

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Neu, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Rachid Hussein, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1 LAA ; 11 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], suivait une formation en soins infirmiers. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

b) Le 5 juillet 1995, alors qu'elle venait de débiter une école d'infirmière, l'assurée a été victime d'un grave accident de train survenu en gare de [...]. Cet accident a causé un polytraumatisme. Les premiers soins ont été prodigués dans un hôpital en Italie avant le transfert de l'intéressée au CHUV le 7 juillet 1995.

 Les 15 janvier et 5 février 1997, l'assurée a fait deux crises d'épilepsie. Une IRM cérébrale réalisée le 5 février 1997, consécutive à la crise généralisée inaugurale du 15 janvier 1997, était dans les limites de la norme, sans anomalie amygalo-hippocampique. Un traitement (Tegretol®) a été instauré, arrêté en 1998, puis repris fin 2002 en raison d'une nouvelle crise.

 Dans un rapport d'expertise neurologique du 29 août 1997 adressé à la CNA, le Prof. F. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué en particulier qu'il ne pouvait, sur la base des éléments à sa disposition, exclure que les deux crises comitiales n'étaient pas probablement en relation avec le polytraumatisme du 5 juillet 1995.

 Depuis 2003, l'assurée travaille en qualité d'infirmière auprès du Service de néonatalogie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne.

 En 2006, l'assurée a annoncé une rechute de l'accident de train datant de 1995 en raison de douleurs progressives de la hanche droite et d'un conflit fémoro-acétabulaire droit séquellaire d'une fracture de l'anneau pelvien droit en 1995.

Le 8 novembre 2006, l'assurée a eu une luxation chirurgicale de la hanche droite avec ostéotomie du grand trochanter, suture du labrum, ostéoplastie acétabulaire et cervico-céphalique du fémur droit, en raison d'un conflit fémoro-acétabulaire droit mixte.

Dans un rapport du 29 mars 2007, le Dr O._____, spécialiste en neurologie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 18 novembre 2002, à la fréquence d'une fois par an environ, pour une épilepsie partielle vraisemblablement post-contusion cérébrale mineure (IRM et CT-scan décrits comme normaux), avec généralisation secondaire. Le traitement pour l'épilepsie a été adapté et remplacé par le Keppra®.

Le 11 novembre 2008, l'assurée a bénéficié d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse du grand trochanter droit.

Par la suite l'intéressée a régulièrement souffert de sa hanche droite et des incapacités de travail itératives ont été établies.

Une expertise bidisciplinaire en orthopédie et neurologie avec consilium a été confiée par la CNA aux Drs K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, spécialiste en neurologie, qui ont rendu leur rapport le 7 mars 2012. Ces experts ont en particulier posé le diagnostic d'épilepsie partielle complexe post polytraumatisme de 1995, stabilisée sous traitement permanent. A la question de savoir si les crises épileptiques dont avait souffert l'assurée depuis le début 1997 étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 juillet 1995, l'expert neurologue a répondu par l'affirmative. A cet égard, ses constatations étaient en particulier les suivantes (expertise, p. 24) :

“Je retiens donc, sur le plan neurologique, chez cette jeune femme de 34 ans dont l'examen neurologique est normal, une épilepsie partielle complexe avec généralisation secondaire survenue pour la première fois 18 mois après un polytraumatisme avec TCC. Il s'agit d'une épilepsie se manifestant par des crises espacées et qui de surcroît sont pharmaco-sensibles, puisqu'il n'y a jamais eu de récurrence de crise sous un traitement anti-épileptique. Les récurrences les plus récentes remontent à 2006 et sont survenues dans un

contexte de sevrage médicamenteux (Tegretol), ce qui avait donc nécessité la réintroduction d'un autre traitement anti-épileptique sous forme de Keppra 2 x 500 mg/jour avec depuis lors aucune nouvelle récurrence. Le bilan étiologique et notamment l'EEG de même qu'un CT-scan cérébral et une IRM cérébrale se sont révélés normaux. L'étiologie de cette épilepsie est toutefois très vraisemblablement post-traumatique d'autant plus qu'il n'y a aucun antécédent d'épilepsie et ceci aussi bien sur le plan personnel que sur le plan familial. De plus, il n'y a aucune autre co-morbidité en relation avec l'épilepsie. L'épilepsie est d'ailleurs actuellement parfaitement bien stabilisée sans récurrence de crise depuis 2006 et ne pose donc aucun problème particulier à Mme A._____. Néanmoins, elle doit se conformer à une prise régulière de la médication antiépileptique et ceci pour une très longue durée, probablement indéterminée d'autant plus qu'il y a eu deux récurrences lors d'un sevrage médicamenteux alors qu'il n'y avait plus eu de récurrence depuis 9 ans.

Le traitement actuel de Keppra (2 x 500 mg/jour) est beaucoup mieux toléré que le premier traitement (Tegretol).

Il persiste pourtant encore une certaine fatigue et fatigabilité qui peuvent être attribuées aux séquelles orthopédiques et aux douleurs engendrées par celles-ci. Il est toutefois fort probable que cette médication participe également à la fatigue et à la fatigabilité ressenties par Mme A._____, la fatigue étant d'ailleurs un effet secondaire assez classique du Lévétiacétam. [...]"

Invité à se prononcer sur l'avis du 29 janvier 2013 de la Dre M._____, spécialiste en neurologie au Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, l'expert neurologue (le Dr G._____) a rendu son rapport complémentaire le 11 novembre 2013. Il a maintenu l'existence d'une épilepsie très vraisemblablement post-traumatique et ceci « par défaut » ; à son avis, il faudrait faire une imagerie complémentaire notamment une IRM cérébrale dans un appareil de 3 Tesla avec des séquences spéciales, étant précisé qu'en cas de négativité cet examen ne permettra pas d'exclure le diagnostic d'épilepsie post-traumatique. Il a également ajouté que l'acouphène, qui n'était pas incapacitant aux dires de l'assurée, résultait probablement d'une part du TCC certain et d'autre part d'un accident certainement créé par une explosion et une déflagration capables elles-mêmes d'avoir engendré un acouphène.

Le 25 juin 2014, la Dre M._____ a établi une appréciation médicale (rédigée en allemand) aux termes de laquelle elle a contesté la

valeur probante de l'expertise du Dr G._____ ainsi que de son complément.

Du 6 janvier au 4 février 2015, l'assurée a séjourné auprès du Service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport de sortie du 16 février 2015, les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics et comorbidités suivants :

"DIAGNOSTIC PRINCIPAL

- Thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs du bras gauche et de la hanche droite.

DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES

- Lipodystrophie du bras gauche associée à un probable œdème du bras, apparue depuis juin 2014 sur une ancienne zone cicatricielle
- Tendinopathie du moyen fessier droit
- Coxarthrose droite débutante
- AMO du grand trochanter le 11.11.2008
- Luxation chirurgicale de la hanche droite avec ostéotomie du grand trochanter, suture du labrum, ostéoplastie acétabulaire et cervico-céphalique le 08.11.2006
- Conflit fémoro-acétabulaire avec appositions périostées à la jonction céphalo-cervicale antérosupérieure et déchirure labrale en regard sur l'arthro IRM du 06.09.2006
- 1995 : AVP ferroviaire avec :
 - pneumothorax gauche
 - fracture diaphysaire ouverte degré I selon gustillo des 2 os de la jambe gauche
 - fracture gustillo II de la pointe de la rotule gauche sans atteinte de l'appareil extenseur
 - fracture du bassin type voillemier droit
 - fracture-luxation de l'IP du gros orteil droit
 - fracture de l'angle mandibulaire gauche
 - fracture de l'épine supérieure de l'omoplate droite
 - écrasement du bras gauche avec séquelles esthétiques

CO-MORBIDITES

- Épilepsie équilibrée sous Keppra
- Légers signes d'une atteinte myélinique du nerf médian au canal carpien, sans traduction clinique (ENMG du 19.01.2015)"

Ces médecins ont estimé que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles et qu'une

stabilisation était attendue dans un délai de un à deux mois. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : « port de charges lourdes répétitifs au-dessus de 15 kg, marches prolongées en terrains irréguliers, positions contraignantes pour la hanche (accroupies, debout prolongée) ». Aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était favorable, avec une reprise du travail depuis le 1^{er} mars 2015 à 15 % du taux de capacité de travail de 60 %, avec augmentation progressive par la suite, si l'évolution au niveau de la hanche était favorable, point à réévaluer par le médecin traitant. Enfin, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles pré-listées était *a priori* favorable. Aucun nouveau séjour à la CRR n'était proposé.

Devant le refus de l'assurée de se soumettre à d'autres investigations et sa demande à l'assureur-accidents de statuer, la CNA a soumis le dossier au DrZ._____, spécialiste en médecine interne et en médecine intensive, lequel a retenu que le cas était probablement stabilisé (note médicale du 19 novembre 2020).

Par décision du 8 juin 2021, la CNA a nié un lien de causalité certain, ou à tout le moins vraisemblable, entre l'accident du 5 juillet 1995 et les troubles épileptiques diagnostiqués en 1997, les acouphènes ainsi que la fatigue.

Par décision du 21 juin 2021, la CNA a accordé à l'assurée une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} mars 2021, fondée sur le taux de 40 % sur la base d'un gain assuré de 68'035 fr., ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 14'580 francs (taux de 15 % sur la base d'un gain assuré de 97'200 fr. en 1995).

Par décision sur oppositions du 15 octobre 2021, la CNA les a rejetées et confirmé la teneur de ses décisions des 8 et 21 juin 2021.

B. Par acte du 19 novembre 2021, A._____, représentée par Me Rachid Hussein, exerce un recours auprès de la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, en prenant, sous suite de dépens, les conclusions suivantes :

“Au fond :

- III. Réformer la décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 par la SUVA, en ce sens que A._____ a droit à la prise en charge par la SUVA des prestations relatives au traitement des troubles de l'épilepsie, d'acouphène et de fatigue dont elle souffre.
- IV. Réformer la décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 par la SUVA, en ce sens que A._____ a droit à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité calculée sur un taux global IPAI qui ne soit pas inférieur à 45%, avec intérêt à 5% l'an dès le 19 novembre 2021.
- V. Réformer la décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 par la SUVA, en ce sens que A._____ a droit à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur une incapacité de gain de 40%, calculée sur un gain annuel de CHF 100'583.-, avec intérêts à 5% l'an dès le 19 novembre 2021.

Subsidiairement :

- VI. Annuler la décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 par la SUVA et lui renvoyer le dossier pour qu'elle reprenne l'instruction et rende une nouvelle décision dans le sens des considérants.”

Ce faisant, la recourante conteste, d'une part, la non-reconnaissance du lien de causalité entre l'accident survenu en 1995 et ses troubles épileptiques, ses acouphènes et la fatigue, et, d'autre part, le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle reproche également à la CNA la prise en compte d'un montant erroné du gain assuré pour le calcul de la rente d'invalidité. A l'appui de son recours, elle a notamment produit un rapport du 9 septembre 2021 de la Dre T._____, spécialiste en neurologie. A titre de mesures d'instruction, elle requiert en particulier son audition, l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise avec spécialité en neurologie tendant à déterminer l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 5 juillet 1995 et les troubles épileptiques, ainsi que l'acouphène et la fatigue dont elle souffre.

Dans sa réponse du 7 février 2022, la CNA propose la mise en œuvre d'une IRM cérébrale 3 Tesla pour vérifier l'hypothèse de la survenue, dans les suites de l'accident de juillet 1995, de micro-saignements et/ou de lésions axonales diffuses à l'origine de l'épilepsie. L'intimée conclut à l'annulation de sa décision sur opposition du 15 octobre 2021 et au renvoi de la cause pour complément d'instruction, en application de l'art. 53 al. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1).

Par réplique du 14 avril 2022, la recourante conteste, sur la base du rapport du 9 septembre 2021 de la Dre T._____, que la réalisation d'une IRM cérébrale soit le moyen de preuve approprié pour mettre en évidence une lésion causale de l'épilepsie. Elle requiert l'audition de la Dre T._____ et la mise en œuvre d'une expertise neurologique continue en milieu hospitalier, seule apte à déterminer l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident de 1995 et les troubles épileptiques, ses acouphènes et la fatigue.

Dans sa duplique du 20 mai 2022, la CNA nie la nécessité de mettre en œuvre une expertise, spécialement judiciaire, au motif qu'elle admet avoir nié le lien de causalité entre l'accident de 1995 et les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue sur la base d'une instruction médicale lacunaire et considère que la question de ce lien n'est pas réglée. L'intimée fait valoir que l'IRM en cause a précisément pour but d'instruire l'origine d'une épilepsie focale traumatique et non temporale, en sorte que la mesure est adaptée. L'intimée est d'avis qu'une expertise apparaît prématurée et trop extensive à ce stade, et que l'IRM cérébrale permettra peut-être de résoudre le litige à des coûts tant financiers que temporels contenus. Elle a joint une appréciation neurologique du 19 mai 2022 du Dr U._____, spécialiste en neurologie, du Centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA. Elle a également fait verser à la cause une appréciation du 11 janvier 2022 du Dr U._____.

Dans ses ultimes déterminations du 6 juillet 2022, la recourante soutient désormais principalement que le dossier de la cause est suffisamment instruit sur la base du rapport d'expertise du 7 mars 2012 des Drs K._____ et G._____ complété le 11 novembre 2013 et que les avis médicaux convergents permettent d'établir à satisfaction de droit l'existence du lien de causalité entre l'accident et les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue. En cas de doute persistant à ce sujet, elle estime que c'est une expertise judiciaire, avec spécialité de neurologie, qui devrait être mise en œuvre, l'IRM cérébrale ne permettant pas de manière systématique de mettre en évidence une lésion causale de l'épilepsie.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 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. 60 al. 1 LPGA et 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à la suite de l'annonce d'une rechute de l'accident du 5 juillet 1995.

b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce,

vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2).

4. a) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause

leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, la recourante fait valoir que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 5 juillet 1995 et ses troubles épileptiques, ses acouphènes et la fatigue dont elle souffre a été nié à tort par l'intimée.

La recourante remet en cause l'établissement des faits, dans la mesure où le diagnostic de trouble crânio-cérébral (TCC) n'aurait pas été retenu comme une conséquence de l'accident, en sorte que le lien de causalité entre l'accident de 1995 et les troubles sus-désignés a été nié à tort, en contradiction avec l'ensemble des rapports figurant au dossier et sur la seule base de l'avis médical - isolé - du 25 juin 2014 de la Dre M._____, médecin d'assurance. A cet égard, la recourante expose que la catastrophe ferroviaire survenue à Domodossola le 5 juillet 1995 était un accident d'une violence inouïe lors duquel elle a perdu connaissance durant plusieurs heures et subi d'importantes et nombreuses lésions de la tête aux pieds (en alternance, à droite et à gauche), sa mâchoire ayant en particulier été fracturée et son cuir chevelu présentant des plaies avec également l'entier de sa tête très enflé - ce que de nombreux témoins et les rapports médicaux attestent -, en sorte que si la mention d'un TCC ne figure certes pas dans les rapports de l'hôpital italien qui a soigné en urgence les accidentés de la catastrophe ferroviaire, cela ne suffirait pas à exclure un tel diagnostic qui s'impose au regard des circonstances et lésions. De surcroît, les médecins ayant ausculté la recourante, singulièrement les experts Drs K._____ et G._____, auraient posé treize diagnostics en lien avec les lésions et fractures de l'accident et jugeraient « très vraisemblable » le lien de causalité entre le traumatisme de 1995 et les troubles épileptiques diagnostiqués en 1997, les acouphènes et la fatigue. Par conséquent, l'avis médical isolé rédigé en

allemand de la Dre M._____ ne saurait l'emporter sur l'expertise bidisciplinaire indépendante des Drs K._____ et G._____ dont les conclusions sont confirmées par plusieurs autres rapports médicaux au dossier, et ne saurait donc être suivi.

Dans ses dernières déterminations du 6 juillet 2022, la recourante fait valoir que la position défendue par la CNA s'inscrirait en outre en contradiction avec la prise en charge par l'intimée des traitements relatifs aux problèmes d'épilepsie, d'acouphène et de fatigue durant de nombreuses années.

b) La recourante conteste également le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, en tant qu'aucune indemnisation n'est prévue en raison de l'épilepsie et son traitement. A ce titre, elle fait valoir qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % devrait lui être allouée. Additionnée - en raison des atteintes indépendantes - à l'indemnité pour coxarthrose moyenne de 15 % retenue par la CNA, qui n'est pas remise en question, elle estime avoir droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité globale de 45 % (30 % + 15 %).

c) La recourante critique enfin le montant du gain assuré qu'elle juge trop faible. Ce faisant, elle plaide qu'elle travaille en qualité d'infirmière auprès du Service de néonatalogie du CHUV depuis 2003, date de la fin de sa formation. En application de l'art. 24 al. 2 OLAA et conformément aux indications de son employeur, elle soutient que le salaire déterminant est celui qu'elle aurait reçu durant l'année précédant l'ouverture du droit à la rente si elle n'avait pas été victime de l'accident, soit 100'583 fr., en sorte que sa rente d'invalidité de l'assurance-accidents doit être calculée sur une incapacité de gain de 40 %, calculée sur un gain annuel de 100'583 francs.

d) A l'appui de ses conclusions et motifs, la recourante a requis son audition personnelle, l'audition de témoins et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec spécialité de neurologie, dans l'éventualité

où un doute subsisterait quant au lien de causalité entre l'accident et les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue.

6. A ce sujet, le dossier contient les constatations suivantes :

L'IRM réalisée en février 1997 après la crise généralisée inaugurale du 15 janvier 1997 s'est révélée normale, dans les limites de la norme, sans anomalie.

En août 1997, le Prof. F. _____ estimait dans son rapport d'expertise neurologique que « on ne peut exclure que ces 2 crises comitiales ne sont pas probablement en relation avec le polytraumatisme du 5.7.1995 », notamment du fait de l'absence d'antécédents familiaux.

L'expert G. _____ n'a pas pu déterminer l'étiologie traumatique ou non de l'épilepsie. Il l'a certes jugée « très vraisemblable » pour les crises de 1997, mais n'a pas répondu à une telle question s'agissant des récurrences les plus récentes remontant à 2006. Si l'expert G. _____ n'a pas exclu l'origine post-traumatique des troubles épileptiques actuels, voire l'a qualifiée de très vraisemblable, il ne l'a pas affirmée non plus et concédait, dans son complément de rapport du 11 novembre 2013, qu'une IRM dans un appareil de 3 Tesla permettrait d'imputer de manière certaine les troubles de l'épilepsie au *trauma* mais qu'une IRM négative ne signifierait pas de manière certaine que l'épilepsie n'est pas d'origine traumatique. A cet égard, le rapport d'expertise neurologique du Dr G. _____ - qui ne fait que déclarer comme possible l'origine traumatique en raison d'un trouble crânio-cérébral (TCC) alors que cela ne ressort pas des rapports d'hospitalisation et de l'absence d'antécédent et de génétique défavorable - ne se révèle pas être probant pour statuer sur l'étiologie traumatique ou non de la récurrence d'épilepsie survenue en 2006. En seconde page dans son complément de novembre 2013, cet expert a notamment écrit ceci :

“J'ai donc considéré que les images radiologiques ne démontraient aucune lésion quelconque, qu'elle soit de type dégénérative, malformative ou même traumatique. J'ai malgré tout conclu à une

épilepsie très vraisemblablement post-traumatique et ceci par défaut compte tenu qu'il n'existe aucun antécédent d'épilepsie aussi bien sur le plan personnel que sur le plan familial et devant l'absence d'autres comorbidités en relation avec une épilepsie, notamment aucune anomalie d'origine malformative ou dégénérative sur le plan de l'IRM."

On ajoutera aux constatations de l'expert Dr G. _____ que retenir une étiologie traumatique des troubles épileptiques en raison de leur survenue après l'accident de 1995 relèverait alors du syllogisme du *post hoc ergo propter hoc* voulant que le seul fait que la recourante ait été complètement asymptomatique avant son traumatisme ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec un quelconque accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

De son côté, la Dre M. _____, médecin-conseil, base son argument sur l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr G. _____ et son complément. Cette médecin-conseil a notamment fait part du fait que l'IRM cérébrale de 1997 n'avait montré aucune lésion structurale, étant d'avis toutefois que l'état actuel de la technique requérait la réalisation d'une IRM 3 Tesla avec des séquences sensibles à l'hémossidérine pour exclure une lésion de nature structurale. Quant à l'acouphène et à la fatigue, ils étaient, contre l'avis de l'expert Dr G. _____, sans lien avec l'accident de 1995.

Dans un rapport du 29 mars 2007, le Dr O. _____ relève l'origine « vraisemblablement post-contusion cérébrale mineur » de l'épilepsie.

Quant à la médecin traitant, la Dre T. _____ dont le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui la lie à sa patiente la place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3), elle estime, le 9 septembre 2021, qu'il y a « un lien de haute vraisemblance entre le

traumatisme présenté par la patiente, l'absence de lésions cérébrales et le type de crise d'épilepsie ». A son avis, sa patiente présente une épilepsie persistante à distance du traumatisme qui ne se caractérise pas par des crises d'épilepsie temporale. En présence d'une épilepsie bien contrôlée sous traitement, la Dre T._____ retient qu'il est vraisemblable que cette épilepsie soit post-traumatique, d'autant plus au vu de la violence de l'accident. Il faut ajouter que cette médecin suit l'assurée depuis le 22 avril 2021 uniquement et n'a donc pas pris part aux constatations initiales et n'a pas pu observer l'état de sa patiente après une crise d'épilepsie.

Force est de constater que l'ensemble des avis médicaux - en partie contradictoires - sont basés sur des indices, respectivement l'absence d'indices, et relèvent finalement de différentes appréciations d'un même état de fait. Or, dans de telles circonstances, lorsque des examens cliniques sont possibles et raisonnablement exigibles, le dossier d'instruction doit être considéré comme insuffisant.

Au vu de ce qui précède, singulièrement les échanges d'écritures, l'expertise déjà réalisée par le Dr G._____ et la prise de position de la Dre M._____ ne permettent pas de trancher définitivement la question, de sorte qu'il faut davantage instruire le point de savoir si les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue sont effectivement en rapport de causalité avec l'accident de 1995 et ainsi s'ils doivent être pris en considération par l'intimée à titre de rechute.

Il faut relever que l'assurée a pressé la CNA de statuer, ne voulant plus de contact avec elle et refusant d'autres investigations (cf. notes médicales des 3 août et 19 novembre 2020 du Dr Z._____ ; courrier du 30 septembre 2020 adressé à la CNA par Me Rachid Hussein). Ce nonobstant, le dossier ne permettait manifestement pas à l'intimée de statuer sur la problématique en lien avec l'épilepsie, singulièrement la causalité.

Suivant la réponse qui sera donnée s'agissant de la causalité, se poseront, le cas échéant, celles d'une indemnité pour atteinte à

l'intégrité complémentaire aux atteintes orthopédiques et d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, lesquelles prestations devront alors le cas échéant être calculées.

Au sujet des investigations nécessaires pour se prononcer sur la causalité, les parties s'accordent sur le fait que l'IRM cérébrale pourrait s'avérer insuffisante pour mettre en évidence des lésions post-traumatiques à l'origine de l'épilepsie (la recourante se fonde sur l'avis de la Dre T. _____ alors que l'intimée s'en remet à l'avis du Dr U. _____), mais la CNA estime que par économie de coûts, elle doit être réalisée avant d'envisager d'autres mesures plus importantes ; en effet, selon le point de vue de son médecin le Dr U. _____ (appréciation neurologique du 19 mai 2022), les épilepsies focales - donc d'origine traumatique contrairement à celle temporelle - sont identifiables par IRM étant entendu qu'une IRM cérébrale réalisée en 1997 ne peut satisfaire les standards de qualité actuels. A l'inverse, un nouvel examen à la hauteur de la technologie actuelle (dispositif à 3 Tesla) serait la méthode indispensable d'un point de vue assécurologique.

A la lecture de l'avis du Dr U. _____ du 11 janvier 2022, le diagnostic d'épilepsie post-traumatique présuppose la mise en évidence d'une lésion structurelle d'origine post-traumatique, élément qui fait défaut. Le seul argument valide pour retenir l'hypothèse d'une étiologie post-traumatique est d'établir l'origine focale des crises. En d'autres termes, le point de savoir si l'assurée a subi ou non un TCC en 1995 lors de son accident n'est pertinent, à titre d'indice, que si l'IRM ne permet pas déjà d'établir l'étiologie traumatique de l'épilepsie. Dans ces conditions, l'instruction médicale doit être reprise, et à tout le moins une nouvelle IRM doit être réalisée.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, la Cour de céans observe cependant que la seule réalisation de l'IRM aux standards actuels n'est en soi pas une mesure d'instruction suffisante, sans toutefois que l'expertise complète continue en milieu hospitalier requise ne soit néanmoins d'ores et déjà nécessaire.

Il sied – pour des motifs d'économie, d'efficacité, médicaux étant entendu que la Dre T. _____ ne suggère pas un arrêt du traitement

pour effectuer une recherche clinique, et dans le respect de la recourante désireuse que la procédure puisse se terminer – dans un premier temps de faire réaliser cette IRM puis d'en confier l'analyse à un expert indépendant, auquel il appartiendra de déterminer sur cette base si les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue (qui pour les deux derniers sont des symptômes de l'épilepsie) sont ou non en lien de causalité naturelle avec l'accident ferroviaire de 1995.

Dans un second temps et seulement si nécessaire, l'expert en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires, notamment une observation continue en milieu hospitalier ou la recherche d'un TCC dans l'éventualité où il n'est pas en mesure de se déterminer sur la causalité sur la seule réalisation et analyse de l'IRM.

Dans l'affirmative à cette première question, il incombera à l'expert de proposer le pourcentage de l'atteinte à l'intégrité et le taux d'incapacité de travail correspondant à ces atteintes à la santé. A l'issue de l'instruction complémentaire, il incombera également à la CNA de revoir le gain assuré contesté par l'assurée dans son recours (cf. conclusion n° V du mémoire de recours du 19 novembre 2021).

Compte tenu des incidences étendues de la réponse à ces questions sur les prestations susceptibles d'être allouées (indemnité pour atteinte à l'intégrité et rente d'invalidité de l'assurance-accidents), la réalisation d'une expertise judiciaire ne semble pas adaptée, car la Cour de céans devrait probablement renvoyer quoi qu'il en soit la cause à l'intimée sans être en mesure de réformer la décision déférée. Aussi, compte tenu de son devoir d'instruction prioritaire, l'instruction de la présente affaire doit être reprise par la CNA, à qui il incombera donc de confier à un expert neutre le mandat de faire réaliser et analyser dans le sens qui précède une IRM puis de mettre en œuvre le cas échéant tout moyen supplémentaire afin de déterminer sur le plan médical s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident ferroviaire de 1995 et les troubles épileptiques, les acouphènes et la fatigue, puis dans l'affirmative, l'atteinte à l'intégrité correspondante et l'incapacité de

travail qu'impliquent ces atteintes à la santé. A réception des compléments nécessaires, la CNA rendra une nouvelle décision.

e) Le sort du recours rend finalement sans objet les requêtes d'audition personnelle et de témoins ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire avec spécialité de neurologie.

8. a) En conclusion, le recours est admis, la décision sur opposition du 15 octobre 2021 annulée et la cause renvoyée à la caisse intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Vu l'issue de la procédure, l'intimée versera une indemnité de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA). Me Rachid Hussein a produit deux listes d'opérations, alléguant plus de quatorze heures et quarante minutes de travail, au tarif horaire de 350 fr., et 171 fr. de débours. Aux termes de l'art. 11 al. 1 TFJDA (Tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; 173.36.5.1), les frais d'avocat ou d'autres représentants professionnels comprennent une participation aux honoraires et les débours indispensables, étant rappelé que les honoraires sont fixés d'après l'importance de la cause, ses difficultés et l'ampleur du travail effectué, et qu'ils sont compris entre 500 et 10'000 francs (art. 11 al. 2 TFJDA). En définitive, une indemnité de 5'000 fr. (débours et TVA compris) à titre de participation aux honoraires d'avocat tient raisonnablement compte du temps nécessaire à la défense des intérêts de la recourante.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 15 octobre 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée et la cause est renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV.** La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera une indemnité à titre de dépens de 5'000 fr. (cinq mille francs) à A._____.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Rachid Hussein (pour A. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :