



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00, F +41 26 304 15 01  
www.fr.ch/tc

605 2012 484

## **Arrêt du 23 novembre 2015**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président suppléant:

Johannes Frölicher

Juges:

Gabrielle Multone, Marc Sugnaux

Greffier-rapporteur:

David Jodry

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, requérant**

contre

**B. \_\_\_\_\_ SA, autorité intimée**

#### **Objet**

Requête de révision du 18 décembre 2012 de l'arrêt rendu le 14 juin 2012 dans la cause (605 2010 107) opposant A. \_\_\_\_\_ à B. \_\_\_\_\_

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1965, marié, père de deux enfants, a travaillé plusieurs années durant dans le domaine de la sécurité (agent en Suisse et à l'étranger, ...), puis s'est formé comme informaticien. Du fait de cette dernière profession apprise, il fut engagé en qualité de directeur de la succursale de C. \_\_\_\_\_ de la société D. \_\_\_\_\_, comme ingénieur-conseil. A ce titre, il était assuré auprès de B. \_\_\_\_\_, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Le 13 janvier 2009, à 17h00, alors qu'il quittait son lieu de travail, il a glissé sur une plaque de glace sur le parking devant l'immeuble de son entreprise et a chuté sur le côté droit. Souffrant d'importants maux de dos, il a d'abord consulté un ostéopathe, puis le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, et le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui lui ont prescrit des médicaments. Une IRM cervicale, réalisée le 19 janvier 2009, a notamment mis en évidence une hernie discale C6-C7; une intervention chirurgicale consistant en une discectomie cervicale antérieure et la mise en place d'une prothèse totale de disque C6-C7 eut lieu le 23 janvier 2009.

Le 16 juin 2009, l'assuré déposa une demande de prestations AI.

Le 23 avril 2010, l'assureur perte de gain, se référant notamment à des rapports d'observations effectuées en mars 2010, mit fin à ses prestations.

Peu après, le 5 mai 2010, tenant compte d'une discopathie C5-C6, l'assuré fut à nouveau opéré; le disque concerné, très dégénéré, fut également enlevé et remplacé par une prothèse totale par voie antérieure.

Par décision sur opposition du 11 mars 2010, B. \_\_\_\_\_ avait limité l'octroi de ses prestations liées à l'assurance-accidents à une durée de six mois, jusqu'au 12 juillet 2009, considérant qu'à partir de cette date, le cas relevait de l'assurance-maladie. Un recours contre cette décision fut rejeté par arrêt du Tribunal de céans du 14 juin 2012, entré en force.

B. Le 18 décembre 2012, l'assuré, représenté par un avocat, dépose, sous suite d'allocation d'une équitable indemnité de dépens et sans frais à sa charge, une requête de révision de l'arrêt susmentionné, celui-ci devant être annulé et B. \_\_\_\_\_ astreint à allouer les prestations prévues par la LAA (indemnités journalières et soins médicaux) en raison des lésions dont il souffre au niveau cervical également pour la période postérieure au 12 juillet 2009. En substance, le requérant fait valoir n'avoir découvert que le 27 septembre 2012 le motif de révision qu'il invoque, tiré d'un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_, du 19 septembre 2012, qui ne put donc être invoqué dans la procédure de recours. Ce document établit que la dégénérescence prématurée constatée au niveau du segment C5-C6 est la conséquence même de l'arthrodèse du segment C6-C7 et est donc en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 13 janvier 2009.

Dans ses observations du 1<sup>er</sup> février 2013, B. \_\_\_\_\_ conteste, en résumé, que les conditions de la révision soient remplies en l'espèce, le rapport précité ne constituant pas un élément qui n'était pas connu de l'assuré malgré toute sa diligence et qui ne pouvait être invoqué dans la procédure précédente, d'une part, et n'étant, s'agissant de sa portée, pas une pièce déterminante dans l'optique d'une révision de l'arrêt entrepris, d'autre part.

Le 14 mars 2013, le requérant dépose ses contre-observations. Il maintient ses conclusions, arguant que les conditions de la révision sont remplies en l'espèce, et que le rapport constitue bien une analyse complète de sa situation médicale.

B. \_\_\_\_\_ campe sur ses positions le 14 mai 2013.

Aucun échange d'écriture supplémentaire n'est ordonné.

C. Le 27 février 2014, l'assuré, représenté dans cette procédure par un autre mandataire, dépose recours contre une décision du 27 janvier 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI; procédure 608 2014 36).

Le 18 mars 2015, les parties sont informées de ce que le dossier constitué dans la procédure précitée est versé dans celle présente, respectivement que celui objet de cette dernière l'est dans celle relative à l'assurance-invalidité. Le 23 mars 2015, l'avocat du requérant indique qu'il n'assume plus la défense des intérêts de celui-ci, avec lequel il y a lieu de correspondre à son adresse privée désormais. Le courrier du 18 mars 2015 est, conséquemment, adressé directement au requérant.

D. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants de droit du présent arrêt.

## **en droit**

1. a) Selon l'art. 61 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, sous réserve des exigences fédérales prévues exhaustivement aux lettres a à i.

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

Cette disposition légale fixe les motifs de révision qu'il est possible de faire valoir en procédure cantonale mais laisse au droit cantonal la compétence de régler la procédure de révision (U. KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd., n. 229 *ad* art. 61; cf. aussi ATF 111 V 51). En particulier, la question du délai de révision relève du droit cantonal (arrêt TF 8C\_934/2009 du 24 février 2010 consid. 1.2 et la référence), en l'occurrence de l'art. 106 du code de procédure et de juridiction administrative du 23 mai 1991 (CPJA; RSF 150.1). L'art. 105 al. 1 let. a CPJA prévoit au demeurant un motif de révision semblable à celui rappelé plus haut, à savoir que l'autorité de la juridiction administrative procède, sur requête, à la révision de sa décision lorsqu'une partie allègue des faits ou produit des moyens de preuve nouveaux et importants.

b) La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110; cette disposition, contrairement à l'ancien art. 137 let. b OJ, ne contient plus l'expression impropre de "faits nouveaux", mais précise

qu'il doit s'agir de faits pertinents découverts après coup, à l'exclusion des faits postérieurs à l'arrêt, et dans le cadre duquel, sur le fond, la jurisprudence relative aux "faits nouveaux" garde toute sa portée; cf. ATF 134 III 669 consid. 2.1 et la jurisprudence citée; ATF 134 III 45 consid. 2.1).

Ne peuvent dès lors justifier une révision que les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure antérieure, des faits pouvaient encore être allégués, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, ces faits doivent être importants – pertinents –, c'est-à-dire de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt (ou la décision) entrepris et à conduire à un jugement, une solution différents en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2).

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la procédure précédente; cela implique également qu'il doit avoir fait preuve de toute la diligence que l'on peut exiger de lui, soit celle d'un plaideur consciencieux; celle-ci fera défaut si, par exemple, la découverte du fait ou du moyen de preuve est le fruit de recherches qui auraient pu et dû être effectuées plus tôt (arrêt TF 4A\_528/2007 du 4 avril 2008 consid. 2.5.2.2 et la référence). Une preuve est considérée concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut des éléments de faits 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 donc pas qu'un médecin ou un 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 la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; arrêts TF 9C\_178/2013 du 28 juin 2013 consid. 3.2, 8C\_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4, 8F\_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 et 8C\_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1).

c) A teneur de l'art. 106 CPJA, la requête de révision est adressée à l'autorité qui a pris la décision contestée dans les nonante jours dès la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans dès la notification de la décision.

Pour déterminer le moment de la découverte du motif de révision, il ne faut pas se fonder sur la connaissance effective (subjective) par le représentant légal mandaté ultérieurement, mais il faut examiner à partir de quand la personne habilitée à demander la révision a pu avoir connaissance du motif de révision (arrêts TF U 120/06 du 13 mars 2007 consid. 4.1 et U 465/04 du 16 juin 2005 consid. 1 et 2.2, résumé *in*: REAS 2005 p. 242).

d) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations" ou des "déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications

nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; arrêt TF 8C\_873/2014 du 13 avril 2015 consid. 4.2.1).

2. La requête de révision a été déposée dans les formes légales par un assuré, dûment représenté alors, et directement touché par l'arrêt dont est demandée la révision.

Dans le cas d'espèce, le requérant se prévaut, au titre de moyen de preuve concluant qu'il n'avait pu invoquer dans la procédure précédente, du rapport du 19 septembre 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_, FMH médecine physique et réhabilitation, dont il indique n'avoir découvert l'existence que le 27 septembre 2012, par l'entremise de son mandataire.

a) Il convient de vérifier d'abord si cette requête fut déposée dans le délai de 90 jours prévu par l'art. 106 CPJA et si l'assuré a fait montre de toute la diligence qu'on pouvait attendre de lui quant à ce nouveau moyen de preuve.

Pour le requérant, tel est le cas, la requête respectant le délai susmentionné, qui n'a commencé à courir qu'à partir du 27 septembre 2012. Il a en outre agi avec toute la diligence requise, ce qu'établissent la date du 2 mai 2012 à laquelle une demande de rapport fut faite et la lettre de relance, du 11 juin 2012. Devoir déposer en sus une requête de suspension de cause paraît dépasser largement les exigences qu'englobe cette notion de diligence; cela reviendrait d'ailleurs à prolonger toutes les procédures pendantes. Ce n'est qu'en apprenant qu'il existait une différence entre le diagnostic du praticien précité, consulté dans un premier temps dans une optique de soins exclusivement, et celui des Drs H.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ qu'il pouvait réagir, ce qu'il fit en informant son mandataire, lequel écrivit sans désespérer au médecin; toutes les démarches qu'on pouvait raisonnablement attendre du requérant ont été immédiatement opérées par son conseil.

La Cour observe ce qui suit:

Le requérant allègue (requête, ch. 42 s.) avoir consulté le Dr G.\_\_\_\_\_ le 13 décembre 2011, sur conseil d'un médecin-traitant, afin d'avoir son avis sur la situation; suite à ce rendez-vous, une IRM lui fut faite, le 21 décembre 2011, et il rencontra à nouveau ce praticien pour faire le point, début 2012 (sans autre précision; des détails à cet égard ne figurent pas non plus dans le rapport du 19 septembre 2012).

L'IRM précitée ainsi que le suivi du Dr G.\_\_\_\_\_ étaient connus des experts ayant rendu le rapport des 9 et 14 février 2012, daté du 13 mars de cette année-là (cf. p. 8 et 12). Dans son écrit du 19 juin 2012, transmis par l'assuré directement à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique également que son patient voit ce collègue, ajoutant ignorer les conclusions médicales de ce dernier; le Dr G.\_\_\_\_\_ figure en outre dans la liste des destinataires de ce rapport. Ce praticien est, avec l'assuré, mais sans que le mandataire de celui-ci paraisse avoir été mis au courant de cet élément, signataire de l'autorisation de levée du secret médical du 26 mars 2012, par laquelle la transmission directement au médecin des rapport(s) d'expertise(s) fut demandée, ce à quoi l'OAI déféra le 30 mars 2012 – elle l'avait fait pour d'autres médecins, des assurances, ainsi que le mandataire de l'assuré le 22 du même mois. Dans ses contre-observations, le mandataire du requérant soutient qu'un rapport médical fut demandé au Dr G.\_\_\_\_\_, le 2 mai 2012, immédiatement après que son mandant eut su et indiqué que ce médecin "pos[ait] un diagnostic différent" – ce dernier élément figure expressément dans l'écrit précité.

Est déterminant pour le délai pour requérir la révision le moment à partir duquel la personne habilitée à demander la révision – soit ici, l'assuré – a pu avoir connaissance du motif de révision.

Or, au vu des éléments évoqués ci-dessus, il appert que l'intéressé avait très vraisemblablement connaissance au début de 2012 déjà de ce que, selon lui, son médecin-traitant le Dr G. \_\_\_\_\_ retenait un diagnostic différent de ceux des experts s'étant prononcés quant à son état de santé. Ce dont il informa son mandataire au plus tard le 2 mai 2012. Cette connaissance apparaît ainsi avoir été (suffisamment) acquise avant même que ne fut rendu l'arrêt du 14 juin 2012. Il est dès lors hautement douteux que l'assuré, en faisant preuve de toute la diligence requise, au besoin en annonçant à l'Autorité judiciaire compétente l'existence d'un diagnostic différencié, ainsi qu'en requérant une suspension de cause et que l'arrêt ne soit pas rendu jusqu'à l'obtention d'un rapport de ce praticien, n'ait pu invoquer ce moyen de preuve dans la procédure précédente. Une telle manière d'agir ne reviendrait pas à créer le risque que toute procédure pendante soit ainsi prolongée indûment. Il n'est à cet égard pas inutile de rappeler que la révision d'un jugement cantonal au sens de l'art. 61 let. i LPGA constitue un moyen de droit extraordinaire – il permet éventuellement de revenir sur un arrêt pourtant entré en force. L'on relèvera au passage qu'en procédure devant l'OAI, une telle demande d'attente de la production d'un rapport d'un autre médecin avant que l'administration ne tranche fut faite (cf. courrier du 15 mai 2012).

Au vu de ce qui précède, la requête de révision paraît irrecevable. Ce point n'a cependant pas à être examiné plus avant pour les motifs suivants.

b) Selon le requérant, le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 19 septembre 2012, est arrivé à la conclusion que "la fusion d'un segment rachidien modifie la mécanique des zones jonctionnelles sus- et sous-jacentes et conduit à une dégénérescence prématurée de ces dernières." Cette "expertise" "prouve que la dégénérescence prématurée constatée au niveau C5-C6 est la conséquence même de l'arthrodèse du segment C6-C7 et est donc en lien de causalité naturel[le] et adéquat[e] avec l'accident du 13 janvier 2009".

La Cour retient ce qui suit:

Le Dr G. \_\_\_\_\_ indique que son rapport se base sur les diverses constatations réalisées au cours des entretiens conduits en clinique. Or, les indications de l'assuré quant à son accident – évènement central dans la présente procédure – paraissent devoir être prises avec une certaine réserve. En effet, le praticien relate qu'en janvier 2009, l'intéressé est "victime d'une chute sur la glace, se réceptionnant sur le dos avec un impact au niveau cervical". Or, cette description diverge par trop des premières indications fournies.

La déclaration d'accident LAA du 26 janvier 2009 mentionne simplement que l'intéressé a, le 13 janvier 2009, "glissé sur la glace et chute devant l'immeuble de l'entreprise". Le rapport initial du Dr F. \_\_\_\_\_, du 3 février 2009, rapporte uniquement une chute au travail. Lors de l'entretien avec son assureur, en compagnie de sa femme, du 2 février 2009, l'intéressé explique avoir glissé et fait une chute, le parking n'étant pas bien déblayé, être tombé sur le côté droit, et avoir pu rentrer avec sa voiture; au réveil, le lendemain, il avait très mal au dos (bloqué), que sa femme massa, sans que les douleurs (à cet endroit) ne disparaissent; le surlendemain, il consulta donc un ostéopathe; par la suite, ces douleurs subsistant et d'autres étant relatées aussi, au bras, à l'omoplate *et à la tête*, l'ostéopathe ne voulut pas le traiter à nouveau sans avis médical; en fin de semaine, il vit donc son médecin traitant; les médicaments prescrits ne soulageant pas ses douleurs, il alla aux urgences le lundi suivant; une IRM fut alors faite. A ce stade, à aucun moment, et en particulier pas auprès du Dr F. \_\_\_\_\_, qu'il vit le 20 janvier 2009, l'assuré n'a donc allégué avoir tapé (durement) sa tête du côté droit, ni avoir entendu alors un fort craquement cervical. On s'attendrait d'ailleurs qu'en de telles circonstances, un médecin soit immédiatement consulté, s'agissant d'un

choc à la tête avec un grand craquement cervical, respectivement que soit rapportée la présence et le traitement d'un hématome (à tout le moins) à l'endroit où la tête frappa le sol. Pourtant, ainsi que vu, il n'en fut rien. Même dans les différentes écritures aux dossiers (demande de prestations AI, etc.), seule sera invoquée une chute sur le côté droit, sans aucune mention d'un choc à la tête sur ce côté, pourtant d'une importance évidente s'agissant d'une atteinte cervicale. L'on notera aussi que dans sa décision du 26 février 2009, B. \_\_\_\_\_ retenait le défaut d'un choc direct et violent dans la zone de la colonne cervicale. Or, l'assuré (pas davantage que son épouse, lors de son appel du 3 mars 2009) ne contesta cet élément alors. Ce n'est finalement que dans le rapport de son médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, du 29 juin 2009, qu'est rapportée une "chute sur le côté D avec choc tête contre sol (+ craquement cervical)" pour la première fois – alors que le 26 janvier 2009, ce praticien attestait une incapacité de travail du 14 au 19 janvier 2009, pour cause de maladie. Et encore, cette description de l'accident, des premières douleurs ressenties et des traitements reçus subira-t-elle d'autres modifications ou précisions (cf. notamment: rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2010: il portait un ordinateur lorsqu'il chuta, tombant sur le côté droit et heurtant contre le sol la partie droite de sa tête en entendant un craquement dans sa nuque; en se relevant, il avait des douleurs dans l'épaule droite, la nuque et la tête, à droite, etc.; expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, du 7 juillet 2009: il a chuté sur l'hémicrâne et le côté droits, il a alors entendu un craquement; pas d'autres troubles immédiats; "j'ai glissé en tenant mon ordinateur et j'ai voulu le protéger ce qui fait que je suis tombé sur le côté droit, j'ai tapé la tête, j'ai pas perdu connaissance mais j'ai senti un grand craquement dans ma nuque"; il ressentira une douleur immédiate de localisation para-cervicale D..., etc.; rapport du chiropraticien K. \_\_\_\_\_, du 17 juillet 2009: chute sur le côté droit accompagnée d'un craquement dans la nuque; il n'a pu éviter le choc, car il chercha à protéger le portable qu'il tenait dans ses mains; rapport du Dr H. \_\_\_\_\_, du 27 novembre 2009: je suis tombé sur le côté droit, j'ai tapé la tête, j'ai pas perdu connaissance mais j'ai senti un grand craquement dans ma nuque; le patient ressentira une douleur immédiate de localisation para-cervicale D et du muscle trapèze D (...); rapport de la Dresse L. \_\_\_\_\_ du 22 juin 2010: "il s'est tapé la tête contre le trottoir en tombant"; expertise du Dr I. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2011: il glisse sur la plaque recouvrant le chemin en pente; violente chute sur le côté droit avec un choc direct de la tête et de l'épaule droite contre le sol; à la demande, il déclare avoir entendu distinctement un craquement puis senti une douleur localisée à la colonne cervicale, sans irradiation dans les membres supérieurs; massage de la nuque, réveil avec des douleurs localisée au milieu de la colonne cervicale...; rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 19 décembre 2013: chute de sa hauteur avec réception sur la région occipitale [et non plus sur le côté droit du crâne]).

Pour la Cour, au vu de ce qui précède, l'existence (d'une chute sur le dos et) d'un choc direct et violent à la région occipitale n'est ainsi pas sérieusement établie. Dans cette mesure, le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ repose sur une prémisse erronée.

Cela étant, s'agissant de sa portée, ceci: l'on s'étonnera d'abord que le Dr G. \_\_\_\_\_ fonde son rapport sur les conséquences d'une arthrodèse (avec renvoi à cet égard à 15 des 16 références qu'il cite; il mentionne également un article relatif aux effets d'un abord postérieur du rachis, alors que la pose d'une prothèse discale a lieu en principe par voie antérieure, comme les deux fois chez l'assuré, contrairement à l'arthrodèse), élément que reprend le requérant pour motiver sa demande de révision. Si une telle opération peut effectivement présenter l'inconvénient majeur d'altérer la biomécanique du rachis, d'entraîner une très importante sollicitation des étages adjacents (disques et articulaires postérieurs), pouvant dès lors contribuer à des lésions dégénératives créant une récurrence douloureuse, force est de constater qu'en l'espèce, le chirurgien F. \_\_\_\_\_ a renoncé à une telle fusion segmentaire rachidienne, optant pour la mise en place, à

deux reprises, d'une prothèse discale totale, alternative davantage susceptible de restaurer une mobilité normale à l'espace intervertébral pathologique et de protéger les niveaux adjacents d'une charge trop forte. Et précisément, ce médecin se félicita-t-il à plusieurs reprises de l'excellente mobilité de la nuque et des segments adjacents (cf. par exemple son rapport du 25 janvier 2010; réponses du 17 juin 2010; également expertise I. \_\_\_\_\_: p. 14, les fonctions de la colonne cervicale restent conservées, la symptomatologie douloureuse résiduelle est attribuable à des douleurs inflammatoires et musculaires non objectivables radiologiquement; p. 22, pas de limitations mécaniques; expertise N. \_\_\_\_\_, p. 5: le Dr F. \_\_\_\_\_ rejeta la suggestion du Dr J. \_\_\_\_\_ de retirer la prothèse et de fusionner le segment; p. 10, les mouvements cervicaux sont entiers dans toutes les directions, sans douleur dans le maintien des positions extrêmes; p. 13: il n'y a rien sur le plan somatique). On est donc loin de l'importante augmentation de la rigidité segmentaire qu'évoque le Dr G. \_\_\_\_\_ – peut-être dans le cadre d'une arthrodèse, qui n'a cependant pas eu lieu en l'espèce.

Ce qui précède est déterminant, puisque le requérant soutient que l'amyotrophie paravertébrale décrite par le Dr G. \_\_\_\_\_ est la conséquence (en lien de causalité naturelle et adéquate) du premier acte chirurgical subi en date du 23 janvier 2009.

On relèvera en outre que le médecin précité propose, en conclusion, la poursuite du traitement en physiothérapie pour "empêcher" la survenance insidieuse, en sus, de détériorations en rapport avec un enraidissement articulaire et l'apparition de contractures musculaires; et que les experts s'étant prononcés n'ont pas ignoré les douleurs (contractions, sensibilité) exprimées par l'assuré sur le plan de la musculature cervicale, mais ont notamment relevé la "fonctionnalité" demeurant dans toute la région de la nuque (cf. *supra*). A noter également que le médecin-traitant G. \_\_\_\_\_ émet dans son rapport surtout des possibilités ("l'on peut ainsi fort bien émettre l'hypothèse que deux opérations... puissent altérer grandement"; "il existe un risque iatrogène d'aggravation de la dégénérescence musculaire..."). Cela étant, il est souligné à nouveau que ce médecin déduit des atteintes à la santé, singulièrement l'amyotrophie paravertébrale post-chirurgicale qu'invoque le requérant, de l'"importante immobilisation" évoquée plus haut, précisément non avérée. Enfin, et surtout, quand bien même les deux actes chirurgicaux subis par l'intéressé auraient-ils effectivement participé ("risque iatrogène") de la diminution, de la dégénérescence de la musculature paravertébrale, ce point serait sans portée quant à l'issue de la présente procédure, relative à la seule assurance-accidents. En effet, aucun moyen de preuve nouveau – ni, au reste, aucun élément objectif dont il n'aurait pas déjà été tenu compte dans la procédure précédente – ne justifie de s'écarter de ce qui fut retenu, sur la base notamment de rapports d'experts, de façon convaincante et concluante dans l'arrêt du 14 juin 2012. A savoir, en substance: que chez cet assuré – qui, on le rappellera ici, a eu une fracture du crâne et du pouce droit à l'âge de 12 ans avec un coma durant 24 heures, une fracture de l'épaule droite lors d'un accident de ski en 1994, qui pratiquait de la spéléologie, des sports de combat, du ski, de la natation, etc., et dont la dernière activité, après celles dans le domaine de la sécurité, impliquait notamment de devoir souvent être assis devant un écran ainsi que conduire, et parfois porter des charges –, des troubles dégénératifs cervicaux importants préexistaient (le rapport d'IRM du 21 janvier 2009 faisait déjà état, notamment, d'une discopathie marquée C5-C6); que l'accident du 13 janvier 2009 n'a pas provoqué ces atteintes mais n'a que déclenché un processus malade qui serait de toute façon survenu; et que le *statu quo sine* était atteint six mois après l'accident, de sorte que l'assureur-accidents était fondé de mettre fin à ses prestations dès ce moment-là.

En conclusion, le rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ n'est pas de nature à modifier l'état de fait du jugement du 14 juin 2009 et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation

juridique correcte. Ce document médical s'apparente au plus à une simple appréciation différente des faits, que ne partage au demeurant pas la Cour de céans; il ne constitue pas une preuve concluante qui aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure précédente. Faute de moyen de preuve "nouveau", il n'y a pas de motif pour procéder à une révision procédurale de l'arrêt du 14 juin 2012.

3. a) Au vu de ce qui précède, la requête de révision, autant que recevable, doit être rejetée.
- b) La procédure particulière de révision n'est pas soumise au prescrit de la gratuité prévu par l'art. 61 let. a LPGA (cf. art. 134 al. 2 CPJA). Il sera cependant renoncé ici à mettre à la charge du requérant, qui succombe, des frais de procédure.
- c) Il ne sera pas alloué de dépens.

### **la Cour arrête:**

- I. La demande de révision est rejetée dans la mesure où elle est recevable.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.
- III. Communication.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

*Fribourg, le 23 novembre 2015/djo*

Président suppléant

Greffier-rapporteur