

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
MM. Piguet et Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marie Guyot, avocate à Bienne,

et

R. _____ **SA**, à Martigny, intimé.

Art. 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 24 et 25 LAA ; 36 OLAA

E n f a i t :

A. a) Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait depuis le [...] en tant qu'éducatrice spécialisée au taux de 85 % pour le compte de l'association du N._____ au [...]. A ce titre, elle était assurée obligatoirement auprès du R._____ SA (ci-après : R._____ SA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b) Le 10 septembre 2016 vers 23h20, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique alors qu'elle était sous l'influence de l'alcool. Déclarant avoir voulu éviter un animal situé sur sa trajectoire, son véhicule a alors été déporté sur la droite, a traversé la chaussée puis a violemment percuté une voiture de livraison stationnée de l'autre côté de la voie de circulation et le mur d'une ferme sise route de [...] aux [...]. Le véhicule a encore par la suite heurté une deuxième fourgonnette. Polytraumatisée (tétraplégie moteur et sensitive de grade C selon la classification ASIA sur fracture des vertèbres C5-C6 type C et F3 selon classification AO), l'assurée a été opérée le 11 septembre 2016 à l'Unité de chirurgie spinale du CHUV par discectomie C5-C6 et mise en place d'une cage Cornerstone® avec fixation antérieure par plaque (protocole opératoire du 21 septembre 2016 du Prof. W._____, spécialiste en neurochirurgie).

R._____ SA a pris en charge le cas.

Du 21 septembre au 30 novembre 2016, l'assurée a séjourné auprès du Service de réadaptation en paraplégie de la Clinique romande de réadaptation (CRR) pour évaluation multidisciplinaire et poursuite de la rééducation neurologique.

Par rapports des 11 janvier, 6 mars, 4 avril et 9 mai 2017, les neurochirurgiens du CHUV ont retenu une tétraplégie avec un niveau C4 ASIA D, traitée par chirurgie le 11 septembre 2016. Ils ont constaté chez l'assurée une disparition quasi complète de l'atteinte sensitivo-motrice

secondaire au traumatisme cervical avec persistance d'une hyperréflexie très discrète à gauche, ce qui confirmait un tableau clinique dominé par les douleurs neurogènes qui paraissaient régresser. Ils ont noté que l'intéressée présentait en outre un état anxio-dépressif post-traumatique et qu'elle était suivie en consultation d'orthopédie pour son genou droit, également traumatisé lors de l'accident de septembre 2016. La physiothérapie, l'ergothérapie et la prise en charge antalgique par le Centre d'antalgie du CHUV se poursuivaient.

Aux termes d'un certificat médical du 3 juillet 2017, le Dr T._____, spécialiste en neurologie, a confirmé une évolution sensitivomotrice favorable avec toutefois la persistance d'un statut douloureux de localisation cervicale, lombaire et au membre supérieur. Le suivi par le Centre d'antalgie du CHUV alliait un traitement médicamenteux et des infiltrations. Il était noté également le développement d'un état anxio-dépressif post-traumatique pour lequel l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique. Une prise en charge chirurgicale était planifiée.

Le 30 octobre 2017, l'assurée a été opérée à l'Hôpital orthopédique du CHUV, par le biais d'une arthroscopie diagnostique, pour une plastie de reconstruction du ligament croisé antérieur par tendon des ischio-jambiers pédiculés, une plastie de reconstruction du faisceau profond et superficiel du ligament collatéral interne par allogreffe du tendon d'Achille et une plastie de retente du ligament ménisco-fémoral postérieur (protocole opératoire du 6 novembre 2017 du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Du 1^{er} novembre au 1^{er} décembre 2017, un nouveau séjour de l'assurée a eu lieu auprès du Service de réadaptation en paraplogie de la CRR en vue d'une rééducation post-opératoire.

Par rapport du 28 octobre 2019 en référence à des consultations des 3 octobre et 19 décembre 2018 ainsi que des 13 mars,

15 avril, 28 mai et 23 juillet 2019, le Dr T. _____ a fait part d'une reprise du travail par l'assurée depuis la rentrée 2018-2019 au taux d'environ 40%. En raison de la persistance d'un trouble de type anxio-dépressif pour lequel l'assurée ne bénéficiait pas d'un suivi spécialisé au long cours, son taux d'activité n'avait pu être augmenté que de 20%, soit un taux de capacité de travail résiduelle de 60% maintenu sur la totalité de la période scolaire jusqu'en novembre 2019. Le traitement alliait la prise de Prégabaline® 150 mg (3x/j.) et d'Escitalopram® 10 mg (1x/j.), avec Ibuprofène et Lorazépam en réserve.

c) Le 30 juin 2020, en lien avec l'accident de la voie publique du 10 septembre 2016, R. _____ SA a enregistré au dossier un rapport de la Police cantonale vaudoise (Polcant) du 27 septembre 2016 et une ordonnance pénale du 3 novembre 2016 rendue par le Ministère public d'arrondissement de l'[...]. Il en ressort qu'une peine de quarante jours-amende avec sursis pendant deux ans et une amende de quatre cents francs, à titre de sanction immédiate et contraventionnelle, avaient été prononcées contre l'assurée pour des infractions commises à la LCR (loi fédérale du 19 décembre 1958 sur la circulation routière ; 741.01) et à l'OCR (ordonnance du 13 novembre 1962 sur les règles de la circulation routière ; RS 741.11), singulièrement une conduite en état d'ébriété (taux d'alcoolémie qualifié de 1,28‰) et le non-port de la ceinture de sécurité.

d) Par décision du 30 juillet 2020, R. _____ SA a informé l'assurée d'une réduction de 30 % sur les prestations en espèces versées depuis le 1^{er} juillet 2020, selon l'art. 37 al. 3 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20). R. _____ SA a par ailleurs renoncé à réclamer le remboursement par l'intéressée des indemnités journalières de l'assurance-accidents servies à tort depuis l'accident jusqu'au 30 juin 2020.

Les 13 août et 16 septembre 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision.

e) Le 17 septembre 2020, R._____ SA a émis des réserves d'usage pour la prise en charge de l'incapacité de travail de l'assurée au-delà du 31 août 2020.

Le 28 septembre 2020, l'assurée a contesté la prise de position précitée en faisant valoir l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de septembre 2016 et son état de santé douloureux persistant.

f) Dans le cadre de son instruction, R._____ SA a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (neurologie, orthopédie et psychiatrie) auprès du M._____ (M._____) de [...]. Les experts (les Drs U._____, spécialiste en neurologie, A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ont rendu leur rapport le 1^{er} février 2021. Ils ont conclu à une stabilisation de la colonne cervicale et à une bonne stabilisation de la lésion ligamentaire du genou opéré. Sur le plan neurologique, les experts ont fait part de la persistance d'une fatigue et de troubles sensitifs dans les dermatomes C5-C7 à gauche assortis de douleurs neurogènes invalidantes, en lien direct avec la lésion médullaire provoquée par la fracture vertébrale C5-C6 lors de l'accident du 10 septembre 2016. Ils ont précisé que la fatigue était neurologique et que la situation était au stade séquellaire. D'un point de vue psychiatrique, l'examen était dans les limites de la norme, si bien qu'aucuns diagnostic ou limitation fonctionnelle n'étaient retenus. Les experts ont estimé la capacité de travail résiduelle de l'assurée à 80%, en raison de l'état neurologique déficient, dans toute activité y compris celle habituelle adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (éviter le port de charges lourdes au-delà de cinq kilos, le travail en hauteur ou en position de porte-à-faux et la nécessité de position assise prolongée au-delà de deux heures). S'agissant d'une éventuelle atteinte importante et durable à l'intégrité physique ouvrant droit à une indemnité de l'assurance-accidents, les experts ont indiqué que, sur le plan orthopédique, il n'existait pas d'atteinte particulière dès lors que le taux d'incapacité de travail de 20% décrit par l'experte neurologue incluait la fixation C5-C6. Il n'était également pas retenu d'atteinte à la santé sur le plan psychique.

Sur le versant neurologique, il était constaté une tétraplégie initiale ASIA D de niveau C4 moteur et C5 sensitif, ayant régressé en une atteinte ASIA E, avec persistance d'un syndrome tétrapyramidal sans déficit moteur, mais avec crampes, et persistance de troubles sensitifs avec douleurs neurogènes et fatigue. Ces éléments justifiaient une atteinte à l'intégrité de 20%, à savoir une tétraplégie ASIA E avec troubles de la coordination (10%), fatigue (5%) et restriction pendant les loisirs (5%).

g) Par décision du 17 mars 2021, R._____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 30 juillet 2020, à savoir qu'après réduction de 30% le montant de l'indemnité journalière de l'assurance-accidents était de 133 fr. 46.

h) Interpellés par R._____ SA, les experts du M._____ ont rendu un complément d'expertise du 19 avril 2021 dans lequel ils ont précisé leurs conclusions sur le taux de capacité de travail résiduel de l'assurée dans son activité habituelle, indiquant que le pourcentage de 80% était fixé dans une activité exercée à plein temps, et non sur la base du taux contractuel de 85%.

i) Dans un rapport du 27 septembre 2021 consécutif à une consultation téléphonique avec l'assurée du 23 septembre 2021, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, a noté une stabilisation médicale avec des équilibres fragiles d'un point de vue neurologique dans le contexte d'une tétraplégie C4 ASIA D accompagnée d'un trouble neurogène passager des fonctions vésicale, intestinale, sexuelle et d'une propension à la constipation résiduelle, de douleurs neurogènes principalement au niveau du membre supérieur gauche (C6), de lombalgies et d'une fatigabilité. Sur la base des indications recueillies par téléphone, ce médecin a émis des réserves sur l'exercice par l'assurée de l'activité d'éducatrice « exigeante pour une tétraplégique » à un pourcentage élevé. Selon l'avis du Dr H._____, il convenait de maintenir un taux de travail à 70%, avec une présence à 80% maximum et une diminution du rendement « d'en tout cas 10% ».

j) Par rapports des 6 septembre et 10 décembre 2021 rédigés sur la base de consultations des 7 juillet et 21 octobre 2021, la Dre E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu un polytraumatisme sur accident de la voie publique le 11 [recte : 10] septembre 2016 et des troubles psycho-affectifs. Cette médecin a suggéré à l'assurée une prise en charge active au long cours avec traitement par Sirdalud systématique pour les douleurs rachidiennes. Elle a également discuté de l'introduction éventuelle d'un traitement par Cymbalta pour les douleurs neuropathiques. En l'absence d'autres troubles neurologiques, la Dre E._____ a proposé à l'intéressée de bénéficier au moins temporairement d'un suivi en réhabilitation orthopédique au CHUV.

k) Par certificat du 26 janvier 2022, le Dr L._____, médecin traitant, a attesté chez sa patiente l'existence d'une tétraplégie régressive de niveaux C4 moteur et C5 classée ASIA D.

l) Par décision du 20 mai 2022, R._____ SA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité de l'assurance-accidents de 20% dès le 1^{er} mars 2021 mettant fin au versement des indemnités journalières en sa faveur à cette date et la prise en charge d'un traitement médical après fixation de ladite rente (à savoir, des antalgiques pour les douleurs neurogènes et quelques séances par année de physiothérapie de type groupe ou piscine). Elle lui a également versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 20'748 fr. (après une déduction de 30%). Cette décision était basée en particulier sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M._____.

m) Par courrier du 14 juin 2022 complété le 23 août 2022, l'assurée, par l'intermédiaire de l'Association suisse des paraplégiques, s'est opposée à la décision précitée en contestant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} février 2021 du M._____ au vu des avis divergents des médecins consultés (les Drs H._____, E._____ et L._____). Ce faisant, elle a suggéré à tout le moins de soumettre son dossier médical à un second expert pour établir sa capacité de travail résiduelle ainsi que son droit à la prise en charge des

traitements et soins prescrits par le corps médical après fixation de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Par ailleurs, elle demandait à R._____ SA l'octroi d'une indemnité d'un montant de 82'992 fr. sur la base d'un taux d'atteinte à l'intégrité de 80% compte tenu d'une tétraplégie ASIA D, prestation à laquelle il convenait d'appliquer la réduction, non contestée, de 30% opérée par l'assureur-accidents.

n) Par certificat du 14 septembre 2022 relatif à un examen du même jour, le Dr L._____ a confirmé les constats figurant dans son précédent certificat. Le médecin traitant a ajouté que la situation de l'assurée était stabilisée d'un point de vue neurologique, mais avec la persistance de douleurs neurogènes principalement au niveau du membre supérieur gauche (C6), de lombalgies et d'une fatigabilité.

o) Le 7 novembre 2022, les experts du M._____ ont établi un second complément d'expertise à la demande de R._____ SA. Sur le plan neurologique, l'experte U._____ a indiqué qu'à la rubrique 15 du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} février 2021, il était précisé que le niveau de tétraplégie initial était ASIA D et qu'il avait partiellement régressé dans les trois années après l'accident en ASIA E. Elle a ajouté que cette catégorisation reposait sur un examen neurologique clinique complet réalisé lors de l'expertise et résumé dans la rubrique 15 du rapport. Selon l'experte, les avis, postérieurs à l'expertise initiale, des Drs H._____ et E._____ ne rapportaient aucun élément objectivant une aggravation du tableau neurologique séquellaire. De plus, l'experte neurologue a souligné que les motifs médicaux à la base d'une incapacité de travail durable de 20% retenue dans l'activité d'éducatrice spécialisée, en partant d'un 100%, étaient détaillés dans le rapport de l'expertise figurant au dossier.

p) A l'appui de ses déterminations du 16 novembre 2022 sur le complément d'expertise précité, déplorant une erreur diagnostique de la part de l'experte neurologue du M._____ en lien avec le degré d'ASIA retenu, l'assurée a produit un rapport du 15 novembre 2022 d'une consultation du jour précédent avec le Dr H._____. On extrait le passage suivant de ce rapport :

“[...] La situation peut être considérée comme stabilisée, avec des séquelles résiduelles d'une tétraplégie C4 [ASIA] D, avec bonne récupération fonctionnelle, mais persistance de troubles sensitifs au niveau des dermatomes C5-C6 à gauche, de troubles moteurs avec une force à M4 au niveau du myotome C6 à gauche, avec une tendance à la constipation, des fuites urinaires à l'effort, des troubles de l'équilibre, un tonus musculaire élevé, ainsi qu'une fatigabilité augmentée. La situation est inchangée par rapport au constat effectué en fin du séjour de primo rééducation, et lors de la dernière consultation téléphonique du 23.09.2021.

Le status médullaire du jour confirme la présence d'une tétraplégie C4 [ASIA] D, avec une hyp[er]esthésie et hyp[er]algésie au niveau des dermatomes C5 et C6 à gauche, ainsi qu'une force à M4 au niveau du myotome C6 à gauche. A noter qu'une hyposensibilité en L4 à droite est probablement due à la présence d'une cicatrice au niveau de la face interne du genou D, sur une zone d'environ 15 cm [centimètres] de diamètre.

La SCIM [*Spinal Cord Independence Measure*] effectuée ce jour présente un niveau fonctionnel bon, avec un résultat de 100 pts/100. Mme Q. _____ requiert cependant régulièrement une main courante pour les escaliers, en l'absence de cette dernière elle est obligée d'être extrêmement prudente et de faire attention à ne pas chuter. Elle procède également à l'habillage du bas en position assise ou couchée, elle ne peut le faire en position debout que si elle peut s'appuyer. Le tonus musculaire est fluctuant, avec des valeurs à Ashworth 2 au niveau de la flexion de la hanche et du genou ddc [des deux côtés] lors du contrôle de ce jour. [...]"

De l'avis du Dr H. _____, l'utilisation de la classification ASIA ne permettait pas à elle seule de fixer l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le status médullaire pur tenait uniquement compte de la réalité sensitivo-motrice, ce qui était trop réducteur. Selon l'avis de ce médecin, la capacité fonctionnelle, soit les répercussions de l'atteinte médullaire sur le quotidien des patients, nécessiterait une évaluation beaucoup plus globale en y intégrant les facteurs limitants majeurs tels que les douleurs, le tonus musculaire élevé, les troubles de l'équilibre et la fatigue importante, comme décrits par l'assurée. Avec son rapport, le DrH. _____ a joint les résultats du test qu'il a effectué.

q) A nouveau interpellée par R. _____ SA, la Dre U. _____ a indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'argumenter à trois ans du rapport d'expertise du 1^{er} février 2021 et en l'absence d'éléments relevés par le

Dr H._____ suggérant une modification de l'état de santé de l'assurée (complément d'expertise du 5 mars 2024).

r) Le 21 mars 2024, l'assurée a complété son opposition en sollicitant la prise en charge par R._____ SA d'un traitement médical à long terme sous la forme du médicament Lyrica (Pregabalin).

s) Par décision sur opposition du 2 avril 2024, R._____ SA a rejeté la contestation formée par l'assurée et a confirmé sa décision du 20 mai 2022. L'assurance-accidents se basait sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du M._____ du 1^{er} février 2021 et ses compléments successifs. La décision disputée ne prêtait pas le flanc à la critique en tant qu'elle retenait une capacité de travail résiduelle de 80 % qui donnait droit à une rente mensuelle d'invalidité de 830 fr. 20. Il en allait de même du traitement médical dispensé après la fixation de la rente d'invalidité de l'assurance-accidents. Enfin, s'agissant du droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, il n'existait aucun motif de s'écarter d'un taux d'atteinte de 20% alors que l'assurée ne produisait aucun avis médical susceptible de valablement rediscuter les conclusions expertales.

B. **a)** Par acte du 7 mai 2024, Q._____, représentée par Me Marie Guyot, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, avec dépens, principalement à son annulation et à la condamnation de R._____ SA à lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60%, soit un montant de 62'244 fr., réduction des prestations pécuniaires de 30% opérée par l'intimée comprise. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision sur opposition querellée et au renvoi du dossier à R._____ SA pour la mise en œuvre d'une expertise indépendante en vue d'établir le score ASIA de la tétraplégie et le droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité corrélatif, à savoir réévaluer cette prestation au taux de 60%. La recourante a plaidé que les conclusions du volet neurologique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1^{er} février 2021 n'étaient pas probantes et que l'intimée ne pouvait donc pas fixer le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité en s'y référant. Selon la recourante, il

importait de se fonder sur le rapport du 15 novembre 2022 du Dr H._____, probant, constatant une tétraplégie C4 ASIA D avec des troubles neurogènes associés des fonctions vésicale, intestinale et sexuelle, de l'ataxie spinale et de la spasticité. Dans ces conditions, la recourante a soutenu que son atteinte médullaire devait être qualifiée d'ASIA D-E en référence à la Table 21, indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires édictée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). En l'absence d'élément médical contraire, sa tétraplégie incomplète de la classe ASIA D-E lui donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 60% qui, après la réduction des prestations pécuniaires de 30% opérée par l'intimée, se montait à 62'244 fr. ([148'200 fr. x 60 %] - 30%). A titre subsidiaire, la cause devait être renvoyée à l'intimée pour la mise en œuvre d'une nouvelle expertise permettant de clarifier les « importantes et insurmontables » divergences médicales figurant au dossier.

b) Par réponse du 27 septembre 2024, R._____ SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 2 avril 2024. Elle a exposé que le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité fixé à 20% échappait à la critique en référence à un complément d'expertise du 9 septembre 2024 qu'elle a produit et dans lequel la Dre U._____ a répondu aux questions adressées dans l'intervalle de la manière suivante (*sic*) :

"1. Quels sont les constatations médicales qui vous font retenir un degré de tétraplégie ASIA E ? quels sont les critères qui sont remplis ?

Selon la Table SUVA, on est dans une atteinte ASIA E lorsque « les fonctions sensorielles et motrices sont normales » → est-ce le cas en l'espèce, vu qu'il persiste une atteinte sensitive, et que, même s'il n'y a plus de déficit moteur, il persiste un syndrome tétrapyramidal, ou des troubles moteurs avec une force M4 au niveau du myotome C6 à gauche selon le Dr H._____ le 14.11.22 ? comment motivez-vous votre réponse ?

Je me suis, dans l'expertise de 2021, référée au score ASIA tel que détaillé dans sa version française sous le lien suivant : <https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/01/ASIA-ISNCSCI-Final-French-Version-Jan-2019.pdf>

Le score ASIA est une échelle de classification fonctionnelle sacrée, sensitive et motrice détaillée.

Le testing moteur seul est pris en compte pour la distinction entre le score D et E.

Le testing segmentaire de la force était normal aux 4 membres lors de l'expertise.

Des séquelles pyramidales telles qu'une hyperréflexie sont admises.

Ceci correspond à une atteinte ASIA E.

2. Quels sont les constatations médicales qui vous permettent de dire que le degré ASIA D n'est plus à retenir ? quelles sont les améliorations qui permettent de conclure que les critères du degré D ne sont plus remplis ?

L'expertisée ne mentionnait pas de plainte motrice lors de l'entretien.

La force musculaire était normale aux 4 membres lors de l'examen clinique réalisé lors de l'expertise.

3. La Table SUVA prévoit une valeur moyenne entre ASIA D et ASIA E, lorsque 75% des muscles clé ont un score moteur égal à 4. Quid en l'espèce ? selon le recours, il ressortirait de l'évaluation du Dr H. _____ que l'assurée a une force de 4 au niveau du myotome C6 à gauche et la force des autres muscles clé présenterait un score moteur égal ou supérieur à 4.

A nouveau, il n'y avait aucun déficit moteur à l'examen détaillé de la force lors de l'expertise de 2021.

Ceci correspond à un score ASIA E.

Sans revenir sur mes constatations cliniques, je dois par ailleurs souligner qu'un déficit à 4/5 isolé dans un seul myotome d'un côté correspondrait à un score moteur à 4 ou plus dans > 75% des muscles clés.

4. Les constatations du Dr H. _____ dans son rapport du 14.11.2022, qui correspondent à celles qu'il avait faites une année auparavant, correspondent-elles aux vôtres ? si tel n'est pas le cas, quelles sont les divergences ? comment les expliquer ?

Il existe une divergence en ce qui concerne l'évaluation de la force, diminuée dans le rapport du Dr H. _____ à 4/5 pour le myotome C6 gauche.

Le ou les muscles concerné(s) ne sont pas détaillés.

Lorsque je réalise un testing segmentaire complet, celui-ci comprend pour la partie proximale du membre supérieur les muscles suivants :

- Trapèze, myotome C3-C4
- Deltôïde, myotome C5-C6
- Biceps brachial, myotome C5-C6
- Rond pronateur, myotome C6-C7
- Triceps brachial, myotome C7-C8

La force était normale et symétrique (idem à droite et à gauche) dans l'examen de l'expertise de 2021. Aucun lâchage antalgique n'est mentionné dans mes notes d'examen.

Je n'étais pas présente lors de la consultation réalisée par le Dr H. _____ en 2022 et ne peux pas commenter cette divergence.

5. Autres remarques à l'appui de votre évaluation du taux d'indemnité d'atteinte à l'intégrité ?

Le tableau 21 de la SUVA spécifie bien en cas de tétraplégie ASIA E « mobilité complète selon l'échelle SCIM », une atteinte à l'intégrité de 0 à 40%.

Les séquelles sensibles induisent dans ce cas précis une limitation de la coordination, une fatigue et des restrictions des loisirs.

L'estimation strictement neurologique de l'expertise de 2021 tient compte de l'atteinte sensible et concluait ainsi une atteinte à l'intégrité de 20% (10% coordination, 5% fatigue et 5% loisirs).”

c) Dans sa réplique du 1^{er} novembre 2024, la recourante a confirmé les conclusions figurant dans son mémoire de recours du 7 mai 2024. Ce faisant, elle répétait que le volet neurologique de l'expertise du M. _____ contradictoire et incomplet était dénué de toute valeur probante pour la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Les explications complémentaires de la Dre U. _____ ne permettaient pas de pallier ces manquements. Se référant à l'avis du Dr H. _____ dont elle précisait qu'il reposait sur un examen complet, la recourante prétendait à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux de 60%. A titre subsidiaire, elle a insisté sur la nécessité d'une nouvelle expertise pour établir le score ASIA au vu des contradictions existantes entre l'expertise du M. _____ et le dernier rapport de consultation du Dr H. _____.

d) Par duplique du 3 décembre 2024, R. _____ SA a maintenu sa position.

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). 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 la quotité de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) accordée à hauteur de 20% à la recourante.

3. a) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

b) Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2).

c) L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre à une rente, lorsque le traitement médical est terminé (art. 24 al. 2 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, première phrase, LAA).

d) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez toutes les personnes présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour la personne concernée (ATF 115 V 147 consid. 1 ; 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_566/2017 du 8 mars 2018 consid. 5.1). L'évaluation de l'atteinte à l'intégrité incombe avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement les limitations, et d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_512/2024 du 23 décembre 2024 consid. 5.1).

L'IPAI est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 de l'OLAA (art. 36 al. 2 OLAA). Cette annexe comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 209 consid. 4a/bb ; 124 V 29 consid. 1b ; TF 8C_238/2020 du 7 octobre 2020 consid. 3). Il représente une « règle générale » (ch. 1, première phrase, de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1, deuxième phrase, de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'IPAI est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas

pour lesquels un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_565/2022 du 5 juin 2023 consid. 3.3 ; TF 8C_198/2020 du 28 septembre 2020 consid. 3.1) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

b) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_344/2024 du 26 mars 2025 consid. 2.3 ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2). Le juge des assurances ne

peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs

importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimée a estimé, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire et ses compléments, qu'une IPAI devait être octroyée à la recourante en relation avec les troubles neurologiques. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 20%, compte tenu de la tétraplégie initiale ASIA D ayant régressée en ASIA E (troubles de la coordination à hauteur de 10%, fatigue à hauteur de 5% et restrictions pendant les loisirs à hauteur de 5%). Elle a rappelé que selon la Table 21 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité concernant les atteintes médullaires, une tétraplégie d'anomalie ASIA E correspondait à une atteinte à l'intégrité de 0% à 40%. En outre, sur les plans orthopédique et psychiatrique, aucune indemnité ne se justifiait.

Se référant aux différents avis médicaux qu'elle a produits durant la procédure, la recourante soutient, pour sa part, que la tétraplégie devait être classée ASIA D. Elle conteste la valeur probante du volet neurologique du rapport d'expertise pluridisciplinaire au dossier dont elle soutient qu'elle est contradictoire et incomplète. Se référant à la Table 21 (tétraplégie ASIA D-E), elle prétend que l'IPAI devrait s'élever à 60%, taux qu'il convenait de diminuer de 30% compte tenu de la réduction des prestations pécuniaires décidée le 30 juillet 2020 par l'intimée. Par ailleurs, elle précise ne pas contester l'absence d'atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique et psychiatrique.

b) A titre liminaire, il convient de constater que l'échelle de déficience ASIA tend à classer les lésions médullaires. La classification D (= incomplet moteur) correspond à la situation suivante : « la motricité est préservée au-dessous du niveau lésionnel et au moins la moitié des muscles testés au-dessous de ce niveau a un score ≥ 3 ». La classification E (= normal) correspond, quant à elle, à la situation suivante : « la sensibilité et la motricité sont normales, il peut persister des anomalies des réflexes ».

Par ailleurs, la Table 21, indemnité pour atteinte à l'intégrité en cas de lésions médullaires, édictée par la CNA, se réfère à la classification ASIA pour fixer le taux de l'indemnité, la feuille de test « classification neurologique standard des lésions médullaires » étant intégrée à la table. Elle reprend les définitions des différents degrés de l'échelle ASIA et y ajoute un degré D-E indiquant à cet égard : « valeur moyenne entre ASIA D et ASIA E : 75% des muscles clés ont un score moteur égal à 4 (ou présentent une atteinte neurologique comparable) ». Selon le tableau de l'IPAI relatif à la tétraplégie, un score ASIA D donne droit à 80% de l'indemnité maximale, le score ASIA D-E à 60% et le score ASIA E de 0-40%, avec la précision « mobilité complète selon l'échelle SCIM, présence cependant de : troubles de la coordination 5%, fatigue 5%, restrictions pendant les loisirs 5% ».

c) Sur le plan neurologique, il ressort de l'expertise pluridisciplinaire que le status de la recourante était le suivant (cf. expertise, p. 20) :

“Fonctions supérieures: Droitière. Pas de trouble phasique ou praxique. Parfaitement orientée.

Nerfs crâniens :

Champ visuel complet à la confrontation, oculomotricité conservée. Sensibilité et motricité faciales normales. Weber centré. Élévation du voile du palais symétrique, protrusion linguale normale. Force des muscles sterno-cléido-mastoïdiens et trapèze dans la norme et symétriques.

Nuque :

Pas de trouble sensitif tacto-algique. Pas de signe de Lhermitte. Pas de contracture musculaire. Sensibilité à la palpation du pont d'émergences du nerf d'Arnold des deux côtés, sans irradiation névralgique.

Voies longues :

Inspection : pas d'amyotrophie ou de fasciculation. Pas de mouvement anormal. Barré et Mingazzini tenus.

Hyperréflexie diffuse mais nettement plus marquée à gauche, avec hyperréflexie pectorale et signes de Hoffman et Wartenberg positifs des deux côtés à prédominance gauche. Réflexe cutané plantaire en flexion des deux côtés. Clonus achilléen gauche épuisable (3 secousses).

Pas de clonus au membre supérieur gauche.

Force musculaire segmentaire conservée proximale et distale aux 4 membres.

Hypoesthésie tacto-algique de niveau C5 à C7 à gauche, avec dysesthésies surajoutées au tact et à la piquûre dans le dermatome C6.

Hypopallesthésie à 5/8 à la malléole gauche, sans gradient.

Épreuves cérébelleuses parfaitement réalisées aux 4 membres, y compris à la fermeture des yeux.

Équilibre et démarche :

La marche s'effectue d'un bon pas, avec un bon ballant, sans élargissement du polygone de sustentation. La marche sur les pointes, sur les talons et les mouvements de battre la mesure sont bien réalisés des deux côtés. Funambule et Romberg stables."

L'experte neurologue a conclu à la persistance d'une fatigue et des troubles sensitifs dans les dermatomes C5 à C7 à gauche, assortis de douleurs neurogènes invalidantes, en lien direct avec la lésion médullaire provoquée par la fracture vertébrale C5 et C6 découlant de l'accident du 10 septembre 2016. Selon l'experte, la fatigue était neurologique dès lors qu'elle résultait de la lésion médullaire, des douleurs neurogènes et du traitement spécifique potentiellement sédatif de ces dernières. La situation neurologique était au stade séquellaire et impliquait le maintien d'une physiothérapie et d'une antalgie adaptées pour permettre une stabilité de l'état de santé.

Sur la question de l'IPAI, l'experte neurologue a indiqué qu'il s'agissait d'une tétraplégie initiale ASIA D de niveau C4 moteur et C5 sensitif, ayant régressé en une atteinte ASIA E, avec persistance d'un syndrome tétrapyramidal sans déficit moteur, mais avec crampes, et persistance de troubles sensitifs avec douleurs neurogènes et fatigue. Ceci correspondait à une atteinte à l'intégrité de 20%, à savoir une tétraplégie ASIA E avec troubles de la coordination (10%), fatigue (5%), restriction pendant les loisirs (5%) (rapport d'expertise du 1^{er} février 2021, pt 15).

Pour justifier son appréciation de l'IPAI, la Dre U. _____ a indiqué que la catégorisation en ASIA E reposait sur un examen neurologique clinique complet réalisé lors de l'expertise et résumé dans la rubrique 15 de l'expertise (complément d'expertise du 7 novembre 2022). Elle a encore précisé, dans le complément du 9 septembre 2024, qu'elle s'était référée, dans l'expertise, au score ASIA, renvoyant au document

International standards for neurological classification of spinal cord injury [classification neurologique standard des lésions médullaires]. Selon elle, le score ASIA était une échelle de classification fonctionnelle sacrée, sensitive et motrice détaillée. Le *testing* segmentaire de la force était normal aux quatre membres lors de l'expertise. Des séquelles pyramidales telles qu'une hyperréflexie étaient admises. La situation correspondait à une atteinte ASIA E.

d) Tout d'abord, il convient de relever que l'experte neurologue a indiqué avoir fondé son appréciation de la catégorisation de l'atteinte médullaire sur un examen clinique complet, renvoyant au chiffre 15 de l'expertise. Le rapport d'expertise ne contient toutefois pas de description détaillée des examens pratiqués par l'experte, la description du status neurologique, plutôt succinct, faisant état des résultats des constatations de celle-ci sans que l'on puisse véritablement comprendre les tests effectués. En outre, bien qu'elle renvoie au document en question, la feuille de test « classification neurologique standard des lésions médullaires » n'est pas jointe au rapport d'expertise si bien qu'on ignore si et comment l'experte a évalué les critères y figurant. Déjà pour ce motif, l'expertise neurologique apparaît incomplète.

Cela étant, confrontée aux questions complémentaires de l'intimée quant au fait que selon la Table 21, la classification E impliquait des fonctions sensorielles et motrices normales et que selon ses propres constats, il persistait une atteinte sensitive, l'experte neurologue a indiqué que seul le *testing* moteur était pris en compte dans la distinction entre le score D et E et que des séquelles telles qu'une hyperréflexie étaient admises. A cet égard, si l'on peut admettre que l'hyperréflexie est compatible avec une classification E dans la mesure où l'échelle ASIA mentionne qu'il peut persister des anomalies des réflexes dans la catégorie E, on peine à comprendre que la persistance d'une anomalie sensorielle soit compatible avec cette classification. En effet, le texte définissant la classification E apparaît clair lorsqu'il indique que les fonctions sensorielles et motrices doivent être normales. Or l'experte n'a fourni aucune référence ou explication permettant de comprendre pourquoi seule la question de la motricité était pertinente pour la

distinction entre la classification D et E. Elle a toutefois elle-même constaté que la recourante présentait des séquelles sensorielles dans les dermatomes C5-C7 à gauche (hypoesthésie tacto-algique avec dysesthésies surajoutées au tact et à la piquûre), avec des douleurs neurogènes, qui induisaient une limitation de la coordination, une fatigue neurologique et des restrictions des loisirs. Pour ces motifs, le volet neurologique de l'expertise pluridisciplinaire apparaît contradictoire et les conclusions concernant l'IPAI ne sont pas convaincantes.

Au demeurant, on peut encore constater que, le 14 novembre 2022, postérieurement à l'expertise, le Dr H. _____ a procédé à une nouvelle évaluation ASIA, au moyen du test « classification neurologique standard des lésions médullaires », dont les résultats étaient joints à son rapport, aboutissant à une classification ASIA D. Dans ce cadre, il a relevé que la situation pouvait être considérée comme stabilisée, avec des séquelles résiduelles d'une tétraplégie C4 ASIA D, avec bonne récupération fonctionnelle mais persistance de troubles sensitifs au niveau des dermatomes C5-C6 à gauche, de troubles moteurs avec une force à M4 au niveau du myotome C6 à gauche avec une tendance à la constipation, des fuites urinaires à l'effort, des troubles de l'équilibre, un tonus musculaire élevé ainsi qu'une fatigabilité augmentée. Appelée à se déterminer sur les troubles de la motricité constatés par le Dr H. _____, l'experte neurologue a répété qu'elle avait constaté une force musculaire normale aux quatre membres lors de l'expertise. Elle a précisé que, n'étant pas présente lors de la consultation réalisée par le Dr H. _____ en 2022, elle ne pouvait pas commenter cette divergence. Il semble ainsi que l'état de la recourante se soit modifié depuis l'expertise datant de 2021, sans que l'experte ne se prononce sur cette éventuelle aggravation ou n'explique cette divergence. A tout le moins, elle n'explique pas pour quel motif le constat de l'existence de troubles moteurs, dont elle ne conteste pas véritablement l'existence, n'a pas d'influence sur la classification, plus particulièrement en quoi les fonctions motrices peuvent toujours être considérées comme normales (au sens de la classification ASIA E).

e) Au vu de ce qui précède, le volet neurologique de l'expertise pluridisciplinaire et ses compléments apparaissent incomplets et contradictoires sur la question de l'IPAI. Ils ne permettent donc pas de se prononcer sur cette question.

f) Si le rapport du Dr H. _____ du 15 novembre 2022 permet de jeter un doute supplémentaire sur la valeur probante du volet neurologique de l'expertise pluridisciplinaire quant à la question de l'IPAI, il n'est toutefois pas suffisant pour fixer l'IPAI au taux de 60% comme le souhaiterait la recourante. En effet, le Dr H. _____ ne se prononce pas expressément sur l'évaluation de l'IPAI en tant que telle et ne la fixe d'ailleurs pas. En outre, il souligne que, de son point de vue, la seule classification ASIA ne serait pas suffisante pour fixer l'IPAI, tenir compte de la seule réalité sensitivo-motrice étant trop réducteur. L'évaluation devrait être plus globale et intégrer les facteurs limitants majeurs que peuvent être les douleurs, le tonus musculaire élevé, les troubles de l'équilibre et la fatigue importante, tels que les décrit la recourante. Ce faisant, le Dr H. _____ semble vouloir s'écarter des critères présidant à la fixation de l'IPAI en matière d'atteinte médullaire, si bien que son appréciation ne pourrait, quoi qu'il en soit, pas être suivie.

g) Eu égard à ce qui a été exposé, seule une nouvelle expertise neurologique permettra de se prononcer sur la question de l'IPAI.

7. a) 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 justifié 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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une

valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), pour qu'elle mette en œuvre l'expertise neurologique, au sens de l'art. 44 LPGA, évoquée *supra* (consid. 6).

8. a) En définitive, bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une avocate, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 1^{er} novembre 2024, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle la mandataire a droit à 3'600 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimée.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue le 2 avril 2024 par R. _____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. R. _____ SA versera à Q. _____ une indemnité de 3'600 fr. (trois mille six cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Marie Guyot (pour Q. _____),
- R. _____ SA,
- 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 :