

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 28 mai 2024

Composition : Mme LIVET, présidente

Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges

Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

M._____, à [...], requérante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

R._____, à [...], intimée.

Art. 53 al. 1 et 61 let. i LPGA ; 100 LPA-VD.

E n f a i t :

A. Par arrêt du 31 janvier 2017 (AA 55/14 - 18/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : la Cour de céans) a rejeté le recours déposé le 28 mai 2014 par M._____ (ci-après : l'assurée, la recourante ou la requérante), contre la décision sur opposition rendue le 28 avril 2014 par R._____ SA (ci-après : R._____, l'assureur-accidents ou l'intimée) et a confirmé celle-ci. Il ressort les éléments suivants dudit arrêt.

B. **a)** M._____, née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], a été victime le 12 juin 2005 d'un accident non professionnel : voulant traverser la route [...] à [...], elle a été heurtée par un automobiliste pris de boisson et projetée à quelque treize mètres. L'assurée travaillait alors en qualité de conseillère [...] à mi-temps. Elle a d'abord été transportée à l'Hôpital de F._____ puis en raison de douleurs aiguës à la palpation dorso-lombaire et de trois épisodes de perte de connaissance, selon rapport initial LAA complété le 14 juin 2005, elle a été transférée au service d'orthopédie/traumatologie du Centre Q._____ (ci-après : le Q._____) où elle a séjourné du 12 au 24 juin 2005. Le premier rapport médical faisait état des diagnostics suivants : fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4, fracture de la tête du péroné à droite non déplacée, contusion occipitale, contusion et hématome de la fesse droite.

b) De nombreux rapports médicaux, ainsi que plusieurs expertises ont été rédigés concernant l'assurée (il est renvoyé, à cet égard, à l'arrêt du 31 janvier 2017 précité, consid. A).

En dernier lieu, une expertise a été diligentée par l'assureur-accidents et confiée au S._____ (ci-après : S._____), à [...]; elle a été exécutée par la Dresse C._____, rhumatologue et interniste FMH, la Dresse G._____, psychologue et neuropsychologue FSP, le Dr N._____, chirurgien orthopédiste FMH et le Dr W._____, neurologue FMH, qui ont déposé leur rapport le 25 mars 2013. Il en ressort les éléments pertinents

pour l'examen du présent litige suivants (pour le surplus, il est renvoyé à l'arrêt du 31 janvier 2017, consid. A, p. 20 ss) :

« 4.2 Diagnostic

[...]

Qu'en est-il actuellement ?

Mme relate la persistance d'un état douloureux à haute intensité, rebelle, permanent, affectant son rachis, principalement la région lombaire avec des irradiations dans les membres inférieurs, des sensations de brûlures des membres, la sensation d'avoir les mains enflées, ce qui l'empêche de porter ses bagues.

Comme l'évoque sa psychiatre, le traitement de Cipralex® lui est bénéfique. Elle prend au besoin un antalgique ou un anti-inflammatoire mais ne souhaite pas s'accoutumer à ces substances. Elle n'a pas poursuivi longtemps un traitement antalgique de 3ème palier, l'oxycodone qui l'endormait trop.

Elle pratique quand elle le peut l'aquagym, le Nordic walking.

Elle voit ses douleurs s'aggraver lors de l'exposition au bruit, au stress et lors de position statique prolongée du tronc.

L'anamnèse systématique ne révèle pas d'autre problème. Ses antécédents gynécologiques ne donnent pas lieu à des plaintes résiduelles. Mme porte un stérilet qu'elle tolère et ne formule aucune doléance de la sphère uro-génitale. Elle a signalé un phénomène particulier lors de l'orgasme, avec blocage musculaire de ses jambes qui dure une dizaine de minutes. Le Dr W. _____ n'a pas d'argument pour suspecter un problème neurologique sous-jacent.

Les troubles visuels et les sensations vertigineuses n'ont pas été mis en relation avec un dommage permanent par les spécialistes qu'elle a consultés. Le Dr [...] attestait d'une évolution favorable en janvier 2006.

Mme signale une évolution progressive des troubles douloureux depuis l'accident aussi bien dans leur extension géographique anatomique que dans leur intensité. Ils s'associent à des troubles digestifs fonctionnels et à des troubles divers extra-articulaires.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir que ces troubles subjectifs progressifs soient en relation avec l'accident. Dans les actes du dossier, nous n'avons pas d'élément permettant de suspecter que l'accident ait donné lieu à une lésion d'un organe interne, ce qui nous est confirmé par son gynécologue.

Les fractures des apophyses transverses et du péroné ont guéri. Il s'agit de fractures ayant un bon pronostic. Les apophyses transverses ne donnent pas lieu à une modification de la statique

rachidienne. La fracture isolée du péroné ne provoque pas de lésion à risque déformatif pour le genou lui-même.

En revanche, un élément objectif nous paraît significatif mais il n'est pas mentionné comme tel dans les actes du dossier.

Mme a pris 26 kg depuis l'accident. Même s'il existe une prédisposition à l'embonpoint puisqu'elle a pris une vingtaine de kg à sa dernière grossesse, Mme M. _____ a pu gérer ce problème puisqu'elle a perdu 27 kg après sa grossesse. Elle pesait 56 kg au moment de l'accident à ses dires et 70 kg lors de l'expertise de 2009. Avant l'accident, elle contrôlait sa tendance à l'obésité.

Elle pèse actuellement 82 kg pour 164 cm, ce qui la met au stade de l'obésité. Depuis l'accident, Mme a pris beaucoup de poids, ce qui est préoccupant et hautement significatif.

L'obésité est connue pour altérer la qualité de vie, une prise pondérale de plus de 9 kg peut aggraver des douleurs. Elle peut aggraver des dorso-lombalgies.

Mme M. _____ était active sportivement avant l'accident. On peut raisonnablement admettre que sans l'accident, elle n'aurait pas pris autant de poids, même si le fait de s'occuper seule en semaine de ses enfants en bas âge lui laissait moins de temps pour ses loisirs sportifs. L'accident a nécessité qu'elle se mette au repos durant les 6 premiers mois des suites de ses fractures. Cela a de toute évidence engendré un déconditionnement important et modifié son métabolisme.

Par la suite, les douleurs ont eu raison de ses activités sportives antérieures. Son médecin traitant, endocrinologue, n'a pas identifié de trouble hormonal expliquant cette prise de poids.

Elle pratique à nouveau l'aquagym et le Nordic walking mais cela est insuffisant à maîtriser sa prise pondérale.

Il s'est installé un cercle vicieux. La sédentarité relative, la prise de poids s'associent à un état de déconditionnement objectif. Mme manque de musculature axiale. La Dresse L. _____ avait déjà identifié cela et la R. _____ a contribué à prendre en charge un programme de reconditionnement musculaire.

L'obésité et le déconditionnement sont connus pour avoir un impact négatif sur le seuil à la douleur.

Depuis l'accident, son poids a connu une progression constante qu'elle n'a pu infléchir en raison des douleurs, de ses difficultés d'ordre neuropsychologiques provoquant un stress et des difficultés à coordonner son activité professionnelle et son activité de mère de famille avec des enfants en bas âge.

L'état douloureux chronique qui en découle, en absence de substrat anatomique lésionnel, nous apparaît significativement et négativement influencé par le déconditionnement et l'obésité.

Mme devrait pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée de son obésité récente, avec un suivi par une diététicienne, et l'enseignement d'une pratique sportive de reconditionnement progressif (3h30/semaine au moins). Afin d'assurer que cela ait un effet de longue durée, et s'associe à une modification durable de ses habitudes, il faut envisager cette prise en charge sur deux ans au moins.

Mme peut en se reconditionnant effectuer d'elle-même du sport dans un centre de fitness par exemple. Vu que les traitements aquatiques lui conviennent, cette prise en charge au plan d'un encadrement physiothérapeutique initial pourrait s'effectuer en centre thermal, par ex. à Lavey-les-Bains.

Afin que ces mesures ne soient pas additionnelles au surmenage quotidien, il est suggéré d'admettre une diminution de la CT [capacité de travail] de 10% pour que Mme puisse donner toute sa participation dans ce programme pour deux ans.

Si l'on parvient à sortir Mme de son obésité, cela ne garantira pas l'indolence par la suite, mais permettra d'éviter l'ascension de complications liées à l'obésité tel qu'un syndrome métabolique, l'aggravation des surcharges tendino-musculaires rachidiennes, l'aggravation des lésions dégénératives débutantes constituées au niveau des genoux et limitera le risque de gonarthrose.

Il est probable que cela aidera l'expertisée qui a fait preuve de résilience, à moduler son seuil à la douleur actuellement perturbé dans le sens où nous avons des allodynies insertionnelles et cellulitiques donnant lieu à reconnaître les critères d'un syndrome fibromyalgique ou d'adiposité douloureuse de Dercum. Ces critères sont associés à des signaux plus diffus et étendus qui font identifier un trouble douloureux chronique (R 52.1).

L'expert orthopédiste, l'experte rhumatologue, rejoignent l'appréciation de la Dresse L._____.

Dès 6 mois après l'accident, il n'y avait plus d'incapacité médicale de travail des suites de l'accident au niveau de l'appareil locomoteur et au plan neurologique. On a perdu progressivement la concordance entre les plaintes résiduelles et l'observation clinique et radiologique. Il n'y a pas de dommage permanent de l'appareil locomoteur des suites de l'accident ni d'incapacité de travail durable.

Dans l'idée thérapeutique de traiter l'obésité nous admettons à compter de l'expertise, pour deux ans, une diminution de la CT de 10% pour permettre le traitement actif de l'obésité avec le reconditionnement musculaire et la pratique sportive.

Au plan neuropsychologique

Madame a été victime le 12.6.2005 d'un AVP [accident de la voie publique] alors qu'elle traversait la route de nuit sous la protection d'un patrouilleur. Elle a été renversée par un automobiliste sur le

passage piéton. Conduite en urgence à l'Hôpital de F._____, elle est transférée en urgence au Q._____. Pour ce qui concerne l'aspect neuropsychologique, l'IRM [imagerie par résonance magnétique] du 1.9.2005 ne montre aucune anomalie significative au niveau cervical. Deux examens neuropsychologiques sont pratiqués, le premier en date du 7.2.2006 au Q._____, le second en date du 8.10.2007 au cabinet médical du Dr [...], neurologue, effectué par les neuropsychologues [...] et J._____.

Lors du premier examen, on constate des troubles de la mémoire antérograde visuo-spatiale qui ont disparu lors du second. Des troubles de l'attention ne sont observés que lors du second examen, en 2007, associés à des troubles dysexécutifs que l'on peut qualifier de légers aux tests concernés.

Dans les échanges et la compréhension des consignes, Madame est rapide et vive.

Les résultats sont dans les normes pour le langage oral spontané, la dénomination sans contrainte temporelle, la compréhension, le calcul, les practo-gnosies, la mémoire immédiate, l'apprentissage mnésique et son évocation différée en modalité verbale et en modalité visuo-spatiale. Le raisonnement évalué sur un matériel visuo-spatial est rapide et de bonne qualité. La plupart des tests sensibles aux dysfonctions exécutives est bien réussie, en particulier le sorting test nécessitant flexibilité et déduction qui est excellent.

Les difficultés actuelles concernent quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps, en effet :

- On relève lors de tests effectués sous contrainte temporelle un ralentissement léger (déno continue non ralentie en 2006) et le Trail Making B (non effectué en 2006, mais « significativement » ralenti en 2007). Le Stroop est sévèrement ralenti (il n'était que modérément ralenti en 2006).

- A des tests de temps de réaction mesurant l'attention divisée on relève un ralentissement léger (stimuli auditifs) à sévère (stimuli visuels), mais sans erreur, les temps de réaction étant suffisamment réguliers ; or on ne constatait pas de ralentissement à cette épreuve en 2007 mais 4 erreurs ; les résultats de 2007 et d'aujourd'hui sont donc globalement comparables. On constate aujourd'hui une lenteur aux temps de réaction simples pour l'alerte phasique sans avertisseur alors qu'il n'y avait pas de ralentissement en 2006 à ce même test.

Les fluctuations des troubles dans ces domaines ne s'expliquent pas des suites de l'accident. Nous en avons débattu avec l'expert neurologue.

En conclusion,

L'ensemble des données et les comparaisons entre les testings de 2006, 2007 et d'aujourd'hui témoignent de la fluctuation des

résultats aux épreuves attentionnelles et sous contrainte temporelle avec une tendance à l'aggravation depuis 2006 et 2007 (déno continue, Stroop, alerte phasique). Mais il n'y a plus d'évidence de trouble mnésique en modalité visuo-spatiale ni de trouble langagier, tel que nous en avons discuté avec l'expert neurologue.

Nous n'avons pas d'argument pour retenir des séquelles post-traumatiques évidentes.

Les plaintes de Madame concernent globalement un sentiment de surcharge dans la vie quotidienne et au plan neuropsychologique des difficultés attentionnelles, une fatigabilité, un ralentissement de la pensée et du raisonnement. Les difficultés qualifiées de troubles de la mémoire traduisent -au plan neuropsychologique - une attention fragile à insuffisante. Enfin, Madame dit qu'elle se sent une personne différente, elle souffre de migraines et de céphalées, supporte moins bien le bruit et la foule, est irritable, a du mal à s'organiser et parfois à trouver ses mots.

Les plaintes sont documentées, décrites comme significativement invalidantes à la fois à l'entretien clinique et au questionnaire de Rivermead.

Néanmoins, les résultats de l'examen sont globalement dans les normes excepté les tests chronométrés cités ci-dessus dont certains se sont légèrement aggravés depuis 2006 et 2007.

Compte tenu de ces données, de l'anamnèse neurologique et du délai écoulé depuis l'accident, les plaintes (excepté migraines et céphalées) apparaissent faiblement consistantes avec les résultats aux tests. Elles ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale.

Néanmoins au plan fonctionnel, les troubles attentionnels représentent encore actuellement un léger handicap subjectif dans la vie quotidienne et professionnelle.

Comme nous en avons discuté en synthèse avec la Dresse C. _____ ceci peut s'intégrer dans l'incapacité de travail de 10% reconnue pour deux ans afin de permettre à Mme de mettre sur pied un programme de reconditionnement global.

Au plan neurologique

On peut donc retenir sur le plan neurologique un TCC [traumatisme crânio-cérébral] simple avec plaie occipitale, tout au plus un TCC léger avec contusion de la région occipitale. Le TCC peut être considéré comme léger puisqu'il n'y a pas eu d'amnésie significative. Le mécanisme traumatique comprend une chute avec réception en région occipitale, après un premier choc au niveau du tronc. Il est différent de celui d'un whiplash (avec accélération-décélération). Le Dr [...], psychiatre traitant au Q. _____ en phase post-traumatique relève qu'elle se rappelait de chaque instant de l'accident suggérant même l'absence de perte de connaissance.

La notion de perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident fait évoquer un phénomène syncopal probablement d'origine vagale en relation directe avec la douleur due à l'accident, l'assurée gardant un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. Durant le transport elle a reçu vraisemblablement un traitement antalgique qui a pu interférer quelque peu avec l'état de conscience mais sa perte de connaissance documentée.

Nous n'avons pas pu obtenir le document initial pour savoir quelle substance elle a reçu.

L'anamnèse fait d'ailleurs ressortir plusieurs malaises avec brèves perte de connaissance très suggestifs d'une origine vaso-vagale ; un de ces malaises est d'ailleurs survenu chez une dermatologue lors d'une petite intervention ; il y a eu les prodromes habituels suivies de brèves convulsions objectivées par le médecin sans état post-critique faisant donc évoquer une syncope convulsivante. Le sujet avait été admis en urgence à l'hôpital de F._____ où l'on n'a pas retenu, à juste titre, le diagnostic d'épilepsie. L'IRM cérébrale pratiquée à distance s'est d'ailleurs révélée normale.

Pour ce qu'il en est de l'aspect cognitif, on peut dire que les plaintes initiales étaient celles que l'on retrouve assez classiquement dans un syndrome post-traumatique ou post-commotionnel. Les anomalies retrouvées lors des divers bilans neuropsychologiques étaient minimes et démontraient initialement des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale et un ralentissement modéré à une épreuve langagière.

Lors de l'examen neuropsychologique du 28.09 et du 05.10.2007, Madame J._____, neuropsychologue retenait que la symptomatologie pouvait se modifier dans les situations de stress.

La situation a bien évolué puisque lors du dernier bilan pratiqué par notre experte neuropsychologue, ni les troubles mnésiques en modalité visuo-spatiale ni les troubles langagiers ne sont retrouvés ; on constate uniquement des difficultés légères à modérées dans quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives, en signalant que les résultats fluctuent au cours du temps. Ils sont donc peu consistants. Ces résultats objectifs contrastent avec des plaintes subjectives plus dramatiques faisant état de troubles de la mémoire invalidants avec oublis et difficultés de reconnaissances des visages familiers et difficultés d'organisation. Ceci signifie qu'il y a d'autres facteurs, non organiques à l'origine des troubles, comme nous en avons discuté lors de la synthèse entre les experts. Au Q._____ on a déjà identifié ces « yellow flags ».

En ayant confronté les plaintes de cette sphère avec les plaintes douloureuses, nous constatons que nous avons perdu au cours du temps les éléments de concordance entre les éléments subjectifs et les éléments objectifs.

Nous avons relevé progressivement une extension du trouble douloureux entre les premiers rapports médicaux et les plaintes actuelles. Initialement on notait des douleurs dorso-lombaires sans composante céphalique. Dans un 2ème temps sont apparues des douleurs cervicales avec des vertiges lors de la mobilisation cervicale.

Les douleurs ne correspondent pas à des douleurs neurogènes mais plutôt à des douleurs d'origine musculo-ligamentaire, l'examen neurologique s'étant révélé normal. Il a été confronté aux examens de l'appareil locomoteur avec les experts orthopédistes et rhumatologue qui n'ont pas trouvé de dommage permanent des suites de l'accident mais un seuil à la douleur perturbé, des allodynies, un lipoedème douloureux, dans le contexte d'une obésité, de dysbalances musculaires, d'atteintes dégénératives débutantes de l'appareil locomoteur compatibles avec l'âge.

L'aggravation des plaintes subjectives de la sphère neuropsychologique se révèle sans substrat évident, les troubles attentionnels résiduels, la fluctuation des résultats pouvant être aggravés par la surcharge quotidienne que nous relate l'expertisée.

Enfin, sur le plan neurologique, on peut relever des céphalées qui sont de deux types : les unes sont localisées au niveau occipital et au vertex, elles sont d'intensité modérée, constrictives et épisodiques ; elles correspondent à des céphalées de tension avec possible composante cervicogène. Les autres surviennent en relation avec les menstruations et ont les caractéristiques de véritables migraines sans aura ; ces dernières sont bien contrôlées par des AINS [anti-inflammatoire non stéroïdien]. Elles ne revêtent pas un critère invalidant. Le Dr U. _____ dans son expertise de novembre 2007 les avait intégrées dans le contexte douloureux global. Il n'avait pas retenu de dommage permanent lié spécifiquement aux céphalées, ce que je confirme.

Au total je ne retiens aucune souffrance neurologique en relation avec l'accident du mois de juin 2005. Pour ce qu'il en est du TCC, il n'y a aucun critère clinique ni radiologique de gravité suffisant pour suspecter une atteinte cérébrale significative (pas d'amnésie pré ou post-traumatique et pas d'amnésie de l'accident lui-même, pas d'atteinte neurologique et aucune lésion radiologique sur IRM cervicale et cérébrale). L'évolution des examens neuropsychologiques va dans ce sens.

Nos confrères ont retenu en 2007 une diminution de rendement de 25% au plan professionnel et un dommage permanent donnant lieu à une perte d'intégrité de l'ordre de 20%.

A la lecture des documents, nous comprenons qu'ils ont intégré les plaintes subjectives en priorité, et qu'ils ont aussi intégré le tableau douloureux. Il est en effet indissociable chez cette patiente. Mais ils n'ont pas tenu compte de l'aggravation des troubles au fil du temps, qu'ils ne discutent pas, par rapport au bilan du Prof. D. _____. Ils ne

tiennent pas compte de l'absence de perte de connaissance documentée initiale. Ils ne tiennent pas compte de l'absence d'élément objectif reproductible au fil du temps.

Nous devons intégrer la souffrance résiduelle dans sa globalité, mais il nous apparaît qu'il manque les éléments objectifs pour reconnaître un dommage structurel permanent.

Sur le plan des douleurs nous retenons que Mme n'est pas sous médication constante mais elle prend ses médicaments au besoin. Elle a pu se réorienter professionnellement dans un secteur nouveau pour elle et a réussi dans ce domaine, tout en ayant gardé ses capacités à gérer sa responsabilité de mère de famille. Elle connaît des hauts et des bas avec sa clientèle qui nous apparaissent liés à la conjoncture, au fait qu'une collègue est installée non loin et lui fait concurrence. Elle a du reste décidé de s'associer avec elle pour le futur.

Nous estimons pour notre compte que l'atteinte est à considérer comme minime selon la Table 8 de la Suva. Les différences de l'examen neuropsychologiques avec amélioration de certains scores et aggravation d'autres éléments dans le domaine attentionnel avec une fluctuation de certains résultats ne sont pas concordants avec une atteinte cérébrale organique découlant des suites d'une lésion cérébrale installée, fixe.

Une atteinte minime ne donne pas lieu au seuil d'une IPAI [indemnité pour atteinte à l'intégrité].

Nous admettons en discussion avec les experts qui ont exploré l'appareil locomoteur et identifié une fibromyalgie dans le contexte de l'obésité qu'il faudrait donner à Mme M. _____ les chances de récupérer un meilleur indice de poids corporel et un meilleur conditionnement musculaire global.

Comme elle était sportive dans le passé, et qu'elle a démontré une certaine résilience dans sa réorganisation professionnelle, nous pensons qu'elle donnera toute sa collaboration dans ce sens.

Dès lors il nous paraît justifié d'admettre pour deux ans une incapacité de travail partielle de 10% pour lui permettre cette prise en charge, sans que cela ne constitue une surcharge dans ses semaines bien chargées entre ses enfants et son Institut. »

c) Se fondant en particulier sur ce rapport d'expertise, la Cour de céans a retenu, dans son arrêt du 31 janvier 2017, ce qui suit :

« [...]

L'intimée a retenu - suivant en ce sens les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique, orthopédique, neurologique et neuropsychologique) du S. _____ du 25 mars 2013

-, qu'en l'absence de séquelles post-traumatiques, l'état de santé de la recourante est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) à partir du 1er mars 2006, date de la reprise de travail en plein (selon le rapport du 28 février 2006 de la Dresse L. _____ et celui du 25 janvier 2006 du Dr [...]). Posant les diagnostics de troubles douloureux chroniques irréductibles de type syndrome douloureux chronique somatoforme (associés à des céphalées mixtes), d'obésité, de status après traumatisme (traumatisme crânien avec plaie occipitale, fractures des apophyses transverses L2 à L4 droites / de la tête du péroné non déplacée, guéries, contusion de la fesse droite guérie et cupulothiase), de status post deux césariennes (et laparotomies pour salpingectomie unilatérale et ablation d'un kyste ovarien) et de status après adhésiolyses, les experts ont estimé la capacité de travail de l'assurée totale dans son activité de conseillère [...] et dans son travail actuel, moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans, en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015.

Sur le plan somatique et de la médecine interne, de l'appareil locomoteur ainsi que psychiatrique, les experts du S. _____ excluent un dommage permanent ou une incapacité de travail attestée à partir du premier trimestre de 2006. Ils observent cependant une évolution qui demeure marquée par la persistance d'un état douloureux fluctuant ; une exacerbation survenue en juin/juillet 2006 est ainsi annoncée, mais avec un pronostic favorable selon la Dresse L. _____ (cf. son rapport du 21 juin 2006). Ces constatations sont confirmées d'une part, au vu des incapacités de travail attestées au dossier des suites de l'accident du 12 juin 2005, qui font état de taux d'incapacités de travail de 100% jusqu'au 13 décembre 2005 et de 50% du 14 décembre 2005 au 28 février 2006, avec une reprise en plein dès le 1er mars 2006. D'autre part, le Dr X. _____, chirurgien orthopédique FMH, confirme, à lecture du rapport d'expertise du 10 juin 2009 de la Dresse [...], l'absence d'atteinte grave au niveau du rachis avec un pronostic favorable et une amélioration à attendre. Le Dr X. _____ mentionne une capacité de travail complète de l'assurée, confirmant que des activités sédentaires avec changements de positions régulières, sans port de charge ni d'activité en terrain accidenté sont envisageables à 100%. Malgré ses douleurs, l'assurée a en effet entrepris d'elle-même une reconversion professionnelle après la perte de son emploi en novembre 2006 et exploite, depuis février 2008, son propre institut [...]. Ce faisant, elle a confirmé les bons pronostics sur le long terme également évoqués tant par la Dresse L. _____ que par le Dr H. _____ dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007.

Sur le plan somatique en particulier, les experts s'accordent avec l'ensemble des médecins rééducateurs, dont en particulier la Dresse L._____, pour retenir une évolution favorable des suites du traumatisme à partir de mars 2006, date à laquelle l'assurée a repris son activité habituelle en plein.

Au plan psychiatrique, le diagnostic de « Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie » posé en octobre 2008 par la Dresse Z._____, ne saurait être rattaché aux suites de l'accident du 12 juin 2005 compte tenu des constatations du Dr H._____ en juillet 2007, qui n'a pas retenu de trouble psychiatrique mais précisé qu'un soutien psychologique pourrait être nécessaire à l'avenir en fonction de l'évolution des éléments de syndrome douloureux chronique identifiés. Le traitement débuté le 3 juillet 2008 par l'assurée auprès de la psychologue Z._____ n'est donc pas dans un rapport de causalité avec l'accident précité survenu plus de trois ans auparavant, comme l'a retenu la Cour de céans au terme de son arrêt du 21 août 2013 en force (cf. CASSO AA 80/90 - 75/2013 consid. 5b *in fine*). Le 13 mai 2009, l'assureur-maladie [...] a d'ailleurs informé l'intimée de sa prise en charge des factures du suivi auprès de la Dresse Z._____. On ne peut dès lors que suivre les experts du S._____ qui, en présence de la persistance d'un fond douloureux diffus permanent et la mise en évidence d'éléments d'un syndrome douloureux chronique, adhérent à la terminologie de troubles douloureux chroniques irréductibles de type syndrome douloureux chronique associés à des céphalées mixtes. Ils ont relevé des discordances entre les plaintes et les éléments cliniques, avec des phénomènes d'amplification selon Waddell et Matheson. Contrairement à ce que prétend la recourante, pour leur évaluation psychiatrique, les experts précisent expressément s'être rapportés à l'expertise de 2007 du Dr H._____. Ce dernier n'ayant pas retenu d'état antérieur ni de pathologie psychiatrique chez la recourante, ils sont par conséquent d'avis que si des éléments psychiques venaient s'ajouter en comorbidité du syndrome somatoforme, ceux-ci devraient être évalués séparément, à savoir dans un contexte d'une atteinte malade concomitante (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 80).

[...]

Au plan neurologique, les experts du S._____ retiennent un traumatisme crânien (ou traumatisme crânio-cérébral [TCC]) avec plaie occipitale simple (ou TCC léger), en l'absence d'amnésie significative. Ils suspectent un phénomène syncopal probablement d'origine vagale à l'origine de la perte de connaissance à deux reprises dans les suites immédiates de l'accident, face à l'assurée qui conserve un souvenir très clair du déroulement de ce dernier. A l'examen, l'expert W._____ exclut une quelconque souffrance neurologique en relation avec l'accident de juin 2005. Les céphalées rapportées sont pour les unes, des céphalées de tension avec possible composante cervicogène et, pour les autres, en relation

avec les menstruations soit de véritables migraines bien contrôlées par AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). Elles ne revêtent pas de caractère invalidant, ce que confirme le Professeur U._____ au terme de son expertise de novembre 2007, en intégrant ces céphalées mixtes dans le contexte douloureux global sans retenir de dommage permanent spécifiquement lié à celles-ci.

Les experts du S._____ observent sur le plan des douleurs, que l'assurée n'est pas sous médication constante, qu'elle a pu se réorienter professionnellement avec succès, tout en parvenant à tenir son rôle de mère de famille (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 69).

[...]

Sur le versant neuropsychologique, l'examen des experts du S._____ montre des résultats globalement dans les normes (pour le langage oral spontané, la dénomination sans contrainte temporelle, la compréhension, le calcul, les practo-gnosies, la mémoire immédiate, l'apprentissage mnésique et son évocation différée en modalité verbale et en modalité visuo-spatiale). Le raisonnement évalué sur un matériel visuo-spatial est rapide et de bonne qualité. La plupart des tests sensibles aux dysfonctions exécutives est bien réussie, notamment le sorting test nécessitant flexibilité et déduction qui est excellent, en présence d'une assurée rapide et vive dans les échanges et la compréhension des consignes. Les experts notent que les seules difficultés actuelles ont trait à quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps. Or de l'avis de l'expert neurologue, ces fluctuations ne s'expliquent toutefois pas des suites de l'accident du 12 juin 2005 (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 66). Compte tenu des résultats (globalement dans les normes excepté les tests chronométrés dont certains se sont légèrement aggravés depuis 2006 et 2007), de l'anamnèse neurologique et du délai depuis l'accident, les plaintes de l'examinée (à l'exception de migraines et céphalées) sont faiblement consistantes avec les résultats aux tests ; elles ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale. Les experts du S._____ concluent que l'ensemble des données et les comparaisons entre les différents bilans neurologiques attestent certes la fluctuation aux épreuves attentionnelles et sous contrainte temporelle, avec une tendance à l'aggravation depuis 2006 et 2007 (deno continue, Stroop, alerte phasique). En l'absence de trouble mnésique en modalité visuo-spatiale et de trouble langagier, ils n'ont toutefois pas d'argument en faveur de séquelles post-traumatiques évidentes. Ils retiennent en définitive au plan fonctionnel, des troubles attentionnels qui traduisent un léger handicap subjectif, lequel, après discussion avec la Dresse C._____, s'intègre dans l'incapacité de travail de 10% reconnue sur deux ans pour permettre à l'assurée la mise en œuvre d'un programme de reconditionnement global (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 67). Les experts expliquent avec soin qu'à partir du

deuxième trimestre de 2006, les troubles neuropsychologiques, minimes, sont en régression. En comparaison avec le premier bilan du 7 février 2006 au Q. _____ - qui relevait un examen dans les normes hormis des troubles mnésiques antérogrades et modalité visuo-spatiale ainsi qu'un ralentissement modéré à une épreuve langagière -, les experts notent que lors des tests neuropsychologiques du 8 octobre 2007, le Professeur U. _____ retient des troubles touchant plus d'éléments soit la concentration, l'attention et les capacités physiques. Ce dernier n'expose toutefois pas les motifs pour lesquels ces troubles ont pu s'aggraver, alors qu'au Q. _____, ils étaient jugés minimes, sans altération sur la capacité de travail, par le Professeur D. _____ à quelques mois de l'accident (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 60). Cela étant, les experts du S. _____ sont d'avis que leurs confrères mandatés en 2007 n'ont pas retenu les aptitudes restantes et n'ont pas traité des éléments sortant du champ médical qui interféraient. Les facteurs d'aggravation n'ont ainsi pas été analysés par rapport au premier bilan au Q. _____, en présence d'un traumatisme cérébral mineur. Il est par conséquent impossible de dissocier chez l'assurée, les douleurs chroniques des séquelles neuropsychologiques du contexte global psycho-social (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 61). Les experts exposent par conséquent les raisons médicales les conduisant à s'écarter de l'appréciation du Professeur U. _____ et des examens neuropsychologiques de l'expertise précédente en 2007.

Les différents bilans neuropsychologiques pratiqués initialement dans la Division Autonome de Neuropsychologie du Q. _____ n'ont pas démontré d'atteinte neurologique significative, même en début d'évolution. Malgré le rapport du Professeur U. _____ qui laisse pour sa part augurer une aggravation, les experts du S. _____ ont pu conclure sur la base de leurs propres constatations et analyses de l'ensemble des pièces médicales à disposition qu'hormis un léger handicap subjectif au plan fonctionnel (troubles attentionnels), leur bilan ne permettait pas d'objectiver avec probabilité ou certitude l'existence d'éléments compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale sur les plans neurologique et neuropsychologique susceptibles de s'ajouter à l'incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans, retenue au plan somatique en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. Ils ont noté à cet égard la prédominance des plaintes de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 67). On peut dès lors tenir, à l'instar des experts du S. _____, pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cognitifs rapportés par la recourante ne découlent pas d'une lésion structurelle objectivable du cerveau depuis l'accident du 12 juin 2005. La variabilité des tests au fil du temps avec la normalisation de certains tests et une aggravation d'autres tests de l'examen neuropsychologique, ne concordent pas avec une atteinte cérébrale organique des suites

d'une lésion cérébrale installée, fixe. De telles séquelles sont en effet généralement stables à un délai de plusieurs années voire avec une tendance à l'amélioration durant les deux premières années (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 81). Le pronostic est par ailleurs qualifié de favorable à long terme au plan neuropsychologique, avec une rémission des troubles attentionnels et du léger ralentissement relevés à certains tests en temps limité pour autant que la recourante continue à bénéficier d'un soutien global avec prise en charge psychothérapeutique par un/une psychologue FSP ou un médecin psychiatre-psychothérapeute et que l'état douloureux s'amende (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 70).

Finalement, c'est en vain que la recourante soutient qu'il convient de se distancer de l'expertise du S._____ en raison de son caractère prétendument imprécis et particulièrement confus quant à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail opérée, dénotant un manque de rigueur des experts. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 mars 2013 remplit au contraire les réquisits jurisprudentiels justifiant de lui attribuer pleine valeur probante. Il a en effet été rédigé à la suite d'exams cliniques fouillés de l'assurée, dont les plaintes ont été prises en considération. Son anamnèse y est bien décrite, et le rapport a été rédigé en pleine connaissance du dossier. Les conclusions des experts, au nombre de quatre, sont au demeurant claires et dénuées de contradictions.

Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir au rapport, probant, des experts du S._____ et dès lors de retenir pour établi qu'en l'absence de séquelles post-traumatiques, l'état de santé de la recourante est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) à partir du 1er mars 2006. Si elle ne disposait durant ce laps de temps pas d'une capacité de travail raisonnablement exigible de sa part, la recourante présente depuis lors une capacité totale dans son activité de conseillère [...] et dans son travail actuel, moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans en raison d'un traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015, soit deux ans depuis l'expertise pluridisciplinaire du S._____.

[...]

Hormis l'obésité et le déconditionnement secondaires installés des suites de l'immobilisation initiale avec arrêt de la pratique du sport, selon les experts du S._____, l'état de santé de la recourante est stabilisé depuis le 1er mars 2006 et il n'y a plus d'amélioration notable à attendre des suites de l'accident de juin 2005. Au-delà de la prise en charge de l'obésité et du déconditionnement par l'intimée pendant deux ans, l'absence de lésion définitive contre-indique la prise en charge de frais de traitements. Passé ce délai, les experts

estiment en effet que la décompensation d'un excès pondéral n'est plus en lien de causalité naturelle avec l'accident mais avec la prédisposition de la recourante qui a déjà connu par le passé des périodes d'obésité (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 76-81).

[...]

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail, les experts du S._____ l'estiment totale, à partir du 1er mars 2006, dans l'activité de conseillère [...] comme dans celle habituelle moyennant la prise en compte d'une incapacité de travail de 10% en toute activité professionnelle durant deux ans depuis leur expertise, en raison du traitement de l'obésité et du déconditionnement global accessibles à une prise en charge thérapeutique. La capacité de travail est ensuite à nouveau de 100% dès mars 2015.

La décision de l'intimée de verser des indemnités journalières à un taux de 10% pendant deux ans, soit durant la prise en charge du traitement de l'obésité et du déconditionnement global de la recourante, s'avère ainsi fondée et n'est par conséquent pas critiquable.

[...]

En l'absence de préjudice économique compte tenu de sa capacité de travail pleine et entière en toute activité à partir du 1er mars 2006, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité LAA (cf. art. 18 al. 1 LAA). Faute de rente, c'est également à tort qu'elle demande la prise en charge par l'intimée du traitement médical aux conditions de l'art. 21 LAA.

[...]

En l'espèce, par décision du 7 avril 2008, la R._____ a alloué une IPAI d'un montant de 21'360 fr., sur la base du taux de l'atteinte à l'intégrité fixé à 20% par le Professeur U._____ en raison de l'encéphalopathie post-traumatique légère à modérée constatée lors de l'expertise neurologique des 28 septembre et 5 octobre 2007. Cette indemnité a été versée le 18 avril 2008 à l'assurée. En 2013, au terme de leurs examens cliniques, les experts du S._____ ne retiennent pas de dommage permanent. Ils constatent à ce titre que les fractures vertébrales ainsi que celle du péroné ont guéri et que les structures articulaires et neurologiques n'ont pas été touchées. Au plan neuropsychologique, l'atteinte minime relevée au bilan ne donne pas lieu, à dire d'experts, au seuil d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité selon la Table SUVA 8 (cf. rapport d'expertise du 25 mars 2013 p. 70). Les experts ont ainsi exposé soigneusement, sur la base de leurs constatations cliniques objectives et de leur analyse de l'ensemble des pièces à disposition, les raisons médicales les conduisant à retenir en définitive que des difficultés à quelques tests chronométrés concernant l'attention et les fonctions exécutives fluctuant au cours du temps et qui ne sont pas compatibles avec une atteinte d'origine cérébrale, consistent en une

atteinte minime dont le taux de l'atteinte à l'intégrité est nul (cf. Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA, table 8 8.3 et 8.4). Il n'y a aucune estimation médicale mettant en doute ces conclusions.

C'est donc à juste titre que la R. _____ a refusé le droit à une IPAI complémentaire à celle précédemment allouée de 20%."

La Cour de céans a dès lors rejeté le recours formé par M. _____ contre la décision sur opposition rendue le 28 avril 2014 par R. _____ SA.

C. Par acte du 12 août 2019, M. _____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé devant la Cour de céans une demande de révision de cet arrêt, concluant, avec suite de frais et dépens, à son admission, principalement, en ce sens que l'arrêt attaqué est réformé et une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2007 lui est accordée, subsidiairement, en ce sens que la cause est renvoyée à R. _____ SA pour instruction complémentaire. A l'appui de sa demande, la requérante produit un rapport médical établi le 25 mai 2019 par le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont elle considère qu'il constitue un moyen de preuve nouveau. Elle prétend qu'il établit des atteintes à la santé objectivables, en lien avec l'accident du 12 juin 2005, constituant des faits nouveaux importants. Fondé sur ce rapport, elle allègue que son rendement total effectif, dans l'exercice d'une activité lucrative est de 35 %, lui donnant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2007.

Dans son rapport du 25 mai 2019, le Dr K. _____ retient comme diagnostics « AVP le 12.06.2005 avec : TCC léger, troubles cognitifs (exécutifs, mnésiques, attentionnels, ralentissement, manque du mot), symptomatologie post-commotionnelle (fatigue et fatigabilité accrue, hypersomnie, céphalées, phono- et photophobie, vertiges, irritabilité, troubles de la concentration, etc.), entorse cervicale, contusion crânienne occipitale, fracture des apophyses transverses D [droites] de L2, L3 et L4, fracture de la tête du péroné D, non déplacée, contusion de la fesse D, cupulolithiase G [gauche] post-traumatique ». Après un bref

rappel des circonstances de l'accident, des premiers diagnostics posés lors de l'hospitalisation à F. _____ puis au Q. _____, de l'existence de deux IRM pratiquées en 2005 et 2009 et du soutien psychologique mis en place juste après l'accident en 2005, le médecin décrit de manière détaillée les plaintes de la requérante. Aux questions « existe-t-il des atteintes en lien avec l'accident du 12 juin 2005 ? et ces atteintes sont-elles objectivables ? », le Dr K. _____ répond :

« Oui, Mme M. _____ présente :

- *des troubles cognitifs* qui sont objectivables (ralentissement psychomoteur, troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels). Je relève que ces troubles cognitifs sont présents depuis le traumatisme de 2005 ; leur occasionnelle fluctuation en intensité - interprétée lors de l'expertise de 2012 comme une incohérence - correspond à la présentation classique des déficits attentionnels et de fatigue post-TCC, typiquement responsable de ces « coup de barre » soudain en pleine activité
- *une symptomatologie post-commotionnelle* typique post-TCC. Par définition elle est subjective, mais au vu de son apparition immédiate après l'accident du 12.06.2005, de la persistance de celle-ci au cours des années sans autre facteur - notamment psychiatrique - permettant d'expliquer ces troubles, et ceci de façon constantes [sic] dans les relations sociales et les activités de la vie quotidienne (et avant aussi l'activité professionnelle) de Mme M. _____, je retiens ce diagnostic de syndrome post-commotionnel sur la base de la présentation typique et des critères diagnostics en vigueur (DSM-IV et CIM10)
- *une atteinte cérébelleuse bilatérale* assez légère, témoignant néanmoins de lésions cérébelleuses (apparemment non visualisées sur l'IRM cérébrale effectuée, ce qui n'est pas inhabituel)
- *des rachialgies* et douleurs diverses avec, objectivement, ce jour, un syndrome cervico-dorso-lombovertébral modéré. Même si les fractures vertébrales en elles-mêmes ne permettent pas d'expliquer la persistance des douleurs il est probable - et fréquemment observé - que les troubles de concentration engendrent une tension musculaire cervicale +/- dorsale, de par les efforts fournis pour se concentrer sur quelque chose (écran, livre, interlocuteur, etc.)
- et enfin probablement de légères séquelles de *contusion médullaire*, étant donné la disparition de sensation initiale des membres inférieurs, la réception dorsale après son envol de 13 mètres, et les troubles proprioceptifs bilatéraux actuels. Il est par ailleurs possible, sinon probable que l'allodynie dorsale entre dans le cadre de cette contusion médullaire, ce qui sera toutefois difficile à objectiver. »

Le Dr K. _____ indique encore qu'en retenant uniquement les troubles cognitifs, le syndrome post-commotionnel et l'atteinte cérébelleuse comme séquelles de l'accident, la capacité de travail de la requérante est de 50 %, n'étant par ailleurs pas certain qu'elle puisse tenir ce rythme à moyen ou long terme. Par ailleurs, son rendement au travail durant ce 50 % est réduit, la baisse de rendement étant estimée à au moins 25-30 %. Le rendement total effectif est de 35 % au mieux.

Dans sa réponse du 8 octobre 2019, l'intimée relève que le rapport du Dr K. _____, qui n'est ni neurologue, ni expert SIM, n'apporte aucun élément nouveau objectivable qui n'ait pas été considéré par les experts précédents. Il n'apporte ainsi aucun fait nouveau permettant la modification de l'arrêt du 31 janvier 2017. L'intimée souligne que la requérante, par son conseil, a déposé, parallèlement, le 23 mars 2018, une annonce de rechute. Elle conclut au rejet de la requête de révision.

Par courrier du 24 octobre 2019, la requérante a indiqué confirmer intégralement le contenu et les conclusions de sa requête du 12 août 2019. Ce courrier a été transmis à R. _____ SA pour son information.

E n d r o i t :

1. La présente procédure porte sur la révision de l'arrêt rendu le 31 janvier 2017 dans la cause AA 55/14 - 18/2017 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. La requérante invoque l'art. 100 al. 1 let. b LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), en se prévalant d'un rapport du Dr K. _____ du 25 mai 2019.

a) Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD.

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 LPA-VD, le droit de demander la révision se périmé en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé.

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

b) En l'occurrence, la demande de révision de l'arrêt cantonal du 31 janvier 2017 a été introduite le 12 août 2019. Elle fait suite à la réception du rapport établi le 25 mai 2019 par le Dr K. _____ dont la requérante admet qu'elle a pris connaissance à cette même date. En déposant sa demande de révision moins de nonante jours après avoir eu connaissance dudit rapport, la requérante a respecté le délai prévu à l'art. 101 LPA-VD. Par ailleurs, la demande est recevable en la forme.

L'arrêt du 31 janvier 2017 a été rendu par la Cour de céans, de sorte que la présente demande de révision ressortit également à la compétence de cette même cour (cf. art. 102 LPA-VD).

2. En l'espèce, la requérante invoque pour motif de révision un moyen de preuve nouveau, à savoir le rapport établi le 25 mai 2019 par le Dr K. _____.

a) La lettre i de l'art. 61 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) prévoit que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Aux termes de l'art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s'il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu'il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou

dont il ne pouvait pas ou n'avait pas de raison de se prévaloir à l'époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

Cette dernière disposition correspond à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) et de l'ancien Tribunal fédéral des assurances (TFA), rendue notamment en lien avec l'art. 61 let. i LPGA. Les motifs de révision prévus par l'art. 100 LPA-VD étant les mêmes que ceux de l'art. 123 al. 1 et 2 LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), ils peuvent être interprétés à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral concernant cette disposition (Bovey/Blanchard/Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, 2ème éd. 2021, n° 1 *ad* art. 100 LPA-VD).

b) Selon cette jurisprudence, une demande de révision d'un jugement d'un tribunal est recevable, notamment, lorsque le requérant a connaissance subséquemment de faits nouveaux importants ou trouve des preuves concluantes qu'il n'avait pas pu invoquer dans la procédure précédente (cf. ATF 147 III 238 consid. 4 ; 143 III 272 consid. 2.2).

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal ou de révision d'un arrêt fédéral (art. 123 al. 1 let. a LTF ; TF 9C_64/2023 du 6 décembre 2023 consid. 2.2 ; 9C_457/2022 du 3 avril 2023 consid. 3.1 ; 9C_744/2020 du 12 novembre 2021 consid. 3).

Sont ainsi « nouveaux », au sens de l'art. 61 let. i LPGA et de l'art. 53 al. 1 LPGA, 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. 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 (ATF 143 V 105 consid. 2.3 ; ATF 143 III 272 consid. 2.2 ; ATF 110 V 141 consid. 2 ; 108 V 171 consid. 1).

Il s'agit ainsi de faits antérieurs à la décision sur lesquels celle-ci se fonde, découverts après coup. La nouveauté se rapporte dès lors à la découverte et non au fait lui-même, les faits postérieurs, soit les véritables nova, étant exclus (ATF 143 III 272 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 précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou 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 127 V 353 consid. 5b ; TF 9C_64/2023 précité consid. 2.2 ; 9F_15/2023 du 31 octobre 2023 consid. 1).

3. Doit, en l'occurrence, être tranché le point de savoir, s'agissant d'un nouveau moyen de preuve, et plus particulièrement d'un rapport médical, si celui-ci fournit des éléments de fait nouveaux, dont il résulterait que l'arrêt du 31 janvier 2017 comportait des défauts objectifs.

A titre liminaire, il convient de relever que la requérante ne fait que l'affirmer sans même pointer en quoi consisteraient ces éléments nouveaux.

a) Dans son rapport du 25 mai 2019, le Dr K._____ pose les diagnostics de TCC léger, troubles cognitifs (exécutifs, mnésiques, attentionnels, ralentissement, manque de mot), symptomatologie post-commotionnelle (fatigue et fatigabilité accrue, hypersomnie, céphalées, phono- et photophobie, vertiges, irritabilité, troubles de la concentration etc), entorse cervicale, contusion crânienne occipitale, fracture des apophyses transverses droites de L2, L3 et L4, fracture de la tête du péroné droit, non déplacée, contusion de la fesse droite, cupulolithiase gauche post-traumatique. Selon le Dr K._____, les atteintes en lien avec l'accident du 12 juin 2005 sont des troubles cognitifs, une symptomatologie post-commotionnelle typique post-TCC, une atteinte cérébelleuse bilatérale assez légère, et probablement de légères séquelles de contusion médullaire.

b) Les diagnostics posés par le Dr K._____ sont, pour l'essentiel, identiques à ceux ressortant de l'expertise établie par le S._____ le 25 mars 2013. Plus particulièrement, s'agissant des atteintes qui, selon le Dr K._____, sont en lien avec l'accident, il convient d'écarter d'emblée la symptomatologie post-commotionnelle typique post-TCC dont le Dr K._____ souligne lui-même qu'elle est, par définition, subjective. Il ne s'agit donc manifestement pas d'une atteinte objectivée et elle n'est, par conséquent, pas établie.

Quant aux troubles cognitifs, dont le Dr K._____ estime qu'ils sont objectivables, celui-ci n'explique pas sur quels examens il se fonde pour retenir que tel est le cas. En particulier, il ne ressort pas du rapport que le Dr K._____ - dont il convient de relever qu'il est spécialisé en médecine physique et de réhabilitation - aurait soumis la requérante à des tests neuropsychologiques. Bien plutôt, l'appréciation du Dr K._____ semble se fonder principalement sur les plaintes de la requérante. Quoi qu'il en soit, l'ensemble des troubles énumérés étaient connus au moment

de l'expertise et ont fait l'objet d'une discussion des experts. Le Dr K. _____ ne fait que donner une appréciation différente de celle qui a été retenue par les experts et, à leur suite, par la Cour de céans, une telle appréciation n'étant pas propre à fonder une révision (cf. consid. 2b *supra*).

En ce qui concerne l'atteinte cérébelleuse bilatérale assez légère, le Dr K. _____ indique qu'elle n'est pas visible à l'IRM. On peut donc en déduire qu'elle n'a pas été objectivée. Au demeurant, il n'expose pas sur quels éléments il se fonde pour retenir une telle atteinte, pas plus qu'il n'expose les conséquences que celle-ci aurait.

S'agissant des rachialgies et douleurs diverses, elles ont été discutées par les experts et le Dr K. _____ ne fait que proposer une appréciation différente de celle des experts. Par ailleurs, le Dr K. _____ indique que le syndrome cervico-dorso-lombovertébral modéré qu'il diagnostique ne peut s'expliquer par les fractures vertébrales en elles-mêmes. Il qualifie de « probable » qu'il soit causé par les troubles de la concentration. Ainsi, la causalité retenue par le Dr K. _____ l'est avec des troubles de la concentration dont on a déjà relevé qu'ils n'étaient eux-mêmes pas objectivés et donc établis.

Enfin, le Dr K. _____ relève que la requérante souffre probablement de légères séquelles de contusion médullaire. Dans la mesure où ces séquelles sont qualifiées de « probables », elles ne sont pas suffisamment établies, ce qui ne permet pas de les retenir avec une vraisemblance prépondérante.

c) En définitive, le nouveau rapport médical invoqué à l'appui de la demande de révision ne sert pas à l'établissement de faits qui se seraient produits jusqu'au moment où, dans la procédure de recours contre la décision du 28 avril 2014, des allégations de fait étaient encore recevables. Il ne fait que tirer, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que la Cour de céans dans son arrêt du 31

janvier 2017. Il n'existe dès lors aucun motif de révision au sens des art. 61 let. i LPGA et 100 LPA-VD.

4. a) Il s'ensuit que la demande de révision de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 31 janvier 2017 (AA 55/14 - 18/2017) doit être rejetée.

b) Il n'est pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA). La requérante n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** La demande de révision formée par M. _____ le 12 août 2019 est rejetée.
- II.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour M. _____),
- R. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :