on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ni la production du dossier de l'ORP, telles que sollicitées par le recourant, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 124 V 190 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 18 décembre 2020 par la Caisse nationale d'assurance contre les accidents confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Le recourant est toutefois rendu attentif au fait que la Cour de céans se réserve le droit de lui mettre les frais de procédure à charge, comme le lui permet l'art. 61 let. f bis LPGA en cas de recours téméraires, s'il devait persévérer à déférer devant le tribunal des problématiques qui ont d'ores et déjà été tranchées de manière définitive.

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 18 décembre 2020 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est perçu de frais de justice 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 le recourant), à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :