

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 avril 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 53 al. 1 LPG.**

**E n f a i t :**

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], œuvrait depuis le 1<sup>er</sup> février 1990 auprès de P.\_\_\_\_\_ et, à ce titre, était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la Caisse, la CNA ou l'intimée).

En date du 22 octobre 2010, alors qu'elle circulait au volant de sa voiture à une vitesse de 50 à 60 km/h en compagnie de ses deux filles et de deux autres proches, l'assurée a été victime d'une collision frontale avec explosion des airbags. L'intéressée n'a alors fait état d'aucune blessure (rapport de police du 26 octobre 2010).

Cet événement a été annoncé à la CNA le 2 novembre 2011, au moyen d'une déclaration d'accident-bagatelle signalant un choc sur le crâne et le visage et précisant qu'il n'y avait pas eu d'interruption de travail.

La Caisse a pris en charge les frais de traitements médicaux auprès des Drs F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) et en chirurgie cervico-faciale, ainsi que les coûts liés au remplacement des lunettes de l'intéressée (communications des 3 novembre 2010 et 13 janvier 2011).

**B.** Aux termes d'une déclaration de sinistre du 2 avril 2012, la CNA s'est vu annoncer une rechute de l'accident du 22 octobre 2010, dans le contexte d'une consultation médicale au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_) pour des acouphènes. Par déclaration complémentaire du 23 avril 2012, la Caisse s'est vu indiquer que le travail était interrompu à 25 % depuis le 17 avril 2012.

Procédant à l'instruction du cas, la CNA s'est adressée au Service ORL du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, il est apparu

que la patiente était suivie depuis le 2 avril 2012, qu'elle présentait un acouphène subjectif perturbateur et un trouble anxio-dépressif et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail (certificat médical LAA du 1<sup>er</sup> juin 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL et en chirurgie cervico-faciale ; certificat médical LAA du 30 août 2012 de la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL et en chirurgie cervico-faciale).

Dans un rapport médical intermédiaire du 10 septembre 2012, Dr F.\_\_\_\_\_ a fait état d'acouphènes persistants post-traumatiques - diagnostic qu'il réitérera par la suite (rapports des 30 novembre 2012 et 22 août 2013) avec également une symptomatologie vertigineuse (rapport du 6 septembre 2013).

Invitée à fournir des précisions sur ses troubles auditifs, l'assurée a indiqué à la CNA, dans un questionnaire rempli le 20 septembre 2012, que les sifflements avaient commencé deux jours après l'accident de voiture du mois d'octobre 2010. L'intéressée a par ailleurs transmis une attestation médicale établie le 18 avril 2012 par le Dr F.\_\_\_\_\_, dont il résultait qu'en raison des séquelles d'un accident, la patiente souffrait d'acouphènes persistants très perturbateurs, les environnements trop sonores étant mal tolérés et déclenchant des maux de tête ainsi qu'une sensation de vertige.

Par rapport du 10 octobre 2012, Z.\_\_\_\_\_, psychologue traitant depuis le mois de février 2012, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes (anxiété, humeur déprimée) et un trouble de personnalité non spécifique avec des composantes obsessionnelles et paranoïdes (problématique identitaire de fond). Il a précisé que la patiente avait initialement signalé des "blancs" à plusieurs reprises depuis l'accident du 22 octobre 2010 et qu'elle avait eu quelques idées vagues de suicide en septembre 2011, confrontée alors à des conflits importants sur sa place de travail. Le psychologue Z.\_\_\_\_\_ a ajouté que la problématique de personnalité était probablement présente avant l'accident, car elle avait dû se mettre en place durant l'enfance déjà, mais qu'en revanche les acouphènes étaient apparus après

l'accident. Il a de surcroît estimé qu'il y avait probablement un lien étroit entre les acouphènes, l'anxiété et l'adaptation difficile à un contexte vécu comme persécuteur.

Aux termes d'un rapport du 28 décembre 2012, les Drs G.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ ont signalé un acouphène subjectif chronique décompensé. Ils ont précisé que les airbags avaient explosé lors de l'accident de la voie publique en 2010 et qu'un acouphène de haute fréquence non latéralisé était apparu quelques jours plus tard ; depuis lors, la patiente présentait un acouphène bilatéral sous la forme d'un sifflement continu provoquant une irritabilité et des troubles du sommeil. Ils ont ajouté qu'après un soutien médico-psychologique qui n'avait pas apporté d'amélioration, un appareillage avait été mis en place.

Le 17 janvier 2013, la CNA a indexé un compte-rendu du 19 février 2010 et un rapport d'audiogramme du 1<sup>er</sup> novembre 2010 émanant du Dr O.\_\_\_\_\_. Il en ressortait que la patiente présentait un examen clinique et un audiogramme tout à fait normaux et que, selon le Dr O.\_\_\_\_\_, l'acouphène bilatéral - certainement en rapport avec le traumatisme acoustique et l'ouverture des airbags - disparaîtrait spontanément en quelques jours. Ultérieurement, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il avait examiné la patiente le 19 février 2010 pour une otalgie et des acouphènes à gauche suite à une otite moyenne aiguë gauche, puis qu'il l'avait revue une seconde fois le 1<sup>er</sup> novembre 2010 pour des acouphènes persistants des deux côtés sans hypoacousie à la suite de l'accident du 22 octobre 2010 (rapport du 7 octobre 2013).

Le 21 janvier 2013, la Caisse a réceptionné un rapport de consultation du 10 mars 2011 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL et en chirurgie cervico-faciale. Aux termes de ce compte-rendu, le Dr X.\_\_\_\_\_ exposait avoir vu l'assurée pour un acouphène apparu trois à quatre jours après l'accident du 22 octobre 2010. Il précisait que l'otoscopie était alors normale, que l'audiométrie faisait apparaître des deux côtés un petit hiatus centré sur 6000 Hz, un peu plus marqué à gauche, et que pour le reste l'audition était parfaitement normale. Le Dr

X. \_\_\_\_\_ estimait qu'il était possible que l'acouphène de l'assurée soit lié à un petit traumatisme acoustique provoqué par des airbags ; il soulignait toutefois que ces acouphènes étaient généralement sans importance et que les patientes les oubliaient très vite, à moins que des motifs extérieurs ne les rappellent constamment à leurs pensées.

Le 19 mars 2013, la CNA a indexé un rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 4 avril 2012, concluant à un acouphène subjectif chronique depuis 2010, alors décompensé et perturbateur, dans le cadre d'un épisode dépressif avec anxiété survenu en octobre 2011. Le Dr G. \_\_\_\_\_ relevait que la dépression avait dû être importante, la patiente ayant évoqué des automutilations et des tentatives de suicide, mais que l'intéressée déclarait aller mieux désormais, bien que se sentant toujours fragile et se déclarant victime de mobbing. Le Dr G. \_\_\_\_\_ indiquait enfin que, sur le plan somatique, l'examen otoneurologique était normal et permettait d'écarter une lésion organique spécifique à l'origine de l'acouphène.

Par rapport du 19 avril 2013, les Drs G. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont conclu à un acouphène perturbateur avec un confort subjectif moyen, un impact très important et une maîtrise émotionnelle moyenne.

Une rechute a été annoncée à la CNA le 17 juillet 2013, en lien avec un arrêt de travail à 50 % à compter du même jour. Cet arrêt sera complet dès le 30 août 2013.

Par rapport du 15 juillet 2013, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'acouphène neurosensoriel chronique post-traumatique perturbateur et de trouble anxio-dépressif. Il a en particulier estimé que l'origine post-traumatique du symptôme pouvait être admise, le bilan audiolinguistique montrant une surdité de perception légère gauche dans les très hautes fréquences, compatible avec une séquelle de traumatisme acoustique. Il a précisé que l'acouphène était d'intensité subjective importante, perturbateur et difficile à gérer avec un impact négatif sur la vie quotidienne, cela dans le contexte d'un état anxio-dépressif. Pour le Dr G. \_\_\_\_\_, l'acouphène pouvait être considéré comme très important

(tinnitus décompensé) et correspondait à une atteinte à l'intégrité de 10 %. Ce spécialiste a encore précisé que, sur le plan vestibulaire, l'examen otoneurologique clinique et instrumental était par ailleurs normal et qu'il n'y avait pas d'atteinte objectivable du système de l'équilibre, le taux d'atteinte à l'intégrité étant nul sur ce plan.

Le 4 septembre 2013, une rechute de l'accident du 22 octobre 2010 a été annoncée à la CNA, l'assurée déclarant ressentir à nouveau des vertiges depuis la fin du mois d'août.

Se prononçant le 9 janvier 2014 après réception des résultats d'examens auditifs réalisés par le Dr O. \_\_\_\_\_ en février et novembre 2010, la Dre N. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, a observé que l'audiomètre tonal du 19 février 2010, réalisé dans le cadre d'une otite moyenne aiguë avec présence d'acouphènes du côté gauche, révélait déjà une surdité neurosensorielle asymétrique sur les hautes fréquences, plus marquée à gauche qu'à droite. Elle en a déduit que les acouphènes existants avaient été accentués par l'accident, si bien qu'à ce jour ils n'étaient pas exclusivement mais très majoritairement imputables à l'accident du 22 octobre 2010.

En date du 7 mars 2014, la CNA s'est vu transmettre copie d'un rapport d'expertise établi le 3 septembre 2013 par la Dre Q. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL, sur mandat de la B. \_\_\_\_\_. Aux termes de son compte-rendu, l'experte diagnostiquait des acouphènes chroniques bilatéraux post-traumatiques, avec gêne subjective très marquée perturbant la vie quotidienne tant sur le plan privé que professionnel. Pour la Dre Q. \_\_\_\_\_, il n'y avait aucune atteinte objectivable de l'audition, ni au niveau du système de l'équilibre ; en revanche, l'acouphène pouvait être considéré comme décompensé, avec une importance subjective considérable donnant lieu à une atteinte à l'intégrité de 10 %.

Par décision du 16 juin 2014, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance faute de lien de causalité adéquate avec l'accident du 22 octobre 2010.

L'assurée a fait opposition à cette décision le 4 août 2014.

Par décision sur opposition du 21 août 2014, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 16 juin précédent. Dans sa motivation, la Caisse a retenu que l'intéressée présentait un tableau de plaintes objectivement non démontrables après un traumatisme acoustique et que, dans ce contexte, les exigences requises par la jurisprudence en matière de causalité adéquate n'étaient pas réalisées pour les raisons suivantes :

"A cet égard, force est d'admettre que l'accident assuré peut tout au plus être classé dans la catégorie des accidents de moyenne gravité. Ensuite, des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ne sont pas à déplorer et l'accident n'a, objectivement, pas un caractère particulièrement impressionnant. Les lésions physiques ne sont pas graves. Le traitement médical proprement dit dès octobre 2010 et jusqu'au 10 mars 2011 n'a été ni anormalement long ni particulièrement prégnant. On ne voit pas non plus qu'il convienne de retenir des douleurs physiques persistantes, dès lors que l'assurée a pu continuer à travailler sans interruption due aux troubles litigieux jusqu'au 17 avril 2012, ni, en définitive, aucun autre critère déterminant selon la jurisprudence, dès lors que l'incapacité de travail repose essentiellement sur une symptomatologie subjective sans cause organique. [...]"

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

**C.** En date du 26 avril 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a adressé à la CNA une demande de révision de la décision sur opposition du 21 août 2014. Alléguant avoir subi un choc crânien lors de l'accident du 22 octobre 2010, l'intéressée a invoqué un fait nouveau important sous la forme d'un rapport établi le 23 février 2019 par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. De ce rapport, on extrait notamment ce qui suit :

**"Diagnostics**

- AVP (choc entre deux voitures) le 22.10.2010 avec :

- Traumatisme acoustique (éclatement des airbags) avec acouphènes chroniques et hypoacousie
- Entorse cervicale de grade I selon la Québec Task Force
- Syndrome post-commotionnel modéré (F07.2)
- Syndrome de stress post-traumatique (F43.1)
- Autres troubles somatoformes (F45.8)

[...]

### **Appréciation :**

[...]

- Traumatisme acoustique : il ne fait aucun doute que Mme L. \_\_\_\_\_ ait subi un traumatisme acoustique accompagné d'acouphènes ; celui-ci apparaissant dans les 2-3 jours post accident, il est adéquat avec le traumatisme acoustique subi et n'est remis en question par aucune des experts, à ma connaissance

- Entorse cervicale : étant donné la survenue rapide des céphalées occipitales et le mécanisme du traumatisme, avec choc contre l'airbag, sans symptômes ou signes neurologiques décrits, l'on peut retenir initialement une entorse cervicale de grade I selon la Québec Task Force. Toutefois, à 8 ans du traumatisme, sans lésion anatomique visualisée, le syndrome cervico-vertébral actuel (hypertonie symptomatique de la musculature paravertébrale cervicale haute), de degré plutôt léger, n'est plus à mettre sur le compte de l'entorse initiale mais plutôt du syndrome post-commotionnel, de par les troubles de la concentration et/ou anxieux, voire d'une certaine somatisation (voir ci-dessous)

- Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) : au vu des éléments rapportés par la patiente ainsi que par M. Z. \_\_\_\_\_, psychologue suivant Mme L. \_\_\_\_\_ dans les suites de l'accident, les critères diagnosti[que]s[...] pour retenir ce syndrome sont à mon sens remplis. Ce syndrome a régressé sans être [tout à fait] résolu, au vu de la persistance de reviviscence diurne comme nocturne (Mme L. \_\_\_\_\_ revoit occasionnellement l'accident, d'un évitement de la conduite automobile en particulier sur autoroute (elle va d'ailleurs vendre sa voiture), d'une altération cognitive et thymique négative suite à ce traumatisme, et d'une hyperréactivité (irritabilité, troubles du sommeil, de la concentration, etc.).

- Un syndrome post-commotionnel : étonnamment jamais évoqué, malgré le type de traumatisme typique subi et malgré la survenue rapide - dans la/les semaines suivantes - d'une symptomatologie caractéristique, comprenant notamment : fatigue, fatigabilité accrue, troubles de la concentration/de l'attention, de la mémoire, du sommeil, vertiges, céphalées, phonophobie, irritabilité, angoisse et troubles thymiques[...]. En effet, bien qu'une partie des symptômes présentés puisse être expliquée par les acouphènes, notamment les troubles du sommeil et la phonophobie, voire les troubles de la concentration, la persistance de ces derniers et l'apparition relativement conjointe et rapide d'autres symptômes dont les troubles mnésiques, les vertiges, la fatigue et fatigabilité accrues, une angoisse et baisse de l'humeur, évoquent la présence d'un syndrome post-commotionnel. [...]

Il est de plus à relever que dans un syndrome post-commotionnel, les déficits attentionnels sont fluctuants [...], pouvant ainsi donner l'impression de certaines incohérences dans les tests neuropsychologiques. [...]

- Troubles cognitifs : le bilan neuropsychologique de 2018 met en évidence des troubles mnésiques, exécutifs, langagiers, et un ralentissement psychomoteur ; suspectant toutefois une participation suboptimale aux tests et estimant les résultats comme partiellement incohérents avec l'autonomie de Mme L. \_\_\_\_\_ dans ses AVQ. Or, [...], Mme L. \_\_\_\_\_ n'est pas aussi performante et indépendante dans ses AVQ. L'on retrouve à l'anamnèse directe et indirecte (auprès de sa fille aînée en particulier) des difficultés traduisant bien des déficits attentionnels, exécutifs, mnésiques et un ralentissement psychomoteur, qui corroborent bien avec le constat de ce bilan. Il est possible qu'il s'y ajoute une amplification de certains déficits (voir ci-dessous), mais cela ne supprime toutefois pas les troubles présentés au quotidien par Mme L. \_\_\_\_\_.

- Troubles somatoformes : l'examen de ce jour ainsi que les diverses évaluations effectuées évoquent une certaine somatisation et amplification des troubles, en particulier des troubles de l'équilibre. Ces troubles paraissent liés à une importante fragilisation de la confiance en elle-même, envers le milieu médical et asséculo-logique, dans la mesure où Mme L. \_\_\_\_\_ exprime ne pas avoir été prise au sérieux en plusieurs occasions durant son parcours médical [...]. Ces signes de surcharg[e], comme déjà dit, ne permettent cependant pas de gommer les séquelles du traumatisme, dont surtout le syndrome post-commotionnel actuellement ; ils en rendent juste l'appréciation fine plus délicate.

[...]

Conjointement ou avec un léger décalage, Mme L. \_\_\_\_\_ pourrait bénéficier d'un soutien et de mesures de réinsertion professionnelle afin de travailler dans un milieu adapté évitant le bruit (y compris de type open space), en débutant à un pourcentage réduit, à max. 50 % au vu de sa fatigabilité accrue, des troubles de la concentration, mnésiques et exécutifs. Il sera ensuite plus aisé de préciser les séquelles résiduelles, notamment post-commotionnelles de son traumatisme et ainsi sa capacité de travail effective."

L'intéressée a également produit un rapport du 12 juillet 2018 émanant de la Prof. T. \_\_\_\_\_, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_, et des psychologues W. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. Celles-ci s'y référaient à un examen du 14 mai 2018 ayant montré des performances modérément insuffisantes (sur les plans mnésique, exécutif et attentionnel) s'inscrivant de manière prépondérante dans le contexte de troubles psychiques connus. En complément, elles évoquaient des performances mnésiques, exécutives et attentionnelles insuffisantes chez une patiente collaborant dans la mesure de ses possibilités, l'épreuve de validité des symptômes étant toutefois déficitaire et ne permettant pas d'exclure une étiologie fonctionnelle des troubles observés. Elles estimaient en outre que l'intensité modérée à sévère des perturbations cognitives observées était

faiblement compatible avec une autonomie pour les activités de la vie quotidienne telle que décrite par l'assurée et sa fille.

Par décision du 16 mai 2019, la CNA a rejeté la demande de révision de l'assurée, considérant que le Dr D.\_\_\_\_\_ n'apportait pas de nouveaux moyens de preuve mais se basait sur des faits connus au moment de la décision du 16 juin 2014 pour en tirer d'autres conclusions.

L'assurée, par son conseil, a fait opposition le 12 juin 2019 à cette décision, se prévalant à nouveau de l'appréciation du Dr D.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 28 juin 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'intéressée et confirmé sa décision du 16 mai précédent. Dans sa motivation, la Caisse a relevé que le Dr D.\_\_\_\_\_ était le premier médecin à poser (plus de huit ans après les faits) les diagnostics d'entorse cervicale de grade I selon la Quebec Task Force, de syndrome post-commotionnel modéré et de syndrome de stress post-traumatique - diagnostics qu'il avait retenus avant tout en se fondant sur les symptômes présentés par l'intéressée et sans mentionner les raisons pour lesquelles il aurait fallu admettre que les autres spécialistes consultés auraient méconnu ou omis de signaler de telles atteintes. La CNA a conséquemment retenu que le Dr D.\_\_\_\_\_ arrivait, en présence de faits connus, à des conclusions différentes - ce qui ne pouvait avoir valeur de fait nouveau ou de nouveau moyen de preuve. Par ailleurs, la Caisse a rappelé que les prestations d'assurance avaient été refusées en 2014 en raison de l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident assuré. Or, les diagnostics susmentionnés ne motivaient pas, dans le cas particulier (collision frontale, activation des airbags lors de l'impact, manifestations seulement deux jours plus tard de troubles auditifs en l'absence d'autres symptômes, poursuite de l'activité professionnelle et présence à l'avant-plan d'une composante anxio-dépressive) un examen différent des critères relatifs à la causalité adéquate.

**D.** Agissant par l'entremise de son conseil, L.\_\_\_\_\_ a recouru le 29 juillet 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation, au renvoi de la cause à l'intimée pour examen de la demande de révision procédurale déposée le 26 avril 2019 et octroi des prestations d'assurance conformément à la législation, ainsi qu'à la prise en charge par la Caisse des frais relatifs au rapport du 23 février 2019. En substance, la recourante fait valoir que le rapport susdit se fonde sur le bilan neuropsychologique effectué en 2018 pour poser le nouveau diagnostic de syndrome post-commotionnel modéré - ce qui, pour l'intéressée, constitue un fait nouveau pertinent, voire un élément de preuve nouveau. La recourante estime en outre qu'il s'agit là d'un paramètre important, puisqu'entraînant une incapacité de travail de 50 % au moins selon le Dr D.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 3 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée dans la décision attaquée.

Répliquant le 22 octobre 2019, la recourante a confirmé ses précédents motifs et conclusions.

### **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.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'intimée était ou non justifiée à refuser de revenir sur le refus de prestations signifié le 21 août 2014 en lien avec l'accident du 22 octobre 2010.

**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.

**b)** Sont nouveaux les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F\_12/2014 & 1F\_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F\_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées)

En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits

seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical 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 (ATF 144 V 245 consid. 5.2 ; 127 V 353 consid. 5b).

**c)** La révision procédurale est soumise à un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et à un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF 143 V 105 consid. 2.1 et les références citées ; voir également art. 67 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] en relation avec l'art. 55 al. 1 LPGA). Le respect de ces délais n'est du reste pas contesté en l'occurrence.

**4.** Dans le cas particulier, la recourante soutient que le rapport établi le 23 février 2019 par le Dr D.\_\_\_\_\_ constitue un moyen de preuve nouveau et important justifiant la révision procédurale de la décision sur opposition du 21 août 2014.

**a)** A titre liminaire, la Cour de céans constate que le rapport précité a été établi sur demande spontanée du conseil de la recourante. Force est toutefois de constater qu'il était loisible à l'intéressée, au stade de la procédure précédente, de solliciter d'autres avis médicaux ; il n'apparaît pas, en tous les cas, que des obstacles dirimants aient, à l'époque, empêché la récolte d'appréciations médicales supplémentaires. Le point de savoir si l'on peut ainsi imputer à l'assurée un défaut de diligence entraînant la déchéance de son droit d'invoquer des motifs de révision peut néanmoins demeurer indécis, dès lors que l'existence d'un motif de révision doit de toute manière être niée pour les motifs développés ci-dessous (cf. consid. 4b infra).

**b)** Il convient de rappeler, à ce stade, que le rapport du 23 février 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_ fait état de diagnostics sous forme de traumatisme acoustique avec acouphènes chroniques et hypoacousie, d'entorse cervicale de grade I, de syndrome post-commotionnel modéré, de syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles somatoformes.

**aa)** Force est toutefois de constater que la problématique acoustique était connue à l'époque de la décision sur opposition du 21 août 2014 et que le Dr D.\_\_\_\_\_ ne fait valoir, sur ce plan, aucun élément nouveau.

Si le Dr D.\_\_\_\_\_ retient en outre un syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles somatoformes, il ne dispose toutefois d'aucune spécialisation dans le domaine de la psychiatrie et se fonde essentiellement sur les plaintes (par définition subjectives) de l'assurée, de sorte que son analyse ne convainc guère.

Ce médecin retient par ailleurs, plus de huit ans après les événements du 22 octobre 2010, une entorse cervicale de grade I selon la Quebec Task Force, compte tenu de l'apparition rapide de céphalées occipitales et du mécanisme de choc subi lors de l'accident (rapport du 23 février 2019 p. 4). Il est toutefois douteux qu'une appréciation *a posteriori* aussi succinctement motivée puisse être suivie, alors même qu'aucun des différents spécialistes précédemment consultés n'a évoqué les signes d'une telle entorse. Bien plus, on relèvera qu'une entorse cervicale de grade I présuppose une plainte de douleur, raideur ou sensibilité du cou (cf. Walter O. Spitzer/Mary Louise Skovron/L. Rachid Salmi/J. David Cassidy/Jacques Duranceau/Samy Suissa/Ellen Zeiss, Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders : Redefining "Whiplash" and Its Management, *in Spine*, 15 avril 1995, vol. 20, supplément n° 8, p. 6) et que de telles plaintes n'ont en l'occurrence pas été répertoriées, en particulier par le Dr D.\_\_\_\_\_. La position de ce médecin apparaît, dès lors, sujette à caution.

Quant au diagnostic de syndrome post-commotionnel, la Cour de céans relève qu'il repose sur une motivation lapidaire ne contenant aucun développement objectif, le Dr D.\_\_\_\_\_ renvoyant exclusivement à des notions générales (la typologie du traumatisme) et aux plaintes subjectives de l'assurée (fatigue, fatigabilité accrue, troubles de la concentration/de l'attention, troubles de la mémoire, troubles du sommeil, vertiges, céphalées, phonophobie, irritabilité, angoisse et troubles thymiques), tout en considérant d'ailleurs qu'une partie des plaintes (troubles du sommeil, phonophobie, troubles de la concentration) s'explique par les acouphènes (rapport du 23 février 2019 p. 4 s.). Le syndrome post-commotionnel relève, du reste, d'un trouble mental ou du comportement selon la Classification internationale des maladies (CIM-10, Chapitre V [F], F07.2) et excède ainsi le domaine de spécialisation du Dr D.\_\_\_\_\_, qui n'est pas psychiatre. A cela s'ajoute que, selon les critères définis par la classification susdite, ce diagnostic vise les syndromes survenant à la suite de traumatismes crâniens habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance. De telles circonstances font pourtant défaut en l'état du dossier, en l'absence de traumatisme crânien avéré - la seule évocation d'un choc au crâne dans la déclaration d'accident-bagatelle du 2 novembre 2011 n'ayant pas valeur de diagnostic médical - ou de perte de connaissance (« *elle ne perd pas connaissance et sort du véhicule* » [rapport du 23 février 2019 p. 1]). Quant aux plaintes cognitives signalées par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans ce contexte, elles sont empreintes d'amplification (rapport du 23 février 2019 p. 5), respectivement évoquent une étiologie potentiellement fonctionnelle (rapport du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ du 12 juillet 2018 p. 2 s.), si bien que l'on ne saurait conclure sur cette base à un trouble post-commotionnel avéré. La position du Dr D.\_\_\_\_\_ doit dès lors être relativisée sur ce point également.

Il suit de là, en définitive, que le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 23 février 2019 ne renferme aucun élément nouveau pertinent du point de vue diagnostique, ce médecin se contentant tout au plus d'apporter sa propre appréciation des faits.

Sous cet angle, la décision attaquée échappe donc à la critique.

**bb)** Par ailleurs, il y a lieu de rappeler que le refus de prestations signifié dans la procédure antérieure était essentiellement fondé sur l'absence de réalisation des conditions relatives à la causalité adéquate (cf. décision sur opposition du 21 août 2014 p. 5). Or il s'agit là d'une question de droit qui doit être tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F\_2/2016 du 27 juin 2016 consid. 3).

En tout état de cause, on ne voit pas en quoi le rapport du 23 février 2019 viendrait émailler l'appréciation de la causalité adéquate contenue dans la décision sur opposition du 21 août 2014. Si le Dr D.\_\_\_\_\_ a certes répertorié les plaintes de l'assurée et conclu à différents diagnostics, il demeure que les éléments ainsi avancés - outre qu'ils ne s'avèrent guère convaincants (cf. consid. 4b/aa supra) - ne permettent pas de se positionner quant à la question de la causalité adéquate ni, à plus forte raison, de remettre en cause l'évaluation de la causalité adéquate faite par la CNA. En effet, que l'on s'en tienne aux acouphènes, à l'entorse cervicale, au syndrome post-commotionnel ou aux troubles d'ordre psychique évoqués par le Dr D.\_\_\_\_\_, il reste que du point de vue des critères permettant d'évaluer la causalité adéquate en matière d'acouphènes ou tinnitus (ATF 138 V 248), de troubles psychiques (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; 115 V 403 consid. 5c/aa et bb ; 115 V 133 consid. 6c/aa et bb) ou de traumatismes de type "coup du lapin" (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b), la situation a été appréhendée dans sa globalité dans la décision sur opposition du 21 août 2014 et que rien dans l'appréciation médicale du 23 février 2019 ne permet de revenir sur le degré de gravité de l'accident, les circonstances de celui-ci, la nature ou la gravité des lésions, la durée du traitement, les douleurs ressenties, l'adéquation des soins dispensés, le cours du traitement ou l'incapacité de travail effectivement survenue. Sous cet angle non plus, il n'y a donc pas matière à révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Là encore, la décision attaquée apparaît par conséquent conforme au droit.

**c)** A la lumière de ce qui précède, force est de constater que les conditions d'une révision procédurale de la décision sur opposition du 21 août 2014 ne sont pas réunies.

**d)** Finalement, il y a lieu d'écarter la requête de la recourante visant à la prise en charge par l'intimée des frais d'établissement du rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 23 février 2019, ce document n'ayant en définitive pas de rôle déterminant dans la présente affaire (art. 45 al. 1 LPGA ; TF 8C\_122/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.3.1 et les références citées).

**5. a)** En conséquence, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 29 juillet 2019 par L.\_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 28 juin 2019 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 Jean-Michel Duc (pour L. \_\_\_\_\_),
- 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 :