

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 janvier 2024

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Brélaz Braillard et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à  
Lausanne,

et

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

---

**Art. 53 al. 1 LPGA ; 67 al. 1 et 2 PA**

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au bénéfice du revenu d'insertion, travaillait en qualité d'apprentie à 100 % depuis le 30 avril 2014 auprès de la société [...] à la suite d'un placement par [...], Centre de formation professionnelle spécialisée. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 septembre 2014, l'assurée a été victime d'un choc frontal avec un autre véhicule alors qu'elle conduisait sa voiture. Selon la déclaration de sinistre LAA complétée par l'employeur le 5 septembre 2014, l'assurée souffrait de fracture et de contusion à la jambe et au crâne. Le travail a été interrompu ensuite de l'accident.

Par courrier du 29 septembre 2014, la CNA a informé l'assurée ne pas encore pouvoir se prononcer sur l'octroi de prestations d'assurance et, dans l'intervalle, prendre partiellement en charge le cas en lui versant des indemnités journalières de 27 fr. 65 par jour calendaire dès le 5 septembre 2014.

Selon un rapport des Drs P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant du Service d'orthopédie et traumatologie du département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_) du 14 octobre 2014, l'assurée a séjourné dans ce service du 2 septembre au 7 octobre 2014 avant d'être transférée à la Clinique R.\_\_\_\_\_ (ci-après : la Clinique R.\_\_\_\_\_). Ces médecins ont posé le diagnostic de polytraumatisme sur accident de la voie publique [AVP] avec : traumatisme crânio-cérébral [TCC] avec syndrome frontal régressif sur contusions hémorragiques et HSA millimétriques pariétale droite, fracas facial (os propres du nez et de la paroi du sinus maxillaire gauche), plaie du coin gauche des lèvres et plaie du front, fractures des

côtes 1 à 2 à gauche sans volet, fracture ouverte Gustilo I diaphysaire du fémur gauche, fracture diaphysaire du fémur droit, fracture plurifragmentaire du pôle inférieur de la rotule à droite, fracture médiadiaphysaire transverse de l'humérus gauche et fracture malléolaire interne cheville gauche et fracture du processus latéral du talus cheville gauche. Ils ont indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une évaluation neuropsychologique le 26 septembre 2014 qui avait mis en évidence un fléchissement exécutif sur le plan comportemental (discours familial) et cognitif (productivité non verbale modérément déficitaire aux cinq points) associé à des limitations attentionnelles (fatigabilité intellectuelle modérée). Les médecins ont attesté une incapacité de travail totale du 2 septembre au 31 octobre 2014.

Dans un rapport du 25 novembre 2014, les Drs X.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, respectivement chef de service, cheffe de clinique et médecin assistante à la Clinique R.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic principal de réadaptation neurologique pour troubles neuropsychologiques et comme diagnostics supplémentaires : polytraumatisme sur AVP le 2 septembre 2014 avec TCC sévère avec lésions axonales diffuses et contusions hémorragiques, notamment en localisation frontale gauche temporo-polaire bilatérale et occipitale gauche, fracas facial avec fracture de l'os du nez, du sinus maxillaire gauche avec comblement total du sinus maxillaire droit et déformation sinusienne maxillaire gauche, fracture des côtes 1 à 2 à gauche, fracture ouverte Gustilo I diaphysaire du fémur gauche, fracture diaphysaire du fémur droit, fracture du pôle inférieur de la rotule à droite, fracture médiadiaphysaire transverse de l'humérus gauche, fracture malléolaire de la cheville gauche et fracture du processus latéral du talus de la cheville gauche, probable fracture du processus transverse de L1 à droite, avec comme complication une bactériémie à *Enterobacter cloacae* le 16 septembre 2014. Ce rapport mentionnait des antécédents de consommation de cannabis et d'alcool, un antécédent de trouble dépressif, une opération pour un kyste bénin au niveau du sein droit en 1999 et une appendicectomie dans l'enfance et attestait une incapacité de

travail à 100 % du 11 novembre au 16 décembre 2014 avec une reprise à but thérapeutique possible. Il ressort encore de ce rapport ce qui suit :

« **Sur le plan neurologique**, une IRM cérébrale, effectuée le 23.10.2014 confirme la présence de lésions axonales diffuses et met en évidence des séquelles de contusions hémorragiques notamment en localisation frontale G, temporo-polaire bilatérale, pariétale bilatérale et occipitale G. On remarque un comblement total du sinus maxillaire D et une déformation sinusienne maxillaire G suite au traumatisme facial. Un EEG, effectué le 16.10.2014, montre une bradydysrythmie frontale D à caractère irritatif, mais en l'absence de crise épileptique anamnestique, le traitement par Keppra a été interrompu.

**Sur le plan neuropsychologique**, l'examen réalisé chez une patiente collaborante, directe dans le contact, non ralentie, fatigable, met en évidence de légers signes dysexécutifs (difficultés d'inhibition, désinhibition verbale avec tendance logorrhéique et thèmes persévérés) ainsi que des troubles modérés d'attention soutenue sélective. Durant son séjour à la Clinique R.\_\_\_\_\_, Mme F.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un suivi régulier en neuropsychologie axé prioritairement sur l'amélioration des capacités d'attention sélective (travail sur la fonction à l'aide d'exercices papier-crayon et de jeux de cartes sous pression temporelle ainsi que de logiciels informatisés spécifiques; entraînement en condition de double tâche). Mme F.\_\_\_\_\_ s'est montrée ponctuelle, collaborante et motivée malgré certains commentaires négatifs qui accueillaient les tâches proposées, réalisant avec application les exercices proposés en chambre. L'évolution au sein des exercices attentionnels de difficulté croissante s'est avérée régulière. Il persiste cliniquement une fatigabilité ainsi que des difficultés dans l'accomplissement de tâches doubles.

**Sur le plan psychiatrique**, la patiente a été vue par la Dresse [...]. L'examen, effectué auprès de cette jeune femme au parcours familial et professionnel sinueux, ne présente pas de psychopathologie décompensée actuellement. Connue pour un TOC de rangement, elle n'effectue pas de rituel actuellement, sans que cela ne semble problématique. Elle ne voit pas l'intérêt d'un suivi psychologique, préférant reprendre son traitement avec son psychothérapeute à l'extérieur (RV fixé le 28.11.2014). (...)

Dans les activités informatiques qu'elle a réalisées, les capacités organisationnelles et les méthodologies employées sont apparues adaptées. Nous n'avons pas remarqué de trouble mnésique évident. Toutefois, en raison de la fatigabilité observée, des difficultés attentionnelles, de l'utilisation de moyens auxiliaires et du manque d'endurance, nous estimons qu'une reprise de travail à but thérapeutique est indiquée dans ce contexte. »

A ce rapport était notamment annexé un rapport du 11 novembre 2014 de la logopédiste et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP G.\_\_\_\_\_ faisant suite à un examen neuropsychologique des 9 et 13 octobre 2014 mettant en évidence de légers signes dysexécutifs (difficultés d'inhibition, désinhibition verbale avec tendance logorrhéique et thèmes persévérés), des troubles modérés d'attention soutenue sélective ainsi que la persistance d'une fatigabilité et des difficultés dans l'accomplissement de tâches doubles.

Il ressort d'un rapport du 26 novembre 2014 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, ce qui suit :

« D'un point de vue neurologique central, respectivement neuropsychologique, il est à signaler que Mme F.\_\_\_\_\_ était connue de longue date pour des troubles psychologiques, souffrant en particulier de TOC (rangement, ménage, etc.). Il est référé également une enfance difficile. Au moment de l'accident, l'assurée était en apprentissage d'employée de commerce et commençait sa deuxième année. Elle n'a pas effectué de formation sanctionnée par un diplôme précédemment.

Quand bien même l'assurée apparaît très enthousiaste pour reprendre le plus rapidement une activité, le status lésif constaté appelle à une certaine prudence. En effet, en présence de lésions bi-frontales et de lésions diffuses, on peut suspecter une certaine anosognosie qui pourrait porter à un épuisement si le niveau d'exigence et le travail étaient portés trop haut à court terme. L'employeur chez qui Mme F.\_\_\_\_\_ effectue un apprentissage lui a proposé un emploi rémunéré à temps réduit. Selon moi, il est prioritaire que cette jeune femme de vingt-huit ans puisse porter avant sa formation professionnelle. Dans ce sens, je pense qu'un suivi des cours obligatoires d'apprentissage de manière libre serait favorable, ceci afin que lorsqu'elle répètera sa deuxième année d'apprentissage (l'année 2014-2015 étant clairement perdue), elle puisse avoir déjà acquis quelques notions. Je ne vois personnellement pas de contrindications à une reprise d'une activité à temps partiel à partir du début 2015. Je préconise toutefois un temps d'occupation n'excédant pas 50 %, pour les raisons déjà évoquées ci-dessus. Il sera important d'avoir des renseignements réguliers sur le décours, en particulier du point de vue neuropsychologique.

Du point de vue orthopédique et si l'évolution actuelle suit son cours, la situation devrait être stabilisée à une année de l'accident. Du point de vue neurologique, on attendra en principe jusqu'à deux ans après l'accident pour un bouclage définitif du cas. »

Dans un formulaire de demande de prestations rempli le 1<sup>er</sup> décembre 2014, l'assurée a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) avoir souffert d'un TCC sévère, de fractures aux fémurs, à la rotule droite, à l'humérus gauche, à la malléole de la cheville gauche, au sinus maxillaire gauche et L1.

L'assurée a été revue par le Dr X.\_\_\_\_\_ le 10 décembre 2014 pour un examen neurologique qui a conclu que l'évolution en lien avec le TCC se poursuivait favorablement, raison pour laquelle il n'y avait pas de contre-indication médicale à augmenter le temps de travail dès le début de l'année 2015 en passant à deux après-midis par semaine et qu'il paraissait très raisonnable qu'on puisse parvenir au moins à un taux d'activité de 50 % l'après-midi en février 2015. A ce rapport était annexé

un examen neuropsychologique de la neuropsychologue G.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2014 mettant en évidence la normalisation des performances sur les plan exécutif et attentionnel (attention sélective). Selon cet examen, il persistait une légère désinhibition verbale sur le plan comportemental et de légères plaintes post-traumatiques typiques (intolérance au bruit, fatigabilité et irritabilité notamment). D'un point de vue neuropsychologique, la reprise progressive de l'activité professionnelle était recommandée mais il fallait rester attentif dans ce contexte à la gestion de la fatigue.

Les 28 janvier et 10 février 2015, la Dre Q.\_\_\_\_\_ du Centre de psychiatrie et de psychothérapie B.\_\_\_\_\_, qui suivait l'assurée pour dépression, a attesté une incapacité totale de travail du 28 janvier au 28 février 2015. Le Centre B.\_\_\_\_\_ a ensuite régulièrement attesté une totale incapacité de travail de l'assurée.

Le Dr X.\_\_\_\_\_ a revu l'assurée à sa consultation du 30 mars 2015 et a rendu un rapport dont il ressort notamment que :

**« Synthèse et appréciation**

L'évolution de cette jeune polytraumatisée se poursuit donc toujours favorablement du point de vue orthopédique et neurologique mais cette évolution est freinée par des éléments psychiatriques, malgré un suivi régulier et l'introduction d'un traitement antidépresseur (Sertraline 150 mg/j). C'est la raison pour laquelle, elle a cessé toute activité professionnelle, même à but thérapeutique. Elle est acquise à l'idée qu'elle reprendra sa 2ème année d'apprentissage d'employée de commerce en août 2015. Selon la patiente, il semble que l'environnement professionnel ne soit pas favorable, pour qu'elle puisse travailler dans un environnement calme. Le bruit environnant, les conversations à plusieurs personnes la perturbent, la fatiguent, et provoquent des céphalées tensionnelles. D'autre part, elle est toujours préoccupée par les problèmes orthopédiques. Au cours de cette consultation, j'ai tenté de la rassurer en lui expliquant que malgré la gravité du TCC dont elle fut victime, nous pouvons encore attendre une bonne évolution, d'autant plus que le dernier bilan neuropsychologique de la fin 2014 s'avérait très favorable. En attendant que la fatigue s'atténue, je pense qu'une immersion progressive dans un environnement bruyant contribuera à améliorer l'attention. Par conséquent s'il était envisageable qu'elle puisse avoir un poste de travail dans un endroit calme ou qu'elle puisse suivre les cours de l'école professionnelle à temps partiel comme auditrice, ceci pourrait être bénéfique, d'autant plus qu'elle envisage de reprendre sa 2ème année en août 2015. Lors de l'entretien avec l'AI et la SUVA en mai 2015, ces éléments devraient être discutés. Je crains qu'avec une inactivité totale, la patiente ait tendance de plus en plus à s'isoler, et que ceci contribue à chronifier la situation qui somme toute devait être favorable. Ainsi au terme de cette consultation,

j'ai proposé à la patiente de la revoir en juillet 2015 avec un nouveau bilan neuropsychologique qui nous permettra plus clairement d'évaluer sa capacité de travail pour autant que la situation psychologique se soit améliorée. »

Le 31 mars 2015, le procureur du Ministère public de [...] a, compte tenu des graves blessures subies par l'assurée, rendu une ordonnance de classement dans laquelle il a retenu que l'assurée conduisait sous l'influence de l'alcool (1,06 ‰) et de cannabis (2.2 µ/l).

Par décision du 28 avril 2015, la CNA a informé l'assurée devoir réduire les prestations en espèces de 30 % compte tenu de son comportement fautif lors de l'accident.

Dans un rapport du 10 juillet 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin chef du Service ORL et chirurgie cervico-faciale - otoneurologie du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'hyperacousie post-traumatique et status après TCC sévère avec contusions cérébrales et lésions axonales diffuses. Il a indiqué que le bilan audiovestibulaire était normal, outre un abaissement subjectif du seuil d'inconfort des deux côtés, observé classiquement chez les patients hyperacousiques (distorsion subjective de la perception d'intensité). Dans ce cas, il s'agissait clairement d'une symptomatologie post-traumatique associée à différents autres troubles psychologiques.

Un nouvel examen neurologique a eu lieu le 13 juillet 2015 par le Dr X.\_\_\_\_\_ qui a indiqué ce qui suit dans son rapport du même jour :

« Cette jeune patiente de 28 ans, au parcours scolaire et professionnel difficile, a donc été victime d'un polytraumatisme le 02.09.2014 avec notamment un TCC sévère sous l'emprise de l'alcool. Elle a bénéficié d'un séjour de réadaptation neurologique à la Clinique R.\_\_\_\_\_ du 07.10 au 11.11.2014 avec une évolution qui nous semblait favorable. Depuis lors, aux différents contrôles que j'ai pratiqués en décembre 2014 et mars 2015, la situation me paraît de plus en plus stagner et même devenir défavorable. En effet, l'évaluation neuropsychologique pratiquée par nos collègues du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, le 18.06.2015, révèle même une péjoration des capacités attentionnelles et des plaintes post traumatiques.

**En l'absence de complications secondaires, nous devons admettre que cette aggravation est en lien avec des facteurs contextuels et psychologiques préexistants, sans lien avec le traumatisme, et qui vont sans doute préteriter la réinsertion socioprofessionnelle de cette jeune patiente.**

Actuellement, la patiente est toujours en phase de récupération des différents problèmes orthopédiques qu'elle a subis avec une consolidation de la fracture humérale toujours en cours et elle devrait à nouveau subir une opération de son pied G en septembre 2015. Elle est cependant à même de se déplacer sans moyen auxiliaire, étant essentiellement limitée par les douleurs.

Du point de vue cognitivo-comportemental, les plaintes se focalisent principalement sur la fatigue, les troubles du sommeil et de l'attention. Selon la patiente, ceci ne lui permet pas de poursuivre sa formation d'employée de commerce.

Je suis cependant surpris des résultats du dernier bilan neuropsychologique alors que la patiente déclare elle-même qu'elle peut facilement demeurer devant un ordinateur chez elle 3 à 4h d'affilée, même en écoutant de la musique, avant de ressentir une fatigue. Il est donc important que le suivi psychologique soit maintenu avec notamment des mesures de réassurance, surtout si la patiente désire s'investir dans le futur dans un projet d'une formation en informatique. Je souligne qu'en raison de la sévérité des lésions cérébrales subies, cette formation s'avérera difficile et qu'on devrait s'attendre certainement à une baisse de rendement.

La fatigue, symptôme classique chez les TCC sévères, étant au premier plan, je propose d'effectuer une polysomnographie afin de mieux évaluer la qualité du sommeil de cette jeune fille. Ceci nous permettra de rediscuter d'une médication appropriée par la suite et d'améliorer l'hygiène de vie. Si vous ne voyez pas d'inconvénient, je vais donc organiser cet examen au Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ et je reverrai la patiente par la suite en contrôle. Je pense qu'une fois les problèmes orthopédiques stabilisés, que nous pourrons rediscuter d'un nouveau séjour de la patiente à la Clinique R.\_\_\_\_\_ pour une évaluation professionnelle.

Il est dommage qu'elle n'ait pas pu maintenir une activité professionnelle à but thérapeutique au moins 2h le matin afin qu'elle garde un rythme de vie quotidien régulier, surtout si elle a la perspective de reprendre par la suite une formation professionnelle adaptée. Rappelons que cette patiente a un parcours professionnel déjà très chaotique. »

Dans un rapport du Centre B.\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2015, on peut lire qu'une réévaluation neuropsychologique devrait être effectuée une fois l'épisode dépressif résorbé.

Pour faire suite à une demande du 9 juin 2015 de la CNA, la Professeure D.\_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ a, par courrier du 19 août 2015, indiqué avoir effectué un bilan neuropsychologique détaillé les 11 et 16 juin 2015 qui avait mis en évidence des troubles attentionnels sévères, des modifications comportementales post-TCC, ainsi que des plaintes de type post-traumatique. Selon elle, ces troubles étaient en relation majeure avec le polytraumatisme sévère. Était annexé le rapport du bilan neuropsychologique du 18 juin 2015 au terme duquel la Prof. D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de troubles sévères attentionnels, de modifications comportementales post-TCC et polytraumatisme sévère le 2

septembre 2014. Elle a également indiqué que le nouvel examen neuropsychologique avait mis en évidence une péjoration des capacités attentionnelles, actuellement sévèrement déficitaires (ralentissement des temps de réaction simples, défaut d'attention divisée et d'attention soutenue et fatigabilité), une augmentation des plaintes de type post-TCC associée à une mauvaise qualité de vie et de possibles signes de la lignée anxiodépressive et la présence de troubles du comportement post-TCC (retrait social, irritabilité, colère, impatience, etc.). Le reste des fonctions cognitives testées était dans les normes et le tableau neuropsychologique, associant troubles cognitifs et modifications comportementales post-TCC, limitait la capacité de travail et réduisait le rendement de l'activité professionnelle. Ce rapport mentionnait en outre, sous la rubrique antécédents et comorbidités la consommation de stupéfiants entre 17 et 22 ans (cannabis, cocaïne, amphétamines, LSD, ecstasy, pilules thaïes, champignons hallucinogènes) et alcool, probable trouble obsessionnel compulsif (rangement) et antécédents de trouble dépressif avec suivi psychothérapeutique depuis 2012 et prise d'antidépresseurs.

Le 11 février 2016, la Prof. D. \_\_\_\_\_ a transmis à la CNA une copie du rapport du 26 novembre 2015 de l'évaluation neuropsychologique effectuée le 19 novembre 2015 qui arrivait à la conclusion suivante :

**« Plaintes et comportement**

*Plaintes spontanées* : Depuis le dernier bilan, amélioration sur le plan de la concentration et de la mémoire, mais persistance d'une humeur abaissée et variable ainsi que de difficultés dans les contacts sociaux. A noter la participation à une prise en charge cognitive au centre B. \_\_\_\_\_ (programme RECOS), à raison de deux séances par semaine, depuis un mois environ.

*Questionnaires* : Échelle d'anxiété et de dépression (HAD) : score non-significatif pour l'anxiété (7/21), mais significatif pour la dépression (13/21). Questionnaire de symptômes post-traumatiques (Rivermead) : score de 27/64 avec mention d'un problème grave pour les troubles du sommeil et de problèmes modérés sur les plans de la sensibilité au bruit, la fatigue, l'irritabilité, la dépression et la mémoire. Questionnaire de suivi des TCC (Rivermead) : score de 22/32 avec mention de changement très marqués en ce qui concerne les relations avec les amis et le partenaire de vie ainsi que de changements modérés pour les capacités à participer aux conversations ainsi qu'aux activités sociales et de loisirs. Échelle de qualité de vie après un traumatisme crânien (QOLIBRI) : qualité de vie évaluée à 39%.

*Comportement* : Patiente orientée, collaborante, adéquate dans le contact, nosognosique sur le plan cognitif, non ralentie, non fatigable sur la durée de l'examen.

### **Fonctions cognitives**

*Fonctions attentionnelles* : Alerte phasique (TAP) : temps de réaction dans les normes pour les stimuli avec et sans avertisseur sonore, sans variations excessives, avec un index d'alerte phasique dans les normes. Attention divisée (TAP) : temps de réaction dans les normes pour les stimuli auditifs et visuels, sans variations, erreurs ou omissions excessives. Attention soutenue (TAP) ; temps de réaction dans les normes pour les trois parties de l'épreuve, sans variations, erreurs ou omissions excessives.

### **Conclusion**

Nous relevons des résultats normalisés dans la sphère attentionnelle, chez une patiente qui présente toujours des plaintes de type post-traumatique. Les autres fonctions cognitives, dans les normes lors du dernier bilan, n'ont pas été réévaluées.

Nous recommandons la poursuite de la prise en charge cognitive au centre B.\_\_\_\_\_. Nous ne prévoyons pas de revoir la patiente, mais restons à disposition en cas de besoin.

**DC : Plaintes de type post-traumatique. Polytraumatisme sévère sur AVP le 02.09.2014 »**

Dans un rapport du 25 février 2016 adressé à la CNA, le Centre B.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée bénéficiait encore d'un suivi médical et hospitalier en ce qui concernait l'aspect somatique et la rééducation et que, sur le plan psychique, sa capacité de travail actuelle était estimée au maximum à 20-30 % réparti sur une semaine dans une activité adaptée depuis le début de l'année 2016. Selon ce rapport, le pronostic était favorable sur le long terme et l'assurée devait continuer son processus de récupération de manière progressive, son état de santé étant régulièrement réévalué.

Un nouvel examen neurologique a eu lieu le 30 mai 2016 par le Dr X.\_\_\_\_\_ dont le rapport du 31 mai 2016 indiquait que l'état de santé de l'assurée semblait évoluer toujours favorablement. Du point de vue cognitif, le bilan neuropsychologique était tout à fait rassurant, se situant dans les limites de la norme. Il a à nouveau mentionné que, d'un point de vue strictement neurologique et neuropsychologique, il n'y avait pas de séquelles qui pourraient empêcher la reprise de tout type d'activités professionnelles. Selon lui, la capacité de travail était essentiellement limitée par les problèmes psychiatriques et orthopédiques. Était annexé le rapport de l'examen neuropsychologique du 30 mai 2016 effectué par les neuropsychologues G.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ qui avait mis en évidence des performances aux tests qui se

situaient dans les limites de la norme pour les différentes fonctions investiguées (orientation, langage, mémoire, fonctionnement exécutif, attention). Il persistait de possibles modifications comportementales socio-émotionnelles (légère désinhibition verbale) ainsi que des plaintes post-TCC (fatigue et difficultés de concentration fluctuantes). Dans cet examen, l'assurée décrivait des changements de comportements socio-émotionnels avec une irritabilité et un retrait social.

Le 21 juillet 2016, l'assurée a été examinée par le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre conseil de la CNA, qui a posé les diagnostics de troubles de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.3), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, utilisation nocive pour la santé (F12.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Il ressort notamment ce qui suit de son rapport du 2 août 2016 :

« Lors du récent examen neuropsychologique à la Clinique R.\_\_\_\_\_, le status était dans les normes, tandis que lors de l'examen présent, plusieurs symptômes de lenteur, de difficultés de concentration et d'expression verbale étaient présents. Cette discrédance s'explique probablement par le fait que l'assurée se présente tôt le matin après une nuit de fête avec consommation de bières et d'alcools forts et qui, avec la médication psychotrope et le status après TCC, a pu avoir un impact important sur la performance cognitive.

Je retiens le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, au vu des éléments biographiques disponibles : le parcours scolaire inégal malgré une bonne intelligence, les formations interrompues, les fréquents conflits et ruptures avec des collègues de travail et des amis, ainsi qu'une instabilité permanente au niveau de l'humeur et des projets de vie professionnelle.

Le diagnostic de trouble mental et comportemental lié à la consommation d'alcool semble évident. C'est bien la consommation d'alcool qui était le facteur principal conduisant à l'accident de 2014. Le taux sanguin d'alcoolémie mesuré après l'accident (entre 1.06 et 1.91 ‰) ne correspond pas à l'affirmation de l'assurée sur la quantité d'alcool ingérée (2 verres de vin). On retrouve chez l'assurée un déni, un aveuglement face à une consommation problématique et ceci en contraste marqué avec une clairvoyance et une attitude critique face à la problématique alcoolique de la mère.

On s'étonne que les deux rapports psychiatriques du Centre B.\_\_\_\_\_ ne mentionnent pas le trouble de la personnalité présent bien avant l'accident d'une façon patente. Aussi la consommation problématique d'alcool et de cannabis n'est mentionnée d'aucune manière et les rapports du Centre

B.\_\_\_\_\_ retiennent uniquement le diagnostic d'un épisode dépressif sévère.

Actuellement, l'assurée peut être par ailleurs diagnostiquée avec un état dépressif, mais d'intensité modérée. Il s'agit en plus d'un état fluctuant avec des journées tout en bas et d'autres avec absence de tout symptôme dépressif. Néanmoins, depuis l'accident, un versant dépressif est présent et renforce encore le côté instable et imprévisible de l'assurée.

Il n'y a pas de signe d'état de stress post-traumatique. Absence de trouble anxieux ou trouble psychotique.

Causalité naturelle :

Il faut retenir un lien de causalité naturelle entre le trouble dépressif modéré et l'accident du 02.09.2014. Sans l'accident, ce trouble ne se serait pas déclaré et il n'y a pas d'antécédent de trouble affectif chez l'assurée. La probabilité de ce lien de causalité est de l'ordre du probable. Le trouble de personnalité retenu est préexistant à l'accident. Par ce trouble de personnalité, l'assurée n'avait pas réussi, jusqu'au moment de l'accident, à se construire une identité professionnelle, ce qui, à la suite de l'accident, a compliqué la réinsertion dans le monde du travail ou de la formation. Cette complication a, par la suite, contribué à renforcer le trouble affectif présent.

Traitement :

Le traitement psychiatrique en cours prend correctement en charge le côté trouble dépressif avec une approche intégrée psychopharmacologique et psychothérapeutique.

D'un autre côté, la problématique du trouble de personnalité n'est pas diagnostiquée et donc pas vraiment abordée au niveau du traitement.

Ce qui est plus inquiétant encore est l'absence de prise en charge thérapeutique de la problématique de dépendance de substances qui constitue le facteur de risque le plus important pour l'évolution future. La tendance au déni de la problématique d'addiction qu'on retrouve chez l'assurée s'étend au système thérapeutique. Dans ce sens, on aimerait voir un changement de la stratégie dans la prise en charge au Centre B.\_\_\_\_\_ qui est informé de ce souhait par l'envoi d'une copie du présent rapport.

L'assurée pense qu'elle retrouvera son permis de conduire cet automne après un retrait d'une courte année. Le risque d'une récurrence est élevé et le déni de la problématique d'addiction augmente le risque d'un nouvel accident sous l'influence de l'alcool.

On conseillera à la Suva de demander un nouveau rapport au Centre B.\_\_\_\_\_ en septembre 2016, qui devra montrer que la problématique d'addiction est entre-temps intégrée à la prise en charge psychiatrique. »

Il ressort d'un rapport du Centre B.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2016 que, sur le plan psychiatrique, la symptomatologie dépressive était en régression et que l'état de santé de l'assurée était passé de sévère à moyen-léger. Si des améliorations avaient été observées, notamment au niveau de l'isolement social, de l'irritabilité, de la thymie, de l'appétit et du sommeil, la fatigabilité, la concentration, l'attention et la tolérance au stress restaient encore vulnérables.

Le cas de l'assurée a à nouveau été soumis au Dr W. \_\_\_\_\_ qui a notamment indiqué, dans un rapport du 5 avril 2017, ce qui suit :

« Du point de vue strictement neurologique et neuropsychologique, il n'y avait pas de séquelles d'accident qui pourraient empêcher la reprise de tout type d'activité professionnelle.

L'examen psychiatrique à l'agence du 21.07.2016 a révélé plusieurs troubles psychiques : trouble de la personnalité, type borderline, une utilisation nocive pour la santé de l'alcool et du cannabis et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Les difficultés cognitives repérées de limitation de la concentration et de l'expression verbale étaient alors probablement dues à l'abus de drogue la veille de l'examen et à l'interaction avec les médicaments psychotropes.

Le rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ du 20.12.2016 fait état de progrès thérapeutiques avec une régression de la symptomatologie dépressive. La fatigabilité, la concentration, l'attention et la tolérance au stress restent encore vulnérables.

Avec l'examen neurologique et neuropsychologique de mai 2016 et avec l'examen psychiatrique de juillet 2016, nous avons une base suffisamment solide pour conclure que la vulnérabilité à la fatigabilité, à la concentration et à l'attention ainsi que de la tolérance au stress sont, avec vraisemblance prépondérante, dues en très grande partie aux troubles psychiatriques retenus à l'examen de juillet 2016, soit en grande partie au trouble de la personnalité et aux troubles addictifs. Parmi les troubles psychiatriques retenus lors de l'examen, seul le trouble dépressif, en voie de diminution et avec peu d'influence sur symptômes et limitations encore présents, peut être considéré comme étant en lien de causalité naturelle avec l'accident du 02.09.2014.

En contraste avec l'affirmation contenue dans la soumission, on n'arrive pas à retenir des troubles neuropsychologiques significatifs qui subsisteraient, car ceux-ci ont été exclus en mai 2016 par l'examen neurologique et neuropsychologique à la Clinique R. \_\_\_\_\_. Ainsi, une atteinte cérébrale due à l'accident du 02.09.2014 a déjà été exclue en mai 2016 et elle ne peut pas réapparaître par la suite.

En psychiatrie, il est en général difficile, voire impossible, de trancher de façon catégorique entre troubles psycho-organiques et psychogènes. Tout trouble psychique a des aspects biologiques, sociaux et psychologiques. Par exemple, l'abus d'alcool et de cannabis, repérés chez l'assurée à l'examen de juillet 2016 et présent avant et pendant l'(es) accident(s), est en soi un trouble avec un aspect organique important. D'un autre côté, le trouble dépressif récurrent, déclenché par l'accident du 02.09.2014, est en soi davantage d'origine psychogène.

On constate que le rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ n'évoque qu'une pathologie dépressive et évite d'aborder ou de mentionner la problématique du trouble de la personnalité et de l'abus d'alcool et de cannabis, qui sont très probablement encore actuellement la source principale des difficultés psychologiques et professionnelles que l'assurée subit. »

Il ressort d'un rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2017 que l'assurée avait connu une recrudescence de symptômes dépressifs ayant conduit à une hospitalisation afin de réévaluer son

traitement et lui permettre de prendre de la distance avec son environnement amical, social et familial qui était devenu source de tristesse pour elle.

Le 28 février 2018, le site de [...] du Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, dans lequel l'assurée a séjourné du 22 novembre au 15 décembre 2017, a transmis à la CNA un rapport du 20 décembre 2017 de la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et d'E.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante. Elles ont posé le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et les diagnostics secondaires de trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision (F07.9), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (dipsomanie) (F10.26), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F14.20) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation continue (F12.25). Selon ce rapport, l'assurée se décrivait comme ayant changé de personnalité depuis son accident, étant plus impulsive et vue par ses proches comme quelqu'un de différent. Elle disait se sentir différente, plus irritable, comme si elle avait deux personnes dans sa tête, dont une plus désinhibée qui prenait le relais lorsqu'elle buvait de l'alcool, notamment lorsqu'il s'agissait de dire aux autres ce qu'elle pensait ce qui menait à des situations conflictuelles. Toujours selon ce rapport, l'assurée présentait une consommation abusive d'alcool, une consommation THC fréquente et occasionnelle de cocaïne et, par le passé, une consommation de multiples substances, notamment cocaïne, amphétamines, LSD, ecstasy, hallucinogènes, auxquelles elle se disait actuellement abstinente. Le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques a été retenu en raison de tristesse quotidienne, d'anhédonie, d'aboulie, de sentiment d'irritabilité, de baisse de l'estime de soi, de ruminations importantes autour de sa situation, de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveil précoce et d'idées suicidaires

non scénarisées. Un trouble organique de la personnalité et du comportement a également été retenu dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision. Depuis son accident, l'assurée présentait des changements au niveau de son comportement, de son interaction avec autrui et de la gestion de ses émotions. Le rapport mentionnait qu'il était possible que ces traits de personnalité aient déjà été présents avant l'accident qui les aurait renforcés.

Le 20 mars 2018, l'assurée a été examinée par la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la CNA, qui a notamment posé comme diagnostics secondaires un status après épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques en novembre 2017, troubles de la personnalité et du comportement de type borderline, utilisation nocive pour la santé de l'alcool et du cannabis, troubles dépressifs récurrents et status après consommation de cocaïne avec syndrome de dépendance, actuellement abstinent.

L'assurée a à nouveau été examinée le 17 mai 2018 par la Dre C.\_\_\_\_\_ qui a retenu, dans son rapport du 22 mai 2018, que la situation était stabilisée sur le plan médical. En effet, aucun traitement chirurgical, ni mesures thérapeutiques médicales ou médicamenteuses ne pouvaient améliorer les séquelles de l'événement de 2014, l'infiltration prévue le 28 mai 2018 pouvant tout au plus améliorer les douleurs de l'assurée, mais sans modifier les séquelles et la limitation de la flexion et de l'extension de la cheville gauche. La Dre C.\_\_\_\_\_ a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activité nécessitant des marches prolongées, pas d'activité en terrain irrégulier de manière répétée, pas d'activité nécessitant la montée ou la descente d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, pas d'activité s'effectuant en position statique debout prolongée, pas d'activité en position accroupie ou à genoux, pas de port répété de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg. L'assurée pouvait exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions assises-debout. L'ancienne activité d'employée de commerce de l'assurée était une activité adaptée aux problèmes somatiques. Ainsi, la

capacité de travail de l'assurée était entière et sans diminution de rendement dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

La Dre C. \_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 10 % en retenant que l'assurée présentait une arthrose sous-talienne postérieure et tibio-talienne antérieure débutante à moyenne correspondant à un taux de 7.5 %, ainsi qu'une cicatrice au niveau du front pour un taux de 2.5 %. En revanche, il n'y avait pas lieu de retenir un quelconque taux pour les cicatrices sur les avant-bras, ni sur le plan neuropsychologique où il n'y avait pas de séquelles.

Par courrier du 28 mai 2018, la CNA a informé l'assurée que son cas étant stabilisé, elle allait mettre fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 juin 2018.

Par décision du 13 juin 2018, la CNA a refusé d'allouer une rente d'invalidité et a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité à l'assurée de 10 % prenant en compte une réduction de 30 % au vu de son comportement lors de l'accident. Elle a considéré que, sur la base des constatations médicales, les séquelles de l'accident n'empêchaient pas l'assurée de déployer une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues, par exemple dans un atelier industriel (surveillance ou desserte de machines, travaux de petite mécanique, contrôle ou assemblage de produits manufacturés, etc.), et de réaliser un revenu de 57'980 fr. (part du 13<sup>ème</sup> salaire comprise). Comparé au gain de 61'368 fr. réalisable sans l'accident, il en résultait une perte de 6 %. Outre les séquelles organiques de l'accident, des troubles psychogènes réduisaient aussi la capacité de gain mais qui n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

Par courriel du 15 juin 2018, la protection juridique de l'assurée a informé la CNA être consultée pour la conseiller sur les suites à donner à la décision précitée.

Le 11 juillet 2018, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2018 en concluant à son annulation et à une instruction complémentaire. Elle a fait valoir qu'il était prématuré d'examiner le droit à une rente d'invalidité dès lors qu'il n'était pas possible de déterminer avec certitude quels activités professionnelles et taux d'activité pourraient être exigés, que la CNA n'avait pas tenu compte des séquelles d'ordre psychique qui devaient donc faire l'objet d'une instruction complémentaire, que la comparaison de gain était incorrecte dès lors que la capacité de travail résiduelle exigible était encore incertaine et que le niveau de compétence retenu ne correspondait pas à la réalité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux retenu n'était pas suffisant notamment au regard des nombreuses cicatrices, de l'arthrose qui devait à tout le moins être qualifiée de moyenne et des séquelles psychiques. Enfin, elle a fait valoir que le taux de réduction retenu était excessif et ne saurait excéder 20 %. Etaient annexés une photo de la cicatrice sur son bras gauche ainsi qu'un certificat médical du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, relatif à l'impact des nombreuses cicatrices de l'assurée sur sa vie quotidienne.

Par décision sur opposition du 15 janvier 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a pour l'essentiel considéré que l'on ne pouvait pas reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquat entre l'accident et les problèmes psychiques de l'assurée. La Dre C.\_\_\_\_\_ avait à juste titre dit que la stabilisation de l'état de santé de l'assurée était acquise et que la CNA ne saurait attendre que les mesures de réadaptation de l'OAI soient menées à terme. Le pourcentage de 10 % pour l'indemnité à l'atteinte à l'intégrité pouvait être confirmée, ainsi que le taux de réduction qui résultait en outre de la décision du 28 avril 2015 entrée en force.

Cette décision sur opposition n'a fait l'objet d'aucun recours.

**B.** Par courriers des 10 et 24 septembre 2020, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a demandé une copie de

l'intégralité de son dossier que la CNA lui a transmis sur CD-Rom par courrier du 30 septembre 2020.

Par décision du 11 novembre 2020, confirmant un projet de décision du 7 juillet 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente d'invalidité entière lui était octroyée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Le 11 décembre 2020, l'assurée a déposé une demande de révision auprès de la CNA au motif que des faits nouveaux étaient intervenus. Au niveau de la recevabilité, elle a fait valoir que la connaissance des faits nouveaux partait dès le moment où son mandataire avait pu prendre connaissance des dossiers de la CNA et de l'OAI, transmis respectivement les 1<sup>er</sup> et 16 octobre 2020. Elle a ensuite argué du fait que l'appréciation de la CNA n'avait aucunement tenu compte des aspects neurologiques et/ou neuropsychologiques liés à l'accident du 2 septembre 2014. Sa demande de révision était basée sur un rapport du 17 février 2020 de la Dre Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et experte auprès du Centre d'expertises médicales [...] mandatée par l'OAI, qui s'était elle-même référée à un rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2018 ne figurant pas dans le dossier de la CNA. Selon l'assurée, ces deux rapports devaient être considérés comme des faits nouveaux dès lors qu'il n'y avait plus eu d'évaluation neurologique proprement dite de la part de la CNA depuis le début de l'année 2016. A l'appui de sa demande de révision, l'assurée a notamment produit :

- le rapport d'examen neuropsychologique de la Prof. D.\_\_\_\_\_ et de la psychologue O.\_\_\_\_\_ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2018 posant les diagnostics de persistance de plaintes modérées de type post-TCC, de signes de la lignée anxiodépressive et d'une fatigue cognitive/motrice modérée à sévère relevée par la recourante ;

- le rapport d'expertise du Centre d'expertises médicales du 17 février 2020 dans lequel la Dre Y.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status

post-TCC sévère sur accident de la voie publique avec lésions axonales diffuses, contusion hémorragique frontale gauche et temporo-polaire bilatérale et occipitale gauche avec discrets troubles comportementaux et cognitifs de type exécutif et fatigabilité séquellaire et de troubles sensitifs péricatriciels au niveau de la malléole externe gauche.

Le cas de l'assurée a été soumis par la CNA à son médecin-conseil, le Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui a conclu, dans une appréciation neurologique du 5 mai 2021, que les éléments médicaux complémentaires présentés par l'assurée ne faisaient que confirmer les résultats des examens précédents et n'étaient pas susceptibles de modifier les conclusions des médecins de la CNA. Il a indiqué que l'avis du Dr X. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2016 selon lequel il n'y avait aucune séquelle aux niveaux neurologique et neuropsychologique pouvait être suivi et qu'on pouvait conclure qu'à presque deux ans de l'événement accidentel la situation était stabilisée à ce niveau-là. Au vu du trouble de la personnalité de type borderline préexistant, on ne saurait attribuer les discrets signes de familiarité, de grossièreté et/ou de désinhibition (relevés dans le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018) à l'atteinte cérébrale frontale. En ce qui concernait la fatigabilité, la pharmacothérapie psychotrope multiple ainsi que l'utilisation continue de dérivés du cannabis et le syndrome d'apnée du sommeil étaient des pathologies susceptibles d'entraver l'endurance intellectuelle de l'assurée sans que l'accident ne joue un rôle, même partiel.

Par décision du 6 mai 2021, la CNA a informé l'assurée qu'elle considérait qu'il n'y avait pas de lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 2 septembre 2014 et les troubles neurologiques annoncés.

Le 4 juin 2021, l'assurée, toujours représentée par son conseil, s'est opposée à la décision précitée au motif qu'il était clair qu'elle souffrait de séquelles neurologiques impliquant d'importantes limitations fonctionnelles. Elle a argué du fait que les médecins-conseils des assurances sociales s'exprimaient en général constamment en faveur de

leurs mandants, ce qui était le cas du Dr A. \_\_\_\_\_ qui avait balayé d'un revers de main des résultats d'expertises des plus éclairés et précis pour seuls motifs de pathologies préexistantes et de la pharmacothérapie existante.

Par opposition complémentaire du 9 septembre 2021, l'assurée a produit un nouveau rapport de la Prof. D. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2021 et fait valoir que ce rapport devait être considéré comme un fait nouveau justifiant une révision. Elle a également relevé que la CNA ne saurait se baser sur l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ dès lors que son avis médical reposait sur des prémisses manifestement erronées et qu'en tant que médecin de l'assurance, son avis était en faveur de la CNA et émis dans le but d'éviter de servir des prestations. Elle a enfin fait valoir que la Prof. D. \_\_\_\_\_ était en désaccord avec le raisonnement du Dr A. \_\_\_\_\_, que sa symptomatologie présentait un degré de vraisemblance au TCC et que les troubles étaient en lien de causalité avec l'accident.

Le cas de l'assurée a à nouveau été soumis au Dr A. \_\_\_\_\_ qui a considéré, dans son appréciation neurologique du 6 janvier 2022, que les documents médicaux cités dans l'opposition, à savoir les rapports des 17 février 2020 de la Dre Y. \_\_\_\_\_ et 8 juillet 2021 de la Prof. D. \_\_\_\_\_, n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du 5 mai 2021.

Par décision sur opposition du 12 janvier 2022, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée au motif que celle-ci n'avait strictement apporté aucun élément ou moyen de preuve nouveau permettant de révoquer la décision du 13 juin 2018, confirmée sur opposition le 15 janvier 2019. En outre, l'existence d'une aggravation objective du status de l'assurée, imputable à l'accident du 2 septembre 2014 n'étant pas avérée, il n'y avait pas non plus de motif de revoir le profil des activités exigibles, la capacité et le rendement dans un travail adapté ou l'atteinte à l'intégrité.

**C.** Par acte du 9 février 2022, F. \_\_\_\_\_, toujours représentée par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la CNA du 12 janvier 2022 en concluant principalement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'intimée, subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition du 15 janvier 2019 et à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un taux de 44 % et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35 % avec intérêts à 5 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Elle a également conclu à l'octroi de l'assistance judiciaire. Reprenant les arguments avancés dans son opposition du 4 juin 2021 et son opposition complémentaire du 9 septembre 2021, elle a notamment fait valoir que les documents produits à l'appui de ses écritures étaient des faits nouveaux dès lors qu'il n'y avait plus eu d'évaluation neurologique proprement dite depuis le début de l'année 2016. Elle a également exposé que l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ ne saurait être considéré comme probant dès lors qu'il s'agissait du médecin-conseil de l'intimée et qu'il balayait les résultats d'expertise pour le seul motif de pathologies préexistantes. La recourante a également constaté que le rapport de la Prof. D. \_\_\_\_\_ du 8 juillet 2021 mentionnait que sa symptomatologie présentait un degré de vraisemblance prépondérante au TCC et que les troubles étaient en lien de causalité avec l'accident. Elle a encore fait valoir qu'il était erroné de considérer, comme l'avais fait le Dr A. \_\_\_\_\_, qu'elle aurait entamé un retour dans la vie professionnelle. Selon elle, les évaluations du Dr A. \_\_\_\_\_ des 5 mai 2021 et 6 janvier 2022 apparaissaient peu étayées, particulièrement orientées, voir péremptoires et ne permettaient pas de remettre en doute le rapport du 17 février 2020 et l'avis du 8 juillet 2021.

Par réponse du 22 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a d'abord fait valoir qu'au moment de la décision sur opposition du 15 janvier 2019, elle avait pris en considération non seulement les séquelles orthopédiques de l'accident, mais également la dimension neurologique et neuropsychologique des troubles affectant la recourante. S'agissant de la production des rapports des 1<sup>er</sup> mai 2018 du Centre hospitalier V. \_\_\_\_\_ et 17 février 2020 de la Dre Y. \_\_\_\_\_, elle avait sollicité une appréciation neurologique de la part du Dr A. \_\_\_\_\_ qui avait jugé que l'accident de 2014 ne pouvait pas être considéré comme

jouant un rôle, même partiel, nécessaire ou suffisant pour expliquer le tableau clinique de la recourante. L'intimée a encore exposé que les conclusions des appréciations du Dr A. \_\_\_\_\_ des 5 mai 2021 et 6 janvier 2022 étaient crédibles et concluantes alors que le rapport d'expertise neurologique du 17 février 2020 ne revêtait pas une valeur probante suffisante dès lors qu'il était destiné à l'OAI et n'opérait pas de distinction entre les troubles en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré et les affections dont l'assurance-accidents n'avait pas à répondre.

Aux termes d'une décision du 6 avril 2022, le juge instructeur de la Cour des assurances sociales a refusé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, les chances du succès du recours paraissant faibles.

Le 18 mai 2022, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal fédéral qui a déclaré le recours irrecevable par arrêt du 1<sup>er</sup> février 2023 au motif que la recourante aurait pu et dû attendre le prononcé de l'arrêt au fond avant de le saisir.

Le 13 mars 2023, la recourante a déposé une demande de réexamen de la décision du 6 avril 2022 lui refusant l'assistance judiciaire alléguant qu'elle ne pouvait aucunement s'attendre à ce que l'examen des chances de succès soit analysé d'une manière aussi approfondie. S'agissant de la question du prétendu dépôt tardif de la demande de révision, la recourante a invoqué que l'examen de la connaissance suffisante d'une demande en révision devait être examinée uniquement du point de vue du mandataire professionnel et non de celui de la personne assurée (cf. ATF 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021).

Par décision du 21 mars 2023, la juge instructrice de la Cour de céans a rejeté la demande de réexamen précitée au motif que la recourante n'avait avancé aucun fait qu'elle n'aurait pu invoquer au moment du dépôt de la requête d'assistance judiciaire, la révision ne permettant pas de supprimer une erreur de droit, de bénéficier d'une

nouvelle interprétation, d'une nouvelle pratique ou d'obtenir une nouvelle appréciation des faits connus lors de la décision dont la révision était demandée (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012 n. 3.1.1 ad art. 100 LPA-VD).

Répliquant le 27 avril 2023, la recourante a fait valoir que si l'intimée avait tenu compte des aspects neurologiques et neuropsychologiques dans les premiers mois de suivi du dossier, ceux-ci avaient en revanche été totalement écartés par la suite, preuve en était l'absence du rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018 de la Prof. D. \_\_\_\_\_ au dossier de l'intimée, ainsi que la nécessité de demander des appréciations médicales au Dr A. \_\_\_\_\_, qui devaient au demeurant être fortement relativisées.

Par écriture du 24 mai 2023, l'intimée a relevé que le fait d'avoir demandé des éclaircissements sur le plan neurologique au Dr A. \_\_\_\_\_ ne permettait pas encore de conclure que les décisions passées en force des 13 juin 2018 et 15 janvier 2019 n'avaient aucunement pris en considération les volets neurologique ou neuropsychologique. Pour le reste, elle a renvoyé à son mémoire de réponse du 22 mars 2022 et a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

### **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 litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents, singulièrement sur l'existence d'un motif de révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

**3. a)** Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

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 du Tribunal fédéral fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où des allégations de faits étaient encore recevables dans la procédure principale, mais qui n'étaient pas connus de la partie requérante malgré toute sa diligence. Il s'agit donc de faits antérieurs à la décision qui sont découverts après coup, la nouveauté se rapportant à la découverte et non aux faits eux-mêmes. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment de la partie requérante. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 144 V 245 consid. 5.1 ss. ; 143 V 105 consid. 2.3). 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 de révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b).

**b)** S'agissant des délais applicables en matière de révision, l'art. 53 al. 1 LPGa n'en prévoit pas. Sont dès lors déterminants les délais applicables à la révision de décisions rendues sur recours par une autorité soumise à la procédure administrative (art. 67 al. 1 et 2 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021]). Cette réglementation constitue non seulement un principe général (RAMA 1994 n° U 191 p. 146 consid. 3a), mais elle s'applique en vertu du renvoi contenu à l'art. 55 al. 1 LPGa (Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 23 ad art. 53). Aux termes de l'art. 67 al. 1 PA, dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité de recours 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 sur recours.

**c)** En l'espèce, la recourante a motivé sa demande de révision en invoquant de nouveaux moyens de preuve, à savoir les rapports du 1<sup>er</sup> mai 2018 du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_, du 17 février 2020 de la Dre Y.\_\_\_\_\_ et l'avis de la Prof. D.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2021. On doit cependant constater que ces rapports ont été portés à la connaissance de l'intimée postérieurement au délai de nonante jours dont la recourante disposait pour invoquer l'existence d'un motif de révision. En effet, en présentant sa demande de révision procédurale en date du 11 décembre 2020, soit plus de deux ans après le rapport du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ et presque dix mois après le rapport de la Dre Y.\_\_\_\_\_ du

17 février 2020, la recourante n'a pas agi en se conformant au délai prévu à l'art. 67 al. 1 PA. En outre, le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018 du Centre hospitalier V.\_\_\_\_\_ ne saurait être qualifié de nouveau dès lors qu'il est antérieur à la décision dont la révision est demandée et que la recourante aurait pu en requérir la consultation au moment de son opposition du 11 juillet 2018. A cet égard, on relèvera que la recourante a été conseillée par sa protection juridique sur les suites à donner à la décision du 13 juin 2018 (cf. courriel du 15 juin 2018). Enfin, l'avis de la Prof. D.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2021 n'a été produit qu'à l'appui de l'opposition complémentaire du 9 septembre 2021, soit postérieurement à la demande de révision du 11 décembre 2020.

La recourante a cependant fait valoir, en se fondant sur un arrêt 9C\_753/2020 (cf. demande de réexamen du 13 mars 2023 de la décision refusant l'assistance judiciaire), que le délai de nonante jours était respecté dans la mesure où il n'avait commencé à courir qu'à partir du moment où son représentant avait pu prendre connaissance des dossiers de la CNA et de l'OAI en date des 1<sup>er</sup> et 16 octobre 2020. L'arrêt cité par la recourante examine la question de savoir si et à partir de quand le retrait de l'autorisation de pratiquer d'une Clinique devait être considéré comme un fait notoire. Or, le cas d'espèce est différent dans la mesure où la recourante se prévaut de rapports dont elle devait connaître l'existence puisqu'elle avait été examinée par la Prof. D.\_\_\_\_\_ et la psychologue O.\_\_\_\_\_ les 16 avril et 1<sup>er</sup> mai 2018 et par la Dre Y.\_\_\_\_\_ le 13 décembre 2019. On relèvera en outre que l'arrêt cité par la recourante mentionne que « 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 » (arrêt 9C\_753/2020 du 23 novembre 2021 consid. 6.3 et les références citées) confirmant par-là que le délai de nonante jours a commencé à courir dès la connaissance de l'existence des rapports par la recourante et non par son mandataire.

Partant, la demande de révision du 11 décembre 2020 a été déposée tardivement de sorte qu'il convient déjà pour ce motif de rejeter le grief de la révision procédurale avancé par la recourante.

**d)** S'agissant des faits ou moyens de preuve nouveaux, on relèvera en premier lieu que la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle allègue que l'intimée n'aurait mené aucune investigation sur le plan neurologique depuis le début de l'année 2016 dès lors que le Dr X. \_\_\_\_\_ a vu la recourante en consultation le 31 mai 2016, que le Dr W. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 5 avril 2017, indiqué que « du point de vue strictement neurologique et neuropsychologique, il n'y avait pas de séquelles d'accident qui pourraient empêcher la reprise de tout type d'activité professionnelle » et que la Dre C. \_\_\_\_\_ n'a retenu aucune séquelle sur le plan neuropsychologique dans son évaluation du 17 mai 2018. Quant à l'argument selon lequel le manque d'instruction du point de vue neurologique et neuropsychologique était confirmé par la nécessité pour l'intimée de demander un avis au Dr A. \_\_\_\_\_, il ne saurait être pris en compte dans la mesure où cet avis a uniquement été demandé pour se prononcer sur les nouvelles pièces produites par la recourante et non pour pallier à la supposée absence d'instruction sur les plans neurologique et neuropsychologique.

Ensuite, on ne saurait parler de la découverte de faits nouveaux importants au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA dès lors que les avis donnés par la Dre Y. \_\_\_\_\_ et la Prof. [...] peuvent tout au plus être considérés comme une appréciation différente d'un état de fait existant et connu des parties au moment de la décision de la CNA dont la révision est demandée. En effet, le rapport du 1<sup>er</sup> mai 2018 de la Prof. D. \_\_\_\_\_ a conclu à la mise en évidence de performances globalement dans la norme pour les fonctions phasiques, mnésiques immédiat et épisodique, exécutives et attentionnelles. La Prof. D. \_\_\_\_\_ a également relevé la persistance de légers signes de dysfonction exécutive sur le plan comportemental ainsi que la persistance de signes de la lignée anxiodépressive, des plaintes de type post-TCC avec au premier plan des difficultés comportementales (irritabilité, désinhibition sociale) ainsi

qu'une fatigue cognitive et motrice modérée à sévère relevée par la patiente. Pour sa part, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 17 février 2020, posé les diagnostics de status post-TCC sévère sur accident de la voie publique avec lésions axonales diffuses, contusion hémorragique frontale gauche et temporo-polaire bilatérale et occipitale gauche avec discrets troubles comportementaux et cognitifs de type exécutif et fatigabilité séquellaire et de troubles sensitifs péricatriciels au niveau de la malléole externe gauche. Elle a indiqué que les différentes évaluations neuropsychologiques depuis l'accident avaient été menées de manière adéquate et que l'évolution était favorable tout en mentionnant la persistance de discrets troubles exécutifs et d'une fatigabilité responsables d'une perte de rendement. Elle a en outre indiqué que la recourante présentait de discrètes séquelles comportementales du traumatisme cranio-cérébral qui participaient à l'irritabilité développée et aux difficultés exprimées pour la gestion des relations interpersonnelles et des émotions.

Ces constatations ne sont toutefois pas nouvelles. En effet, les Drs P. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ ont, dans leur rapport du 14 octobre 2017, mentionné une évaluation neuropsychologique du 26 septembre 2014 qui mettait en évidence un fléchissement exécutif sur le plan comportemental (discours familial) et cognitif (productivité non verbale modérément déficitaires aux 5 points) associé à des limitations attentionnelles (fatigabilité intellectuelle modérée). Les Drs X. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont, dans leur rapport du 25 novembre 2014, indiqué que l'examen neuropsychologique avait mis en évidence de légers signes dysexécutifs (difficultés d'inhibition, désinhibition verbale avec tendance logorrhéique et thèmes persévérés) ainsi que des troubles modérés d'attention soutenue sélective. Ils ont également relevé qu'après le séjour à la Clinique R. \_\_\_\_\_, une fatigabilité persistait ainsi que des difficultés dans l'accomplissement de tâches doubles (cf. rapport du 11 novembre 2014 de la neuropsychologue G. \_\_\_\_\_). Dans son rapport du 10 décembre 2014, la neuropsychologue G. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une légère désinhibition verbale sur le plan comportemental et de légères plaintes post-traumatiques typiques (intolérance au bruit, fatigabilité et irritabilité)

continuaient. Dans son rapport du 30 mars 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de la recourante se poursuivait toujours favorablement du point de vue orthopédique et neurologique mais que cette évolution était freinée par des éléments psychiatriques, avant d'indiquer, dans un rapport du 13 juillet 2015, que la situation stagnait et devenait même défavorable, les plaintes de la recourante se focalisant principalement sur la fatigue (symptôme classique chez les TCC sévères), les troubles du sommeil et de l'attention. Selon lui, il fallait admettre, en l'absence de complications secondaires, que cette aggravation était en lien avec des facteurs contextuels et psychologiques préexistants, sans lien avec le traumatisme. A cet égard, on relèvera que la recourante était en effet suivie avant l'accident pour des troubles psychologiques, en particulier de troubles obsessionnels compulsifs et qu'elle a souffert d'un trouble dépressif avant et après l'accident (cf. rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2014, attestations d'incapacité du Centre B. \_\_\_\_\_ de janvier et février 2015, rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ du 14 juillet 2015, rapport du 18 juin 2015 de la Prof. D. \_\_\_\_\_, rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2016, rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 2 août 2016, rapport du Centre B. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2017, rapport du 20 décembre 2017 des Dres K. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_). Les plaintes de type post-traumatique ont également été décrites par la Prof. D. \_\_\_\_\_ dans un courrier du 19 août 2015 et un rapport du 26 novembre 2015. Par rapport du 30 mai 2016, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que le bilan neuropsychologique était tout à fait rassurant et que selon lui, il n'y avait pas de séquelles empêchant la reprise de tout type d'activités professionnelles, la capacité de travail étant essentiellement limitée par des problèmes psychiatriques et orthopédiques. Le rapport neuropsychologique du même jour mettait en évidence des performances aux tests qui se situaient dans les limites de la norme pour l'orientation, le langage, la mémoire, le fonctionnement exécutif et l'attention. Il persistait cependant de possibles modifications comportementales socio-émotionnelles (légère désinhibition verbale) et des plaintes post-TCC (fatigue et difficultés de concentration fluctuantes). Le Dr W. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 2 août 2016, signalé plusieurs symptômes de lenteur, de difficultés de concentration et d'expression verbale qui, s'ils n'étaient pas présents lors de l'examen

neuropsychologique précité, s'expliquaient par le fait que la recourante avait consommé des bières et de l'alcool fort la nuit précédant son évaluation. Dans son rapport du 5 avril 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de séquelles d'accident qui pourraient empêcher la reprise de tout type d'activité professionnelle du point de vue strictement neurologique et neuropsychologique. Selon lui, la vulnérabilité à la fatigabilité, à la concentration et à l'attention ainsi que la tolérance au stress étaient dues en très grande partie aux troubles psychiatriques, notamment au trouble de la personnalité et aux troubles addictifs. Sans exclure l'origine psycho-organique de certains troubles, il a précisé que « l'abus d'alcool et de cannabis repérés chez l'assurée à l'examen de juillet 2016 et présent avant et pendant l'(es) accident(s), est en soi un trouble avec un aspect organique important ». Le Dr N.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs exposé dans son rapport du 10 juillet 2015 que la distorsion subjective de la perception d'intensité du bruit ressortait clairement d'une symptomatologie post-traumatique associée à différents autres troubles psychologiques.

Au vu des différents rapports précités, il faut constater que l'intimée a investigué, puis exclu la question d'éventuelles séquelles neuropsychologiques invalidantes. On remarquera à cet égard que le délai de deux ans à attendre préconisé par le Dr J.\_\_\_\_\_ pour procéder au bouclage définitif du cas sur le plan neurologique a été respecté (cf. rapport du 26 novembre 2014). Ainsi, les rapports produits par la recourante des 1<sup>er</sup> mai 2018 et 17 février 2020 n'amènent aucun élément nouveau dont l'intimée n'aurait pas tenu compte avant de se prononcer par décision du 13 juin 2018. A cet égard, on rappellera qu'il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, de fait connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'autorité concernée pour qu'il y ait matière à révision ; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportait des défauts objectifs (cf. TFA U 336/01 du 25 octobre 2002 consid 3.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En outre, les réponses aux questions de la Prof. D.\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2021 n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux au sens de la jurisprudence précitée, tels que, par exemple, des

lésions post-traumatiques non décelées auparavant. Quant au fait qu'elle a indiqué que les troubles exécutifs et la persistance de plaintes post-TCC présentaient un lien de causalité avec l'événement du 2 septembre 2014 (cf. réponse à la question n° 2), on relèvera que la Prof. D. \_\_\_\_\_ avait déjà mentionné que les troubles attentionnels sévères, les modifications comportementales post-TCC et les plaintes de type post-traumatique étaient en relation majeure avec le polytraumatisme sévère dans son courrier du 19 août 2015.

Au vu du déroulé chronologique des faits, on constate que la recourante a considéré qu'une révision de son cas au niveau de l'assurance-accidents devait être faite après avoir reçu la décision du 11 novembre 2020 de l'OAI lui octroyant une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Cette règle de coordination ne trouve toutefois pas application lorsque la décision de l'assureur-accidents est entrée en force avant que l'assurance-invalidité n'ait elle-même statué sur le cas, comme c'est le cas de la décision sur opposition du 15 janvier 2019. Dans une telle hypothèse, le seul fait que l'assurance-invalidité octroie à son assuré une rente plus élevée que l'assureur-accidents n'est pas en soi un motif qui obligerait ce dernier à augmenter ses prestations aux mêmes conditions. Pour cela, il faut bien plutôt que la reconnaissance d'un degré d'invalidité supérieur par l'AI soit l'expression d'une modification des circonstances déterminantes pour l'évaluation de l'invalidité de la personne assurée ou encore que la décision AI plus favorable prenne en compte des faits ou des moyens de preuve nouveaux (révision procédurale). On rappellera en outre qu'à l'inverse de l'assurance-invalidité, la responsabilité de l'assureur-accidents se limite aux seules atteintes à la santé qui se trouvent en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement accidentel assuré, ce qui explique que le degré d'invalidité auquel aboutissent ces deux assureurs sociaux soit, s'agissant d'un même assuré, parfois divergent (TFA U 336/01 du 25 octobre 2002 et la jurisprudence citée).

Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée n'est pas entrée en matière sur la demande de révision de la recourante.

**4.** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 12 janvier 2022 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour la recourante),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :